



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

INSTITUTO FEDERAL DE MATO GROSSO



DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL

EM PSICOLOGIA SOCIAL

**USO DO ÁLCOOL E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM
ESTUDO PSICOSSOCIOLOGICO**

HENRIETT MARQUES MONTANHA

JOÃO PESSOA, ABRIL DE 2013

HENRIETT MARQUES MONTANHA

**USO DO ÁLCOOL E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM
ESTUDO PSICOSSOCIOLOGICO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba/Instituto Federal de Mato Grosso, por Henriett Marques Montanha, sob a orientação da Prof Drª Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

JOÃO PESSOA, ABRIL DE 2013

USO DO ÁLCOOL E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO PSICOSOCIOLOGICO

HENRIETT MARQUES MONTANHA

Banca Avaliadora:

Prof^a. Dr^a. Maria da Penha de Lima Coutinho
(UFPB, *Orientadora*)

Prof^a Dr^a. Nádia Maria Ribeiro Salomão
(UFPB *Membro Interno*)

Prof^a. Dr^a. Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva
(UFPB *Membro Interno*)

Prof^a. Dr^a. Kay Francis Leal Vieira
(UNIPÊ *Membro Externo*)

Prof. Dr. Márcio de Lima Coutinho
(FASER *Membro Externo*)

JOÃO PESSOA, ABRIL DE 2013

Aos meus amores Ícaro, Yuri e Marquinho,
que dão colorido à minha vida.

Inconstante

Eu vivo dessa inconstância de emoções
Ora choro, me arrebento em ilusões
Ora canto, divido o meu riso com as multidões
Ora grito, suplico à vida novas e intensas paixões
Eu vivo dessa constância de ser inconstante
Busco me desnudar do que me é preocupante
Envolvo-me delicadamente com uma alma mais tolerante
Liberto-me exaustivamente de tudo o que é ultrajante

Eu vivo
Choro
Canto
Grito
Eu vivo
Busco
Envolvo-me
Liberto-me

(Lidiane Araújo)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos, manter meu equilíbrio e mostrar-me o caminho;

À Professora Doutora Maria da Penha de Lima Coutinho, orientadora que acreditou que eu poderia realizar este estudo, ensinando-me, incentivando-me e motivando-me a cada pequeno progresso;

À Penha e a seus familiares, amigos que abriram seu lar, lugar este onde fui recebida sempre com muita ternura;

Ao professor Valdiney Veloso Gouveia, por acreditar na ideia inicial do programa Dinter e por me incentivar na pesquisa;

À família Dinter, pelos ricos encontros de estudo e de confraternização, pela cumplicidade de nossa convivência;

Aos colegas do Núcleo “Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde” pela acolhida no Programa e pelos ricos momentos de troca de experiência; Em especial à Lidiane, à Celeste e à Fabricianne pela atenção e ensinamentos afetuosos;

Ao meu amigo, companheiro e marido Marquinho, por seu amor e dedicação, participando ativamente em mais este desafio da minha vida, dando-me suporte em todas as tarefas do nosso cotidiano, inclusive na tese;

Aos meus filhos Ícaro e Yuri, que mesmo sem compreender muito a necessidade de se fazer um doutorado, me ‘salvavam’ em muitos momentos, resgatando minha atenção para a rotina familiar.

À minha mãezinha Suely pelos incentivos, solidariedade e amor incondicional;

À minha tia Lígia, pela empatia, por me ouvir nas horas mais difíceis; pessoa sempre presente em minha vida, por quem tenho profundo carinho;

In memoriam, ao meu padastro Archimedes Pereira Lima, pelo legado do estudo; e ao meu sogro Benedito Bolívar de Figueiredo (Didi), por toda a admiração despendida à minha pessoa. Ambos sempre confiaram em minhas potencialidades, contribuindo para minha auto-estima profissional;

Aos meus amigos Vania, Sasso, Roberto, Claudia, Fernando, Denise, Ivone e Miriam pelo carinho, amizade e apoio fraternos;

À Lui pelos ensinamentos no decorrer da correção ortográfica;

À Edilaine por sua solicitude em colaborar na coleta dos dados.

À Dirce, por receber-nos na bela cidade de João Pessoa;

À Andréa Caroline, sempre disposta a ouvir minhas angústias nas horas mais difíceis desta trajetória;

A todos os antigos amigos de longa caminhada e também aos recentes, pelo carinho apoio e orações, através das redes sociais;

Aos estudantes do IFMT, participantes desta pesquisa, que me concederam informações pessoais preciosas para a construção deste trabalho;

Aos professores do IFMT, que colaboraram com a coleta dos dados, concedendo o espaço de suas aulas para a aplicação dos instrumentos;

Aos Coordenadores de cursos e fiscais do IFMT, Campus Cuiabá, por facilitarem minha coleta;

Ao IFMT, especialmente aos professores Tony, por tomar frente do projeto Dinter; Ali Vegi Atala, por conceder minha liberação para a realização do doutorado e Joaquim Barbosa, por auxiliar-me nos trâmites burocráticos de meu afastamento;

Ao técnico administrativo Fabrício, profissional do Setor de Recursos Humanos do IFMT que com muita eficiência empenhou-se em me auxiliar na tramitação dos processos burocráticos no período de meu afastamento;

À Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social;

A todos os professores do Dinter que enriqueceram minha trajetória acadêmica e pessoal com tantos conhecimentos científicos e de vida;

Aos professores da banca que gentilmente aceitaram o convite para avaliar esta tese, contribuindo para o meu crescimento acadêmico-científico.

À CAPES pela concessão de bolsa no período de afastamento para a realização da tese.

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

Esta tese teve como objetivo apreender as representações sociais acerca do álcool e da depressão elaboradas por estudantes adolescentes. Para tanto, utilizou-se o aporte da Teoria das Representações Sociais. O estudo contou com uma amostra de 349 estudantes do Ensino Médio Profissionalizante, maioria do sexo feminino (71,3%), com idades entre 13 e 17 anos, com uma média de 15,8 ($dp=1,04\%$). Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP (estímulos indutores: depressão, pessoa deprimida, uso do álcool, adolescência e eu mesmo), Questionário biossociodemográfico, Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT), Inventário de Depressão Infantil – CDI e Entrevista semiestruturada. O software Trideux foi utilizado para realizar a análise fatorial de correspondência das associações livres e variáveis dos participantes. Os dados advindos do questionário e do AUDIT foram processados pelo PASW 21 e analisados por meio de estatística descritiva. As interlocuções dos participantes foram processadas pelo software ALCESTE e analisadas por meio da análise lexical (procedimentos padrão e análise cruzada). Os resultados obtidos através da Análise Fatorial do Trideux indicaram campos semânticos associados à *depressão* e objetivados pelas palavras *chorar, doença, morte, sozinha, angústia* e *dor*; as evocações advindas do estímulo *pessoa deprimida* foram objetivadas nas palavras: *chata, doente* e *sozinha*. Já para o estímulo indutor *uso do álcool*, os participantes o objetivaram por meio dos elementos *festa, vício* e *problema*. Para o estímulo indutor *adolescência* as objetivações apresentaram-se por meio dos vocábulos *sexo, rebeldia, descoberta* e *festa*. E, por fim, para o estímulo *eu mesmo*, o grupo elaborou suas objetivações nas palavras: *legal, linda* e *amiga*. Os resultados advindos do AUDIT demonstraram boa consistência interna ($\alpha=0,84$); na análise categórica 129 (36,9%) adolescentes pontuaram na Zona I (consumo de Baixo Risco), 17 (4,9%) adolescentes pontuaram na Zona II (Risco), 2 (0,6%) na Zona III (Alto Risco) e 1 (0,3) pontuou na Zona IV (Dependência). Os resultados sobrevindos do CDI revelaram boa confiabilidade ($\alpha=0,86$); sendo 10% dos adolescentes com sintomatologia depressiva, e destes 68,6% do sexo feminino; com maior frequência na idade de 15 anos (30,3%). Os resultados do ALCESTE desvelaram na primeira classe, intitulada *Depressão: concepções, causas e consequências da depressão*, cujas representações objetivaram-se no sentimento da *tristeza* e em outros elementos como: *poder, falta, escola, amor, trauma, família, suicídio, sofrer, perda, doença, remédio, morte*, entre outras que ancoraram-se em dimensões psicoafetivas. A segunda classe, denominada *Álcool: concepções, causas e consequências*, foi objetivada nos elementos *beber, cerveja, curiosidade, amigos, morrer, abusar, influência, festa, acidente, vício*, entre outras. Tais representações ancoraram-se nas dimensões normativas e comportamentais apreendidas provavelmente do meio social. A terceira classe do ALCESTE, intitulada *Adolescência: concepções e vivência* objetivou-se em *fase, vida, caminho, período, mudança, escolha, responsabilidade, rebeldia, brincar, sexo, estudar, adulto, descobertas*, entre outras. Os achados deste estudo apontaram que 42,7% dos adolescentes fizeram ingestão de álcool, 10% apresentaram sintomatologia depressiva, não sendo possível associar os sintomas depressivos ao uso de álcool. Entretanto, acredita-se que com estes resultados, seja imperativo ampliar as reflexões e mudar as atitudes acerca do comportamento do adolescente no que concerne aos cuidados de prevenção do abuso de álcool, bem como de sua saúde mental e, que por sua vez, sejam efetivamente implementadas as políticas de educação que contemplam a saúde integral do adolescente.

Palavras-chave: Uso do álcool; Depressão; Adolecência; Representações Sociais.

ABSTRACT

This thesis aimed at apprehending the social representations about alcohol use and depression elaborated by adolescent students. It was used as theoretical framework the contribution of the Social Representations Theory. The study counted on a sample of 349 professional high school students, mostly female (71.3%), aged between 13 and 17 years, with a mean of 15.8 (sd = 1.04%). The data gathering counted on the following research instruments: Free Word Association Technique- TALP (inducing stimulus: depression, depressed person, alcohol use, adolescence and myself), Biossociodemographic questionnaire, *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, Children's Depression Inventory (CDI) and semi structured interviews. The software Trideux was used to run the factorial correspondence analysis of free word associations and variables of the participants. The data obtained from the questionnaire and the AUDIT were processed by SPSS 21 and analyzed by descriptive statistics. The discourse of the participants were processed and analyzed by software ALCESTE by means of lexical analysis (standard and cross-table functions). The results obtained by the Factor Analysis output by the software Trideux showed semantic fields associated with depression and objectified by the words *crying, disease, death, alone, anguish and pain*; the evocations resulting from the stimulus *depressed person* were objectified in words: *boring, sick* and *alone*. The inducing stimulus *alcohol use*, the participants objectified through the elements: *party, addiction* and *problem*. The inducing stimulus *adolescence* the objectifications were presented by the words *sex, rebellion, discovery* and *party*. And lastly, the stimulus *myself*, was objectified by the participants by the words: *cool, beautiful* and *friendly*. The results from the AUDIT demonstrated good internal consistency ($\alpha=0, 84$); concerning the categorical analysis in 129 (36.9%) adolescents scored their answers in Zone I (Low Risk consumption), 17 (4.9%) adolescents scored in Zone II (Risk), 2 (0.6%) in Zone III (High Risk) and 1 (0.3) scored in Zone IV (Dependency). The results obtained by CDI revealed good reliability ($\alpha=0, 86$); being 10% of adolescents characterized with depressive symptoms, 68.6% of these students were females, indicating more frequency for the age of 15 years (30.3%). The results output by ALCESTE showed in the first lexical class, entitled *Depression: concepts, causes and consequences of depression*, representations objectified in feelings of *sadness* and other elements such as *power, careless, school, love, trauma, family, suicide, suffer, loss, illness, medicine, death*, among others that were anchored in psycho affective dimensions. The second lexical class, called *Alcohol: concepts, causes and consequences*. The participants of this class objectified the mentioned issue in the elements as: *drinking beer, curiosity, friends, death, abuse, influence, party, accident, addiction*, among others. Such representations are anchored in behavioral and normative dimensions of the social environment probably in their social environment. The third class output by ALCESTE entitled *Adolescence: concepts and experiences* included the participants who objectified this theme in: *stage, life, and way, moment in time, change, choice, responsibility, rebellion, play, sex, study, adult, and discoveries*, among others. The findings of this study demonstrated that 42.7% of adolescents ingested alcohol, 10% had depressive symptoms. In this sense it was not possible to associate depressive symptoms to alcohol use. However, it is believed that the results of this research are imperative to expand the reflections and changing attitudes about adolescents' behaviors concerning the prevention of alcohol abuse, as well as, the mental health, and, consequently the implementation of effectively educational policies aimed at covering the health of adolescents as a whole.

Keywords: Alcohol use; Depression; Adolescence; Social Representations

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales sobre el alcohol y la depresión producida por los estudiantes adolescentes. Para ello, se utilizó la contribución de la teoría de las representaciones sociales. El estudio incluyó una muestra de 349 estudiantes de secundaria integrada a formación profesional, en su mayoría mujeres (71,3%), con edades comprendidas entre los 13 y 17 años, con una media de 15,8 ($dp = 1,04\%$). Para recopilar los datos, se utilizaron los siguientes instrumentos: Técnica de Asociación Libre de Palabras - TALP (estímulo inductores: depresión, persona deprimida, consumo de alcohol, adolescentes y yo mismo), Cuestionario biossociodemográfico, Teste de identificación de problemas relacionados al alcohol (AUDIT), Inventario de Depresión Infantil - CDI y Entrevista Semiestructurada. El software Trideux fue utilizado para realizar el análisis factorial de correspondencias de las asociaciones libres y variables de los participantes. Los datos obtenidos a partir del cuestionario y el AUDIT fueron procesados por SPSS 21 y se analizaron mediante estadística descriptiva. Los diálogos de los participantes fueron procesados y analizados por el software ALCESTE a través del análisis léxico (procedimientos estándar y análisis cruzada). Los resultados obtenidos del análisis factorial del Trideux indicaron los campos semánticos asociados con la depresión y objetivados por las palabras, llorar, enfermedad, muerte, solo, angustia y dolor; las evocaciones resultantes del estímulo persona deprimida se objetivaron en palabras: aburrido, enfermo y solo. En cuanto al uso inductor uso de alcohol, los participantes objetivaron a través de los elementos, fiesta, adicción y problema. Para el inductor adolescencia, las objetivaciones se presentaron a través de las palabras sexo, rebeldía, descubrimiento y fiesta. Y, por último, para el estímulo inductor yo mismo, el grupo produjo sus objetivaciones en las palabras: bárbaro, hermosa y amiga. Los resultados resultantes del AUDIT demostraron una buena consistencia interna ($\alpha = 0,84$), en el análisis categórico 129 (36,9%) adolescentes puntuaron en Zona I (consumo de bajo riesgo), 17 (4,9%) adolescentes puntuaron en Zona II (riesgo), 2 (0,6%) en la zona III (alto riesgo) y 1 (0,3) en la zona IV (dependencia). Los resultados del CDI revelaron una buena confiabilidad ($\alpha = 0,86$), siendo el 10% de los adolescentes con síntomas depresivos, y de ellos el 68,6% eran mujeres, con mayor frecuencia en la edad de 15 años (30,3%). Los resultados de ALCESTE dio a conocer en primera clase titulada *Depresión conceptos, causas y consecuencias de la depresión*, cuyas representaciones se objetivaron en el sentimiento de *tristeza* y en otros elementos tales como: poder, escasez, escuela, amor, trauma, familia, suicidio, sufrir, pérdida, enfermedad, medicina, muerte, y otros que se anclan en las dimensiones psicoafectivas. La segunda clase, llamado *Alcohol: conceptos, causas y consecuencias*, fue objetivada en los elementos beber, cerveza, curiosidad, amigos, murrir, abusar, influencia, fiesta, accidente, adicciones, entre otros. Estas representaciones están anclados en las dimensiones del comportamiento normativo y del entorno social probablemente incautados. La tercera clase de ALCESTE titulado *Adolescencia: conceptos y experiencias* se objetivó en etapa, vida, camino, período, cambio, elección, responsabilidad, rebeldía, juego, sexo, estudiar, adulto, descubrimientos, entre otros. Los resultados de este estudio mostraron que el 42,7% de los adolescentes hizo la ingesta de alcohol, el 10% tenía síntomas depresivos, no siendo posible asociar los síntomas depresivos con el uso de alcohol. Sin embargo, se cree que con estos resultados, es imperativo para expandir las reflexiones y cambiar las actitudes sobre el comportamiento de los adolescentes con respecto al cuidado de la prevención del abuso de alcohol, así como la salud mental y, a su vez, están aplicación efectiva de las políticas educativas que se ocupan de la salud integral de los adolescentes.

Palabras clave: Consumo de alcohol; Depresión; Adolescentes; Representaciones Sociales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Análise Fatorial de Correspondência das RS da ingestão do álcool e da depressão.	149
Figura 2 - Legenda do Plano Fatorial	147
Figura 3 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente	154
Figura 4 – Análise Fatorial de Correspondência do corpus das entrevistas.	158
Figura 5 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente da análise cruzada da variável escolaridade do corpus das entrevistas	160
Figura 6 - Dendrograma do tratamento da análise cruzada da variável sexo das entrevistas	163
Figura 7 - Dendrograma da análise cruzada da variável idade do corpus das entrevistas	165
Figura 8 – Síntese das RS dos estudantes	188

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos Estudantes	143
Tabela 2 – Perfil Socioeconômico	144
Tabela 3 – Identificação do consumidor de álcool	145
Tabela 4 – Identificação da doença depressão	146
Tabela 5- Frequência dos Indicadores de Risco do AUDIT	147
Tabela 6 - Codificação das variáveis de opinião e fixas do TRIDEUX	149
Tabela 7 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Depressão" com as respectivas cargas Fatoriais	151
Tabela 8 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Pessoa Depressiva" com as respectivas cargas Fatoriais	151
Tabela 9 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Uso do Álcool" com as respectivas cargas Fatoriais	152
Tabela 10 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Adolescência" com as respectivas cargas Fatoriais	152
Tabela 11 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Eu Mesmo" com as respectivas cargas Fatoriais	153

LISTA DE SIGLAS

- AAP - Academia Americana de Pediatria
- AFC – Análise Fatorial de Correspondência
- ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
- APA – American Psychological Association
- AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test
- CAGE - Alcohol Screening Test
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
- CDI – Children's Depression Inventory
- CHD – Classificação Hierárquica Descendente
- CID - Classificação Internacional das Doenças
- CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
- DAS - Síndrome de Dependência do Álcool
- DALYs - Disability Adjusted Life Years
- DINTER – Doutorado Interistitucional
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- HIV/Aids - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HRB - Health Research Board
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- NIMH – National Institute of Mental Health of Us
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PASSW – Statistical Package for the Social Sciences
- PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas

PSE – Programa Saúde na Escola

RSC – Representações Sociais Coletivas

RS – Representações Sociais

SENADE – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

TALP – Técnica de Associação Livre das Palavras

TCC – Terapia Cognitiva-comportamental

TRC – Teoria das Representações Coletivas

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

WDR - World Drug Report

WHO – Word Health Organization

SUMÁRIO

	PAG.
INTRODUÇÃO	17
Objetivo Geral	21
Objetivos Específicos	22
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS OBJETOS DE ESTUDO	24
CAPÍTULO II – O USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	30
2.1 O uso do álcool no decurso da História	33
2.2 Classificação dos termos drogas psicotrópicas e álcool	35
2.3 Prevalência do uso de álcool na adolescência	37
2.4 Risco e abuso de álcool na adolescência	42
2.5 Etiologia	50
2.6 Abuso, dependência e abstinência do uso do álcool	54
2.7 Álcool e depressão na adolescência	58
2.8 O papel da escola frente ao uso do álcool	60
CAPÍTULO III – DEPRESSÃO	64
3.1 Construção sócio-histórica da depressão	66
3.2 A depressão na adolescência: conceitos e sintomatologias	70
3.2.1 Conceito	70
3.2.2 Sintomatologia	71
3.3 Diagnóstico e classificação da depressão	74
3.4 Etiologia	81
3.5 Epidemiologia	83
3.6 Tratamento	85
CAPÍTULO IV – ADOLESCÊNCIA	88
4.1 A Constituição histórica da adolescência	90
4.2 Conceitos de adolescência – consensos e dissensos	92
4.3 Características da adolescência através dos tempos	95
4.4 Concepção sócio-histórica	99
CAPÍTULO V – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO USO DO ÁLCOOL E DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA	108
5.1 A criação da Teoria das Representações Sociais	110
5.2 A dimensão teórica das Representações Sociais	113
5.3 Representações sociais do uso do álcool na adolescência	120
5.4 Representações sociais da depressão na adolescência	125
CAPÍTULO VI – MÉTODO	130
6.1 Tipo de estudo	131
6.2 <i>Locus</i> da pesquisa	131
6.3 Amostra	131
6.4 Instrumentos de coleta de dados	131
6.4.1 Descrição dos instrumentos	132
6.4.1.1 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)	132
6.4.1.2 Questionário Biossociodemográfico	132
6.4.1.3 Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)	133
6.4.1.4 Inventário de Depressão Infantil (CDI)	134
6.4.1.5 Entrevista Semiestruturada	134
6.5 Aspectos éticos	135
6.6 Procedimentos de coleta e análise dos dados	136
6.7 Procedimentos de análise	137
6.7.1 Questionário Biossociodemográfico	137
6.7.2 Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do álcool (AUDIT)	137
6.7.3 Inventário de Depressão Infantil (CDI)	137
6.7.4 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)	137

6.7.5 Entrevistas	138
CAPÍTULO VII – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	142
7.1 Questionário Biossociodemográfico – perfil dos participantes	143
7.2 AUDIT - Identificação do padrão de uso do álcool	147
7.3 CDI – índice da sintomatologia depressiva	147
7.3.1 Correlação das escalas AUDIT e CDI	148
7.4. Técnica de Associação Livre das Palavras (TALP) – apreensão das representações sociais	148
7.5 Entrevista – análise dos campos semânticos	153
7.5.1 Análise fatorial de correspondência - AFC	157
7.5.2 Tratamento de análise cruzada do ALCESTE	159
CAPÍTULO VIII – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	168
8.1 Perfil dos participantes	169
8.2 Identificação do padrão de uso do álcool	171
8.3 Índice da sintomatologia depressiva e a relação com as variáveis: sexo e idade	175
8.4 Correlação entre o uso do álcool e a depressão	176
8.5 Representações sociais acerca do uso do álcool e da depressão	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFÉNCIAS	196
ANEXOS	218

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea observa-se a incidência cada vez maior de dois fenômenos no contexto da adolescência, trata-se do uso do álcool e da incidência depressão. Destarte, apesar de encontrar-se em todas as demais fases do desenvolvimento humano é na adolescência, a fase de maior vulnerabilidade, que estes dois provocam maiores agravos nas esferas biopsicossociais.

Apesar de só há poucas décadas tais fenômenos terem se tornado alvo de estudos e de preocupação universal, nenhum deles é recente. Pelo contrário, advém do início da civilização; encontram-se registros, inclusive, na Bíblia e os escritos acerca dos mesmos divergem de acordo com as diferentes concepções, considerando pontos de vista moral e ético (Miller, 2003).

Foi a partir dos anos 1990 que pesquisadores consideram a depressão e o consumo do álcool como as modalidades de sofrimentos psíquicos mais frequentes (Tavares, 2010). Desde então, tanto o abuso de drogas lícitas e ilícitas quanto a depressão emergem como problemas de saúde pública que vêm ultrapassando todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais. (Abreu, Salzano, Vasques, Cangelli Filho e Cordás, 2006).

A partir da segunda metade do século XX, a dependência do álcool deixou de ser considerada como um conjunto de sinais e sintomas físicos e passou a ser vista como um padrão de comportamento influenciado por fatores tanto biológicos quanto psicológicos e sociais. Desde então, o uso abusivo do álcool tornou-se um fenômeno mundial, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença crônica e recorrente (Ribeiro, 2004).

Observa-se que o consumo do álcool ocasiona consequências não só para o consumidor, mas também para a vida de terceiros, causando, por sua vez, impactos negativos nos mais distintos campos. O abuso e a dependência de drogas ameaçam os

valores políticos, econômicos e sociais, além de contribuir para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, elevando os índices de acidente de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia, 2000).

É na fase da adolescência, período caracterizado por conflitos, transição, imaturidade e insegurança, que o jovem torna-se mais vulnerável ao seu consumo. Em geral, as situações conflituosas advindas do contexto social tendem a agravar-se nesta fase, principalmente se os adolescentes encontram-se inseridos em um ambiente desfavorável no qual a família também esteja em crise, seja por separação dos pais, por violência doméstica, alcoolismo de um ou de ambos os progenitores, dificuldades econômicas, doenças e perdas de entes queridos por morte. Todas essas situações podem levar o adolescente, além da prática do consumo do álcool, a se tornar suscetível à aquisição de distúrbios psicoafetivos, em particular a depressão.

A prevalência e a precocidade mundial do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o consumo do álcool entre adolescentes e crianças, vem despertando uma maior preocupação social, devido ao fato de ocasionar consequências tais como: comportamentos antissociais, violência, prostituição e gravidez precoce, entre outras. Por outro lado, observa-se a precariedade das políticas públicas somada ao aumento da demanda por serviços de tratamento (Laranjeiras, 2006).

O uso abusivo do álcool provoca estresse, comportamentos de rebeldia, aborrecimento, redução da auto-estima, além do surgimento de distúrbios psicoafetivos, entre eles a depressão (Dezontinel, Nascimento, Menezes, Godoy & Antonialli, 2007).

Tais agravos, ocasionados pelo uso abusivo do álcool, justificam-se pelas estatísticas que apontam uma prevalência oito vezes maior que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas. Este cenário elucida a necessidade da realização de mais

pesquisas nesta área, nomeadamente as que tangenciam o cotidiano do adolescente, uma vez que é nesta etapa da vida que se dá o início da experimentação do álcool, como asseveram as pesquisas (Galduróz, Noto, Fonseca, & Carlini, 2004; Neiva-Silva, 2008; Souza Areco, & Silveira Filho, 2005; Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

Quanto à depressão, o segundo construto de investigação desta tese, a OMS, considera-a como uma doença que produz muitos sinais e sintomas semelhantes ao alcoolismo. Embora muitas vezes o álcool cause inicialmente um “bom humor”, ele é uma droga que, se consumida abusivamente, aumenta o risco de desencadear uma depressão, devido à relação existente entre perturbações psiquiátricas e a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), como observa-se no sistema classificatório da CID-10 (10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana).

Adentrando ao campo conceitual, o quadro consiste em um distúrbio do humor que compromete muitas esferas da capacidade humana, entre elas a de pensar e executar tarefas, levando à apatia e ao desânimo. Em se tratando de depressão em adolescentes, os comprometimentos ocorrem, sobretudo, nas esferas familiar, social e escolar (Coutinho & Ramos, 2008).

A depressão nas fases da infância e adolescência teve notoriedade a partir da década de 70. Segundo a OMS, esta síndrome, no ano de 2020, será a segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Coutinho, Gontiès, Araújo, & Sá, 2003).

Nardi (2006), em seus estudos acerca da depressão, verificou que as taxas estão aumentando de forma significativa entre os jovens. Estudos desenvolvidos por Baptista e Golfeton (2000), Jatobá e Bastos (2007) constataram que a prevalência da

sintomatologia depressiva é elevada, oscilando de 1,48% a 59,9%, podendo manifestar-se em qualquer espaço, seja ele familiar, social, laboral e acadêmico. Nos achados de Coutinho (2005) e Coutinho, Carolino e Medeiros (2008) a depressão apresenta um percentual de 12% na população infantil e adolescente. Para esta Coutinho (op cit), o índice da sintomatologia da depressão nos adolescentes é cada vez maior. Corroborando com estes estudos, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2011) em seu último relatório mundial destaca o Brasil com uma prevalência superior a 10% nos casos de depressão.

Assim, a constatação do uso do álcool e a presença da depressão nos adolescentes ocorrem mais do que seria de se esperar. Pesquisas têm assinalado a existência de uma associação e também têm sugerido que o abuso do álcool pode deflagrar depressão na fase adulta (Cruz, 2006; Martins, 2006; Nardi, 2006; Teixeira et al., 2011; Souza, Silva, Godoy, Cruzeiro, Faria, Pinheiro, Horta & Silva, 2008; Gouveia, 2009; Souza, Ferriani, Silva, Gomes, e Souza, 2010; Vieira, Aerts, Freddo, Bittencourt & Monteiro, 2008). Observam-se também, na literatura específica, estudos que não corroboram com os resultados mencionados, ressaltando que não se pode afirmar a existência de comorbidade entre estas patologias (Santana & Negreiros, 2008; Teixeira et al., 2011).

Desse modo faz-se necessário desenvolver estudos que possam contribuir na elucidação desses fenômenos. Neste sentido, para que a presente tese contemple as finalidades do estudo, foi necessário atender os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Apreender as representações sociais acerca do álcool e da depressão elaboradas por estudantes adolescentes.

Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa;
2. Identificar o padrão de uso do álcool nos adolescentes da amostra;
3. Identificar o índice da sintomatologia da depressão em adolescentes de contexto escolar;
4. Analisar os campos semânticos elaborados pelos participantes da pesquisa sobre o uso do álcool e a depressão;
5. Analisar em que medida o uso do álcool e a sintomatologia da depressão variam em função das variáveis sócio-demográficas: sexo e idade.

Para tanto, este estudo foi desenvolvido apoiado no aporte das representações sociais, por esta teoria possibilitar a construção de um conhecimento prático elaborado na intersecção do grupo de pertença e do contexto social no qual se encontra inserido. Segundo Coutinho (2005), estudar as representações sociais de um objeto é ir além das teorizações e normatizações científicas, procurando compreender como os adolescentes participantes deste estudo utilizam para elaborar, transformar e re-construir o conhecimento acerca do consumo do álcool e da depressão vinculados à sua realidade, dando visibilidade às suas percepções e experiências de vida compartilhadas.

Nesta tela, a presente tese desenvolveu-se em torno de nove capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a contextualização dos objetos de pesquisa *consumo do álcool e depressão*, destacando-se as justificativas empíricas, teóricas e os objetivos.

O segundo capítulo aborda o construto da adolescência – seus conceitos e desenvolvimento numa perspectiva sócio-histórica. O terceiro capítulo focaliza o consumo do álcool, enfatizando os impactos do consumo abusivo e suas consequências na vida dos adolescentes inseridos no contexto escolar.

O quarto capítulo versa sobre o fenômeno da depressão e a sua sintomatologia na adolescência, buscando evidenciar concomitantemente seu diagnóstico, classificação, etiologia, os aspectos epidemiológicos e o tratamento.

O quinto capítulo encontra-se dividido em duas partes: a primeira aborda a teoria das representações sociais. A segunda parte apresenta o estado da arte das representações sociais acerca do consumo do álcool e da depressão.

O sexto capítulo expõe o método, contendo a definição do tipo de pesquisa, o *locus*, participantes, instrumentos de coleta, procedimentos de coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

O sétimo capítulo consiste na descrição dos resultados advindos dos instrumentos. O oitavo capítulo refere-se às discussões dos resultados. O nono capítulo apresenta as considerações finais e, em seguida, apresenta-se as referências e os anexos.

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS OBJETOS DE ESTUDO

Relatórios nacionais e mundiais corroboram o aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas em todas as etapas da vida, nomeadamente o consumo do álcool na adolescência, na qual os estudos têm apontado o início cada vez mais precoce do hábito, evento que certamente é desencadeador de agravos na vida adulta (Galduróz, Noto, Fonseca & Carlini, 2005; Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007; United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, 2012).

Ao mesmo tempo, nos achados de diversos estudos é possível verificar que o álcool é a droga mais consumida na adolescência (Amarato, 2010; Galduróz & Caetano, 2004; Carlini, Galduróz, Noto, Carlini, Oliveira, Nappo, Moura, Sanchez, 2007; Galduróz et al., 2005; Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004; Tavares, Béria, & Lima, 2001).

Segundo levantamento realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad), do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) estima-se que 10 a 15% da população mundial sejam dependentes do álcool e estas estatísticas indicam forte impacto nos sucessivos anos, não somente por ser uma das patologias mais preocupantes mas, sobretudo, por significar altos gastos à saúde pública (Laranjeira et al., 2007).

Em um estudo de uma escola estadual da cidade de Cuiabá, Mato Grosso, ao investigar o consumo de bebida alcoólica em adolescentes, Souza et al. (2005) encontraram alta prevalência tanto de consumo de álcool quanto de alcoolismo, nomeadamente entre os adolescentes trabalhadores.

No que se refere às condições de risco, muitos são os estudos que revelam o uso e abuso de álcool como uma das principais causas de situações de vulnerabilidade na adolescência, uma vez que levam ao surgimento de sintomatologias depressivas,

acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada, problemas de saúde na vida adulta, risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida e, ainda, risco para o uso de outras drogas (Bastos, Bertoni, & Hacker, 2008; Dezontinel et al., 2007; Figlie et al., 2004; Strauch et al., 2009).

Optou-se em utilizar primeiramente o termo *uso do álcool* para referir à ingestão de álcool, e em alguns momentos, usar-se-á também o termo *consumo do álcool*, a depender do contexto. Ambos os termos são sinônimos, como certificam os dicionários online Michaelis e Priberam e observa-se nos distintos trabalhos citados no decorrer desta tese.

Quanto à depressão, este é um fenômeno patologizado e, assim como a adolescência, de construção social, o que a torna alvo de tendências banalizantes que aumentam ou minimizam os sintomas e repercuções advindos de sua manifestação, como nos diagnósticos de depressão que se baseiam em meras manifestações de dor e sofrimento, o que confirma a necessidade de muitos estudos que desmitifiquem tais crenças popularizadas (Aberastury & Knobel, 2008; Tavares, 2010).

Conceituado por um modelo biológico e psicológico combinado, a depressão comprehende um tipo de transtorno de humor que se apresenta, em sua maioria, em pessoas com vulnerabilidade biológica, mas que é potencializada pela experiência de vida e pela tendência a pensar negativamente. Tem-se, então, que a soma destes três fatores aumenta significativamente o probabilismo desta patologia vir a desenvolver-se (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2012).

O termo depressão tem sido utilizado na psicopatologia para caracterizar um estado afetivo normal, uma tristeza aparente, um sintoma ou transtornos associados. A tristeza dá uma resposta às situações de perda, derrota ou outras desilusões. Não diferente, através do retraimento, as situações de perda podem desencadear danos

cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Logo, o termo humor, como asseveram Scivoletto, Nicastri e Zilberman (1994) é definido pelo DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) como emoção pervasiva e extremada que acentua o colorido da percepção do mundo pelo indivíduo.

No enfoque biomédico, a depressão, por ser uma doença que acomete todo o organismo, põe em risco o físico, o humor e notadamente o pensamento, o que leva à modificação da visão de mundo da pessoa, interferindo, sobretudo em como ela sente e entende a realidade dos fatos, na forma como manifesta suas emoções, alterando sua disposição e seu prazer com a vida. Ballone (2007) adverte que a depressão afeta a maneira como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre o que vivenciou ou fez. Além destes acometimentos, na fase da adolescência a depressão compromete ainda as esferas familiares, sociais e nomeadamente as atividades acadêmicas (Coutinho & Ramos, 2008).

Em uma dimensão geral, a depressão constitui-se como um sofrimento psíquico em desenvolvimento, compreendido como um transtorno de humor multifacetado com sintomas inter-relacionados, onde sobressai a tristeza, a desesperança, a perda de prazer e apetite, as alterações psicomotoras e do sono, a diminuição de energia, o sentimento de culpa, a ideação suicida e o isolamento social (Ballone, 2007; Ballone & Moura, 2005; Nolen-Hoeksema et al, 2012; Coutinho, 2005).

Não obstante, a depressão mostra-se, assim como o alcoolismo, como um problema de saúde pública demasiadamente complexo, de acontecimento mundial e que causa comprometimentos psicossociais quando não na adolescência, certamente na fase adulta.

Considerando os dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios que indicam um número de

mais de 21 milhões de jovens com idades entre 12 e 17 anos do Brasil (IBGE/PNAD, 2009), ponderando que estes indivíduos, submersos em um período natural do desenvolvimento humano, significam e interpretam suas vivências (Ozella, 2011), é imperiosa a atenção a suas necessidades ligadas aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Assim, o uso do álcool na adolescência tal como a depressão, constituem na discussão da presente tese conceitos plurais e multifacetados que conglobaram aspectos biológicos, psicossociais e culturais, ao mesmo tempo em que se referem a fenômenos biopsicossociais complexos e dinâmicos, imbricados no espaço societal.

Na construção do objeto de estudo desta tese, o uso do álcool e a depressão são vinculados ao processo de desenvolvimento da adolescência, em virtude da ocorrência de eventos ligados a tais fenômenos nesta fase, assim como a prevalência de fatores comportamentais de risco, constatados nos relatórios do IBGE/ Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE (2007/2009).

Ainda que a adolescência seja uma fase envolvida por uma série de situações inerentes às adversidades sociais, as quais tornam os adolescentes mais vulneráveis do que já o são, é importante reconhecer as possibilidades de aprendizagem, de experimentação e de inovação, como etapa inerente da vida que necessita ser vivenciada em sua plenitude, de forma saudável e protegida, como assegura a Convenção sobre os Direitos da Criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2011).

Tendo em vista a compreensão deste cenário somado à carência de políticas públicas efetivas e eficazes que coibam a crescente demanda de adolescentes que enveredam pelos caminhos do álcool e que, por sua vez, são acometidos pela depressão ou reciprocamente, torna-se urgente a implementação de serviços que tratem estes

problemas ao mesmo tempo em que realizam prevenção, de acordo com o que preconiza a *World Health Organization* (WHO, 2012), para melhorar o enfrentamento e as habilidades do adolescente para a vida e para promover ambientes de proteção e de apoio à saúde do adolescente.

Para tanto, a investigação das RS dos adolescentes acerca dos construtos *álcool* e *depressão* sedimentam a edificação de novas diretrizes voltadas ao atendimento destes adolescentes em sua totalidade.

CAPÍTULO II - O USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

Este capítulo versa sobre o desenvolvimento sócio-histórico do uso do álcool focalizando os impactos da prática abusiva do mesmo e suas consequências na vida dos adolescentes inseridos no contexto escolar.

O uso de drogas lícitas advém de uma prática cultural milenar que perpassa a história humana. Sua prática vem permeando as relações sociais das pessoas, sobretudo dos adolescentes que vêm fazendo uso principalmente do álcool cada vez mais precocemente, sem se darem conta das consequências avassaladoras dessa droga em suas vidas.

No entanto, foi somente a partir da década de 1960 que o uso abusivo do álcool passou a ser considerado um problema de saúde pública. Considerando o reconhecimento dos riscos e danos à saúde de quem a consome, sem falar dos comprometimentos sociais, verifica-se que é na adolescência, fase de maior vulnerabilidade psicológica e social, que ocorrem as primeiras experiências com drogas, em especial, o álcool (Dezontinel, Nascimento, Menezes, Godoy & Antonialli, 2007).

Na sociedade contemporânea, o consumo de álcool é visto como algo positivo, fato que tem dificultado o reconhecimento de determinados padrões de consumo como patológico (Heckmann & Silveira, 2009).

Heckmann e Silveira (2009) ressaltam a dubiedade moral da sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o uso excessivo e fora de controle, posturas que tendem a confundir a população quando teriam que orientar pelas normas.

O World Drug Report (UNODC, 2012) declarou, por estimativa, que cerca de 230 milhões de pessoas, ou 5% da população mundial adulta, fizeram uso de drogas pelo menos uma vez em 2010. O número de usuários problemáticos atinge aproximadamente 27 milhões de pessoas, o equivalente a 0,6% da população adulta. O

relatório confirma que, em todo o mundo, o uso de drogas ilícitas parece ter se mantido estável, apesar de estar aumentando em vários países em desenvolvimento. No entanto, as estatísticas globais mostram que a prevalência do uso de álcool é de 42%, o que denota ser oito vezes maior que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas (5%). A prevalência do uso semanal episódico intenso de álcool é oito vezes maior que o consumo problemático de drogas.

Nestes termos, o uso de drogas é responsável mundialmente por 0,9% de todos os anos de vida adaptados à incapacidade, ou 10 por cento de todos os anos de vida perdidos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, tais como as drogas de uma forma geral, álcool e tabaco (UNODC, 2012). Sendo que o álcool, no mundo, corresponde a 3,2% dos óbitos e 4% dos anos perdidos de vida; considerando apenas a América Latina, por cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

Em 2004, a OMS já anunciava uma estimativa de dois milhões de pessoas fazendo uso de bebidas alcoólicas. Estatísticas como essas têm impactos logo nos anos seguintes, uma vez que o alcoolismo é considerado uma das patologias que mais causa preocupação e gastos à saúde pública, pois estima-se que 10 a 15% da população mundial seja dependente (Ministério da Saúde, 2008).

Neste sentido, deve-se atentar, ainda, para a questão de que o hábito de beber tem iniciado cada vez mais cedo, o que desencadeia agravos na vida adulta, tais como mostram os relatórios UNODC, OMS, dentre outros apresentados no decorrer deste capítulo.

Bastos et al. (2008) no artigo denominado “Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional” apresentaram uma análise dos padrões de consumo de álcool e drogas de uma amostra representativa da população

urbana brasileira na sua inter-relação com a saúde sexual e reprodutiva e verificaram que o álcool foi a substância mais frequentemente utilizada, com relato de uso regular, na vida, por 18% dos entrevistados. Concluíram que o consumo de álcool, regular ou não, é prevalente na população urbana brasileira.

Gouveia, Silva, Athayde, Vione e Soares (2009) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer correlatos demográficos e psicossociais das atitudes frente ao álcool e das que levam a ser um potencial bebedor-problema de policiais militares de João Pessoa (PB) e constataram que as atitudes frente ao álcool e o consumo abusivo desta droga se correlacionam positivamente com idade, agressão e depressão dos participantes, o que de fato torna mais provável que a pessoa se enquadre na condição de potencial bebedor-problema.

Diversos estudos asseveram que, na adolescência, a droga psicoativa mais consumida é o álcool (Amarato, 2010; Galduróz, 2004/2007; Figlie et al., 2004; Motta, 2005; Tavares et al., 2001). Tais achados confirmam a preocupação constante de pais, educadores e pesquisadores, uma vez que essa droga é causadora de dependência, podendo levar ao alcoolismo e a outras patologias associadas em determinadas situações de uso (Ministério da Saúde, 2008; Gouveia, Silva, Athayde, Vione, & Soares, 2009; Louzã Neto & Elkis, 2007).

Frente a essas preocupações, a sociedade ainda se depara com uma escassez de políticas públicas de longo prazo, somada ao aumento da demanda por serviços de tratamento dos problemas provenientes do álcool.

2.1 O uso do álcool no decurso da História

Desde o início dos tempos da humanidade, o álcool, em sua forma etílica, já podia ser encontrado dentre as culturas. Na pré-história as sociedades faziam uso de bebidas alcoólicas fermentadas tradicionais, embora seu conteúdo tivesse baixa

quantidade de álcool devido à forma de armazenagem (Glossário de Álcool e Drogas, 2006).

Os primeiros vestígios de seu consumo humano podem ser encontrados em vasos Paleolíticos com evidências dessas bebidas (Anthony, 2009). Outros estudos relatam que sua origem se deu a partir do Período Neolítico, há aproximadamente 10.000 anos, data em que o ser humano passou a ingerir e atribuir diferentes significados ao uso do álcool, a partir de um processo de fermentação natural (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA, 2008). Em todos os aspectos, a intenção do consumo do álcool na história antiga é global em sua essência, conjecturando a facilidade relativa da produção de álcool, a qual se dava pela fermentação de frutas e vegetais cultivados localmente, mesmo antes da descoberta dos processos de destilação.

Hipócrates, em 385 AC, já descrevia o uso do álcool como um fator predisponente a doenças, destacando como exemplo o *Delirium tremens*. Neste segmento, segundo relatos históricos, o álcool é a droga mais antiga utilizada pela humanidade (Gigliotti & Bessa, 2004; Marques, 2001; Room & Babor, 2005).

Aliada ao uso do álcool, tem-se também notícias acerca da deflagração de suas consequências nocivas há mais de 3.000 mil anos. Foram encontrados documentos de antigas leis da Mesopotâmia similares às atuais leis de *Dram Shop* (lojas que vendem bebidas alcoólicas), relativas à limitação de venda de álcool a consumidores que se encontrem muito alcoolizados (Anthony, 2009).

Apesar de seus indícios serem datados na pré-história, as pesquisas acerca desta substância só alavancaram a partir do aumento desenfreado do consumo do álcool na Europa e Estados Unidos após a Revolução Industrial, momento em que se tornaram evidentes as consequências problemáticas de seu abuso. Desse modo, a partir do século

XVIII, o conceito de alcoolismo veio se consolidar, em decorrência da crescente produção e comercialização do álcool destilado (Gigliotti & Bessa, 2004).

O primeiro estudioso a caracterizar o excesso de bebida como uma doença ou condição médica foi o médico escocês Thomas Trotter. Concomitante a ele, o médico americano Benjamin Rush (1745-1813), que assinou a Declaração de Independência dos Estados Unidos, elaborou um trabalho em que comprehende a embriaguez como nos dias atuais, caracterizando-a como a perda de controle, introduzindo o uso de conceito de dependência (Gigliotti & Bessa, 2004; Levine, 1985; Trotter, 1988). Entretanto, somente no século 20 os países começam a determinar a maioridade para o consumo de álcool (CISA, 2008).

O conceito de “alcoolismo crônico” propriamente dito, como estado de intoxicação pelo álcool com presença de sintomas físicos, psiquiátricos e mistos foi introduzido pelo sueco Magnus Huss em 1849, sendo ele o segundo a referir-se ao alcoolismo como doença (Laranjeira, 1996).

No Manual de Diagnóstico e Estatístico das Desordens mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), o alcoolismo só veio a ser incluído em 1952. Em sua segunda edição seguiu a Classificação Internacional das Doenças (CID-8) da Organização Mundial de Saúde (OMS), dividindo os problemas com o álcool em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso ou *binge*) e beber excessivo habitual. A *posteriori*, a OMS, em 1977, adotou a definição de dependência de álcool como um problema grave e contínuo.

2.2 Classificação dos termos drogas psicotrópicas e álcool

A origem do termo droga vem da palavra *droog* (holândes antigo) que significa folha seca e a compreensão para isso é o fato de que antigamente grande parte dos medicamentos era à base de vegetais. Hoje, para a medicina, droga é qualquer

substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 2003).

Quanto ao termo psicotrópico -*psi* também é um termo que deriva do latim e tem relação com o psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim, o que cada um é) e *trópico* refere-se a tropismo que significa “ter atração por”. Logo, *psicotrópico* significa atração pelo psiquismo, e *drogas psicotrópicas* são aquelas que atuam sobre o cérebro humano, alterando de alguma maneira o psiquismo (CEBRID, 2003).

As drogas classificadas como depressoras, diminuem a atividade cerebral, deprimindo seu funcionamento, o que significa dizer que a pessoa ficará "desligada", "devagar", desinteressada pelas coisas (CEBRID, 2003). Por esse entendimento, drogas com essa classificação são chamadas de Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central.

Por sua vez, o álcool é classificado como uma droga sedativa/hipnótica com efeitos depressores, semelhante aos dos barbitúricos; responsável por diminuir a atividade do sistema nervoso central, cujas funções desempenhadas por essa substância psicoativa variam desde remédios com efeitos analgésicos a poções mágicas em cenários religiosos que podem resultar em envenenamento e até em morte (Glossário de Álcool e Drogas, 2006; Micheli & Formigoni, 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Em quadros de intoxicação aguda, o grau pode variar de embriaguez leve a quadros de coma, depressão respiratória, havendo possibilidade de óbito. Há visíveis alterações de comportamento, humor e afeto; perturbação das funções mentais e psicomotoras, com lentidão de pensamento, prejuízo da concentração, incoordenação motora e ataxia (Carvalho, 2008). Contudo, os efeitos do álcool variam de acordo com os fatores *idade, peso e sexo, tipo de bebida ingerida, velocidade do consumo, nível de*

tolerância desenvolvida, presença de alimentos no estômago, alterações no metabolismo, entre outros (Micheli & Formigoni, 2011).

Destarte, o álcool apresenta-se como uma droga depressora do sistema nervoso central que, dependendo do aumento da concentração alcoólica no sangue, causa desinibição, aumento da autoconfiança e euforia quando ingerido, acarretando em estados de sonolência, incoordenação, turvação da fala, alterações súbitas do humor, agressão, amnésia ou *black out* dentre outros. Em doses elevadas, o álcool pode ser prejudicial à saúde, danificando o corpo como um todo, podendo causar estupor e, nos casos mais graves, coma e morte. (Cotran, Kumar & Collins, 2000; Figlie et al., 2004; Rang et al., 2001; Louzã Neto & Elkis, 2007; Nitrini & Bacheschi, 2003; Smeltzer & Bare, 2002).

Como se vê, o álcool é uma substância como qualquer outra droga, incluindo efeitos colaterais, dependências e danos graves à saúde física e mental a depender do seu uso, como apresenta o subitem abaixo.

2.3 Prevalência do uso de álcool na adolescência

O hábito de ingestão de bebidas alcoólicas vem acontecendo cada vez mais cedo e, concomitante a esse acontecimento, eclode um aumento considerável no consumo, fato que provoca um impacto nas políticas públicas, na educação e na família (Carlini et al., 2002; Pinsky & Bessa, 2004; Martins, Manzato, & Cruz, 2005; Martins, 2006; Pinsky, Sanches, Zaleski, Laranjeira & Caetano, 2010), ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente proíba o consumo de bebidas alcoólicas entre menores de 18 anos (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

Nardi (2006) assevera que o álcool é a droga psicoativa mais utilizada em todo o mundo e sua prevalência associa-se notadamente a fatores sociais e culturais, variando no seu padrão de uso de acordo com a classe social, cultural, país de pertença etc.

Abramovay (2005) realizou uma pesquisa em 14 capitais brasileiras com uma amostra de escolares entre 13 e 24 anos, grupo etário significativo de 13 a 15 anos, com o objetivo de conhecer a visão de mundo dos alunos, do corpo técnico-pedagógico das escolas e dos pais, sobre o consumo de drogas e temas correlatos. No que se refere à temática do uso do álcool, verificou que há uma ampla extensão do hábito de beber entre alunos no Brasil, especialmente em festas e eventos sociais, sendo tal hábito declarado por 45,9% dos estudantes. Outro aspecto de relevância foi a variação do nível de consumo entre os jovens alunos, o que pode sugerir a existência de graus diferenciados de percepção sobre o que é beber regularmente (10% dos alunos entrevistados). Entretanto, 42,2% informaram nunca beber. Os jovens do sexo masculino se sobressaem entre os que indicam beber regularmente. Dentre as jovens do sexo feminino, o grupo das que declararam que nunca bebem concentra, em média, 47,4%.

A referida autora também observou que, com a idade, há um aumento da frequência do uso de bebidas alcoólicas, sem contar o fato de muitos adolescentes mais jovens terem declarado nunca beber – sete em cada dez entrevistados. Contudo, as autoras concluíram que a prevalência do uso de bebidas alcoólicas entre alunos, considerando suas auto-representações, não indica um surto de consumo. Acerca da percepção do álcool, a grande maioria dos pais e corpo técnico-pedagógico considera o álcool como uma droga, enquanto que os alunos apresentam uma percepção significativamente menor do álcool como droga.

Um grupo de pesquisadores realizou um levantamento com o objetivo de investigar o padrão do uso do álcool pelo brasileiro, o que ele pensa sobre as políticas das bebidas alcoólicas, quais os problemas relacionados ao uso do álcool no Brasil, e quantos brasileiros abusam ou são dependentes do álcool, além de outras questões

relacionadas ao consumo de tabaco, envolvimento patológico com jogos de azar, consumo de outras substâncias psicotrópicas, níveis de transtorno de déficit de atenção e depressão. Para tanto, entrevistaram, por meio de questionário, 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultos maiores de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Estas pessoas foram escolhidas por meio de um método probabilístico em multiestágios, o que garante que as informações colhidas refletem a população brasileira como um todo. A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais. Os resultados que se referem ao panorama nacional sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes no Brasil indicaram que 34% dos adolescentes brasileiros bebem, começam por volta de 14 anos, têm preferência por cerveja ou chope, e que há entre os meninos, o maior consumo em *binge drinking*, assemelhando-se aos padrões dos adultos. Assim, cerca de dois terços dos adolescentes não bebem no Brasil, mas os que bebem tendem a beber de forma a aumentar o risco de desenvolver problemas de álcool, abuso ou dependência. Os padrões de consumo dos adolescentes apresentam variações em relação a região, estrato social, rendimentos próprios e idade. Os autores veem esses achados como importantes para o estabelecimento de políticas nacionais (Pinsky, Sanches, Zaleski, Laranjeira & Caetano, 2010).

Em 2006, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, juntamente com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Universidade Federal de São Paulo estudou Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Dentre os 143 municípios investigados, 53% dos brasileiros acima de 18 anos fizeram uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano. Entre os homens adultos, 11% afirmaram beber todos os dias e 28% de uma a quatro vezes por semana.

Entretanto, sobre os Padrões de Conduta de Consumo do Álcool em 2007, o CEBRID verificou que a proporção de estudantes de Ensino Fundamental e Médio que já experimentou bebidas não vem se alterando de forma significativa nos últimos anos, mantendo-se de 60 a 80%. Porém, o uso pesado de álcool, comparado aos índices de 1987 a 1997 subiu consideravelmente.

Nesse sentido, é notório o alto consumo de bebidas alcoólicas, visto que de acordo com a OMS, a cada ano, dois bilhões de pessoas, equivalente a 40% (2 em cada 5) da população mundial, acima de 15 anos faz uso do álcool. A estimativa de mortes decorrentes do uso de álcool é de 2 a 2,5 milhões de pessoas acometidas por problemas dos mais variados, dentre eles, intoxicações agudas, cirrose hepática induzida pelo álcool, violência e colisões de automóveis (Laranjeira et al, 2007; Anthony, 2009).

Na Europa, A Health Research Board (HRB, 2012) realizou uma pesquisa para medir o conhecimento público, as atitudes e o comportamento em relação à compra e ao consumo de álcool; à comercialização e venda de álcool e respostas atuais e possíveis para a saúde relacionadas com o álcool e com os danos sociais com 1020 entrevistados em 100 pontos de amostragem ao longo de todos os condados na República da Irlanda; mais de quatro em cada cinco pessoas (85%) acreditam que os níveis atuais de consumo de álcool na Irlanda são muito altos e também que o governo tem a responsabilidade de implementar medidas de saúde pública para solucionar esse alto consumo de álcool.

Recentemente, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2012) publicou um relatório mundial sobre drogas apontando que em todo o mundo, o consumo e a produção de drogas ilícitas tradicionais tem se mantido estável, apesar de mudanças nos fluxos e mercados de consumo dessas substâncias, com tendência a aumentar nos países emergentes e em desenvolvimento. O destaque foi para o uso do álcool cuja incidência anual é de 42 por cento, equivalente a oito vezes maior que a

incidência anual do consumo de drogas ilícitas (5,0 por cento). O beber semanalmente em excesso é oito vezes maior que o consumo de drogas ilícitas (UNODC, 2012).

O fato do uso do álcool apresentar prevalência oito vezes maior do que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas, como apresenta a citação acima, é um dado mais que justificador da necessidade de se realizar incansáveis pesquisas nesta área, nomeadamente as que tangem ao cotidiano juvenil, considerando que o início de experimentação do álcool tem permeado o início da adolescência, dado verificado em pesquisas dos últimos oito anos (Galduróz et al., 2004; Neiva-Silva, 2008; Neiva-Silva & Koller, 2011; Souza et al., 2005; Strauch et al., 2009).

No Brasil, o consumo do álcool continua crescendo como deflagrou o CEBRID em quatro estudos longitudinais sobre o uso dessa droga com estudantes de 1º e de 2º graus, empregando-se o mesmo método. Quanto aos resultados, observou-se um significativo aumento, nos últimos anos da juventude, quanto ao uso pesado de álcool na maioria das cidades estudadas (Galduróz & Caetano, 2004).

No V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas realizado com estudantes de Ensino Fundamental e Médio, nas 27 capitais do Brasil, verificou-se que o primeiro uso acontece por volta de 12 anos e ocorre em ambiente familiar e que o uso regular de álcool pouco ocorria antes da adolescência. (Galduróz et al. 2004).

Na publicação do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira constatou-se que 48% são abstinentes; 24% bebem frequentemente e pesado; e 29% são bebedores pouco frequentes e não fazem uso pesado. Estes dados constatam que, diferentemente da visão popular que acredita que “todo mundo bebe um pouco”, metade da população não bebe (Laranjeira et al., 2007). Entretanto, isso não afasta a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Já no II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado por Carlini, Galduróz, Noto, Fonseca, Carlini, Oliveira, et al. (2007) foi constatado que o álcool é a substância lícita mais utilizada nas 108 maiores cidades do país, contabilizando 74,6% dos indivíduos entrevistados, sendo 12,3% dos entrevistados diagnosticados como dependentes.

Dentre as pesquisas aqui referendadas, metade dos bebedores consome álcool com alto risco para sua saúde. Com destaque para o maior consumo e maior risco entre os jovens. Os adolescentes pertencem a um grupo que apresenta maiores riscos em relação ao padrão de beber e que muda o padrão de consumo em curtos espaços de tempo.

2.4 Risco e abuso de álcool na adolescência

Em se tratando de risco no padrão de beber, o uso pode ser definido como um padrão de consumo de álcool que aumenta o probabilismo desse hábito trazer consequências perigosas tanto para quem o usa como para quem esteja perto (Barbor et al., 2005).

Sobre esse assunto, Laranjeira, Pinsky, Zaleski, e Caetano. (2007) asseguram que o adolescente é o grupo populacional com maior risco ao beber, uma vez que as evidências mostram que, neste período, até mesmo o baixo consumo desencadeia uma série de prejuízos. Certamente, quanto mais cedo se inicia o consumo de álcool, maior a chance de saldos negativos na vida futura, considerando abuso e dependência (Andersen, Due, Holstein & Iversen, 2003; Caria, Faggiano, Bellocchio, & Galanti, 2011; Vieira, Ribeiro & Laranjeira, 2007).

Evidências epidemiológicas acerca do abuso do álcool na adolescência assinalam complicações a médio e longo prazo aos usuários, contingenciando agravos a

toda uma sociedade. Por conseguinte, os estudos têm apontado que entre os jovens de 12 a 17 anos a taxa de dependentes de álcool é de 7% (IBGE, 2009).

Tais evidências são corroboradas por Souza et al. (2005) que encontraram alta prevalência de consumo de álcool e alcoolismo, entre adolescentes trabalhadores; 71,3% para o consumo de álcool e 13,4% para alcoolismo na amostra total, sendo maior entre os estudantes trabalhadores (81,0% e 14,9%) comparativamente aos não-trabalhadores (65,8% e 12,6%). A pesquisa trata de um estudo transversal com amostragem estratificada sistemática, com objetivo de estimar a prevalência de consumo de álcool e do alcoolismo de uma população constituída por estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores na faixa etária de 10 a 20 anos de idade, matriculados na rede estadual de Ensino Fundamental e Médio do município de Cuiabá, Mato Grosso. Para detectar provável dependência de álcool, os autores utilizaram o *Alcohol Screening Test - CAGE*, uma escala composta por quatro perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas.

Em outra pesquisa, esta realizada por Zanoti-Jeronymo e Carvalho (2005), após uma revisão da literatura, que aborda crianças e ou adolescentes filhos de alcoolistas, contida em periódicos indexados nacionais e internacionais, dividiu-se a análise dos trabalhos em três áreas temáticas. A primeira temática consistiu no alcoolismo parental estar associado às características afetivas e comportamentais da criança e ou adolescente; a segunda temática diz respeito à coocorrência com outro distúrbio e características da criança e ou adolescente; e a última temática são os fatores de proteção à saúde mental da criança e/ou do adolescente. Utilizando esses critérios de exclusão, do total de 300 trabalhos, chegou-se à seleção de 27 artigos. Os autores concluíram que certamente há uma tendência em reconhecer que o alcoolismo compromete os aspectos físicos e mentais do alcoolista, repercutindo na vida dos familiares.

Pesquisas internacionais confirmam que, de forma geral, hábitos perigosos e nocivos de consumo, tais como beber até se embriagar parecem estar em ascensão entre os adolescentes (WHO, 2007; McAllister, 2003; Lancet, 2008).

Não obstante, no Brasil mais e mais pesquisas corroboram com as desenvolvidas em níveis internacionais sobre o aumento do *binge drinking* (beber pesado) entre adolescentes (Abramovay, 2005; Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007; Martins & Pillon, 2008).

No Levantamento de Dados do Consumo Nocivo de Álcool e Drogas em Escolas Europeias (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD*), relatórios publicados em 2007, 2009 e 2012, pesquisadores apreenderam dados de amostras aproximadas a 100.000 estudantes escolares em pelo menos 35 países europeus acerca do consumo de substâncias psicoativas entre os adolescentes escolares europeus. É possível observar, dentre estes relatórios, um aumento da prevalência de consumo do álcool e diminuição da idade inicial de experimentação, acompanhados por problemas ligados ao consumo.

No ESPAD 2007, os pesquisadores constataram um grande número de estudantes com idade média entre 15 e 16 anos com problemas ligados, em ordem decrescente, à delinquência, tais como rixa ou desentendimento, relacionamento com pais e com amigos; danos causados aos objetos pessoais, perda de dinheiro ou de outros objetos valiosos e o envolvimento em acidente ou presença de ferimentos, problemas sexuais e, por último, problemas com professores. Este estudo indica que o consumo de álcool é um comportamento social adquirido por meio do contato com outros indivíduos, como pais e companheiros. E relaciona o comportamento de adolescentes que bebem ao meio cultural e ao modo de consumo de toda população (Andersson,

Hibell, Beck, Choquet, Kokkevi, Fotiou, Molinaro, Nociar, Sieroslawski & Trapencieris, 2007).

Em outro relatório do mesmo ano, com publicação em 2009, o ESPAD constatou que em todos os países europeus dois terços dos alunos consumiram álcool pelo menos uma vez durante a sua vida, sobretudo os meninos. Em quase todos os países, meninos bebem quantidades maiores que as meninas. Na grande maioria dos países, a cerveja é a bebida dominante entre os meninos, enquanto o “spirits” é a bebida mais importante entre as meninas em um pouco mais de metade dos países. Em nível nacional, há uma forte relação positiva como consumo de álcool. Entretanto, em países onde os alunos relataram que consumiam maiores quantidades de álcool, também relataram níveis mais elevados de intoxicação (desequilíbrio ao caminhar, fala arrastada ou vômito). Em média, 43% dos alunos relataram episódio de *binge drinking* durante os últimos 30 dias, e este foi mais comum entre os meninos (47%) do que entre as meninas (39%). A maioria dos problemas relacionados ao álcool é, em média, mais comum entre os meninos (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, 2009).

O último relatório ESPAD corrobora com o anterior ao encontrar mais uma vez os meninos liderando o ranking de consumo do álcool na maioria dos países, nos quesitos frequência e quantidade, incluindo o *binge drinking*. O início da primeira experimentação do álcool tem ocorrido em média aos 13 anos, na maioria dos países. Assim como nas pesquisas anteriores, muitos alunos relataram ter tido problemas ligados ao seu consumo de álcool. Os tipos de problemas mais comumente relatados são ligados à escola, trabalho, problemas com os amigos ou com os pais. A maioria dos problemas relacionados ao álcool é mais comum entre os meninos (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, 2012). Mais uma

vez, os dados citados apontam que o álcool é a droga mais utilizada por adolescentes, sobretudo os do sexo masculino.

Nos países desenvolvidos, o álcool desponta como o terceiro fator de risco para morbi-mortalidade, responsável por 9,2% do *Disability Adjusted Life Years - DALYs* (sigla referente aos anos de vida perdidos ou incapacitados). Dentre os países em desenvolvimento, com baixa mortalidade, como o Brasil, apenas o álcool, no grupo das substâncias psicoativas, surge como principal fator de risco, com 6,2% do DALYs (Desjarlais, Einsenberg, Good & Kleinman, 1977; United Nations Office on Drugs and Crime, 2003). A pesquisa de Sadock & Sadock (2007) corrobora com os dados acima ao confirmar que o álcool é a primeira causa de morte associada ao uso de substâncias, chegando a reduzir em 10 anos a expectativa de vida das pessoas.

Na Europa, outro estudo longitudinal verificou que as diferenças entre os países são menos evidentes em relação ao *binge drinking* frequente, em comparação com o caso de embriaguez. A Suécia (26%) apresenta maior proporção de alunos que tiveram *binge drinkink*, 3 vezes ou mais durante os últimos 30 dias, sendo menos evidente a distância para os outros países. Em todos os países, a distribuição por sexo mostra que há mais meninos que meninas relatando esse comportamento (Andersson, Hibell, Beck, Choquet, Kokkevi, et al., 2007).

Em documento produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), denominado “Marco legal – saúde um direito de adolescentes” está posto que:

O uso e o abuso de álcool e outras drogas tem sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. Não fosse o consumo de drogas um problema suficientemente grave, temos ainda a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma seria ameaça a estabilidade social (p. 10).

Nota-se, contudo, que apesar das pesquisas apontarem para um percentual mais alto de consumo e *binge drinking* entre os meninos, o índice de violência associado ao consumo de álcool em adolescentes do sexo feminino vem crescendo. É o que assevera um estudo transversal com adolescentes de idades entre 10 e 19 anos da 5^a série do ensino fundamental até a 3^a série do ensino médio de escolas públicas de Porto Alegre cujo objetivo consistia em verificar a existência de associação entre vitimização e uso de álcool entre meninos e meninas. A coleta deste estudo foi realizada através de questionário padronizado de forma anônima e voluntária e os resultados indicaram que o álcool foi utilizado por 54% dos meninos adolescentes (14-19) e 17% dos adolescentes (10-13), por 58% das meninas adolescentes mais velhas e 19% das adolescentes mais novas. Cinquenta e sete por cento dos estudantes sofreram vitimização severa, e 53% sofreram vitimização moderada. Independente do sexo, os adolescentes das últimas séries do Ensino Fundamental e do Ensino Médio que consomem mais bebidas alcoólicas têm maior risco de sofrerem violência comunitária (Moreira, Belmonte, Vieira, Noto, Ferigolo & Barros, 2008).

Outra variável de ameaça à estabilidade social pode ser os mais diferentes tipos de riscos, como sugere um estudo de caso longitudinal em Ontário no Canadá com uma amostra de um terço da população, realizado por Ray, Moineddin, Bell, Thiruchelvam, Creatore, Gozdyra, et al. (2008). Os pesquisadores queriam saber sobre a relação entre álcool e violência intencional (assaltos e demais crimes). Foi avaliado o risco de ser hospitalizado devido a assalto em associação com a venda de bebidas alcoólicas no varejo. Em Ontário, a maior parte do álcool é vendida em lojas de varejo administradas pelo governo, e os hospitais são financiados em um sistema de saúde. Os autores concluíram que o risco de ser vítima de agressão grave aumenta com as vendas de álcool, sobretudo entre os jovens urbanos. A partir dos resultados deste estudo os

autores esclarecem que as pessoas apresentam um aumento do comportamento agressivo quando estão sob efeito do álcool e seu consumo está usualmente associado a situações nas quais ocorrem agressões físicas, assaltos e assassinatos.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) divulgou um relatório sobre álcool apontando o Brasil entre os países que mais apresentam aumento do uso excessivo de bebida alcoólica, que pode levar a consequências graves como lesões e risco de acidentes.

Vieira, Ribeiro, Romano e Laranjeira (2007), em pesquisa realizada na cidade de Paulínia-SP com o objetivo de traçar um perfil de estudantes em relação ao consumo de álcool e comportamentos de risco verificaram a prevalência de uso de álcool na vida de 62,2%. Em relação aos 30 dias anteriores à pesquisa, 17,3% dos alunos relataram pelo menos um episódio de abuso agudo. Os participantes da pesquisa citaram que adquirem com facilidade bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais e também em contextos sociais com parentes e amigos. Apenas 1% dos menores de idade afirmou não ter êxito na compra de bebida alcoólica. Os estudantes descreveram como consequências negativas do consumo nos últimos 12 meses o fato de ter passado mal por ter bebido (17,9%), arrependimento por algo que fizeram sob o efeito do álcool (11%), blackout (9,8%) e ter brigado após beber (5%). Mais da metade (55%) dos estudantes conhecia alguém que sofreu acidente de trânsito provocado por motorista embriagado.

Nos achados de Vieira et al. (2007), a cerveja foi a bebida mais consumida pelos estudantes (40%), seguida dos vinhos (36,9%), e em terceiro lugar as bebidas tipo “ice”, com 10,2% da preferência. Os pesquisadores constataram um precoce uso de álcool com início entre dez e doze anos (32,8%), sendo que 99,1% afirmaram ter experimentado bebida alcoólica antes dos 18 anos. Os autores concluíram alta prevalência de consumo

de álcool entre os adolescentes estudados e fácil acesso às bebidas alcoólicas, inclusive por menores de idade, constatando que os jovens se colocam em risco e confirmando consequências negativas do consumo de álcool, o que para os autores implica em necessidade de ações imediatas em relação às políticas públicas para o consumo de álcool no Brasil.

Ainda no que se refere às condições de risco, muitos estudos revelam que o uso e abuso de álcool têm sido umas das principais causas de situações de vulnerabilidade na adolescência, uma vez que levam ao surgimento de sintomatologias depressivas, acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada, problemas de saúde na vida adulta, risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida e risco para o uso de outras drogas (Bastos et al., 2008; Brasil, 2005; Figlie et al., 2004; Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

Já para Dell'Aglio e Santos (2011), o distanciamento gradual da família e a constituição de um grupo de amigos, características da adolescência, podem colaborar para a vulnerabilidade às drogas.

Retomando a discussão acerca do abuso do álcool, distintas pesquisas realizadas entre adolescentes escolares mexicanos e espanhóis constatam alto consumo de álcool em algum momento da vida e apontam para o fato de que quanto maior a ocorrência de condutas antissociais, maior é o consumo de álcool e drogas ilícitas por adolescentes (García & Junior, 2008; Inglés, Delgado, Bautista, et al., 2007). Estes resultados assinalam a conduta antissocial como variável que prediz o consumo de álcool, de onde se pode inferir que a conduta torna-se um fator de risco altamente relacionado com os tipos de condutas frente ao álcool em adolescentes escolares.

2.5 Etiologia

Quanto às possíveis causas do abuso do álcool na adolescência, as pesquisas apontam para distintos caminhos. Por mais que a etiologia do abuso de substâncias psicoativas seja desconhecida, há de se considerar, contudo, que entre os fatores de exposição ao risco merece destaque o uso dessas substâncias pelos pais e amigos, as propagandas de bebidas alcoólicas veiculadas nas mídias, os fatores genéticos ou familiares, as influências sociais dos pares, as doenças mentais, os traços de personalidade, fatores metabólicos, fatores cultural-comportamentais, contextos universitários, bases militares, influências psicológicas (Guimarães, Santos, Freitas, & Araujo, 2008; Nardi, 2006; Passos, 2008; Sadock & Sadock, 2007; Schenker & Minayo, 2003; Strauch, Pinheiro, Silva, & Horta, 2009).

Outra possível elucidação da razão pela qual os adolescentes fazem uso do álcool foi dada por Gouveia, Santos, Pimentel, Medeiros e S. V. Gouveia (2011) ao acentuarem que ““buscar sensações, em sentido amplo, isto é, procurar descobrir e experimentar sensações e emoções novas, talvez seja o que mais caracteriza os jovens dos 12 aos 18 anos” (p.209).

Já Scivoletto (2011), ao analisar as características pessoais dos adolescentes mais vulneráveis ao consumo do álcool e drogas, destaca a insatisfação e a não realização das atividades, a insegurança e a sensação de não pertencer a nada ou a ninguém, denominada “invisibilidade” pela mesma autora em 2006. Assim, este adolescente que não obtém destaque nos esportes, nos estudos, ou ainda nos relacionamentos sociais, exemplos específicos apontados por Scivotello, pode encontrar nas drogas a sua identidade.

Retomando os fatores familiares que podem influenciar o uso de drogas Guimarães, Santos, Freitas e Araújo (2008) observaram que as famílias, em sua maioria,

possuem características disfuncionais como laços familiares conflitivos, pouca proximidade entre os membros, falta de uma hierarquia bem definida e pais que não dão exemplo positivo quanto ao uso de drogas. Além disso, evidenciaram diferenças entre gêneros, ressaltando que as meninas necessitam de maior apoio familiar que os meninos como fator protetor do envolvimento com grupo de pares desviantes. O destaque da pesquisa foi a presença de relações de apoio com irmãs mais velhas como fator protetor para o abuso de substâncias em meninas.

Pinsky, Sami e Jundi (2008) ao analisarem os problemas relacionados ao consumo de álcool e sua frequência, especialmente no que tange à relação entre a população jovem e a publicidade, apontam que um dos fatores passíveis de modificação no aumento do consumo de álcool são os concernentes à exposição de publicidade de bebidas alcoólicas. O método utilizado pelos pesquisadores tratou-se de uma revisão bibliográfica de trabalhos que investigaram diferentes pontos de vista quanto ao impacto da publicidade do álcool sobre o consumo. Consideraram que a redução e/ou banimento de publicidade teria efeito de redução do consumo de álcool e concluíram que o conhecimento atual sobre o tema indica que a redução da exposição à publicidade tem impacto sobre o consumo de álcool, principalmente entre os mais jovens.

Outra provável causa de alcoolismo na adolescência pode ser observada nos achados de Silva e Padilha (2011) que ao ponderarem as atitudes de um grupo de adolescentes de uma instituição de apoio no Pará frente à ingestão de bebidas alcoólicas, constataram que o álcool favorece a socialização e o prazer e, com isso, o uso abusivo e contato com drogas ilícitas. Tal pesquisa de cunho descritivo qualitativo teve como objetivo analisar as atitudes dos adolescentes perante a ingestão de bebidas alcoólicas. Para tanto, foram realizadas entrevistas com 40 adolescentes vinculados a uma instituição de apoio no Pará.

Gouveia et al. (2005/ 2007/ 2009) realizaram diversos estudos no Brasil acerca das atitudes frente às drogas e constataram, de maneira geral, a consistência das atitudes como preditoras quanto ao uso de drogas, inclusive no consumo do álcool. Estes autores asseguram que as atitudes, em sua maioria, são respaldadas em contextos de socialização (por exemplo, em casa, na escola, na comunidade), demandando compreendê-las a partir da perspectiva do compromisso convencional.

No que tange à maior propensão de indivíduos ao uso de drogas, Galduróz (2011) apresenta cinco aspectos definidos pela OMS:

- sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas;
- com saúde deficiente;
- insatisfeitos com sua qualidade de vida;
- com personalidade deficientemente integrada;
- com acesso às drogas.

Por outro lado, Galduróz (2011) destaca que, para a OMS, a pessoa que manifesta menor possibilidade de usar drogas seria aquela:

- bem informada sobre as drogas;
- com boa saúde;
- com qualidade de vida satisfatória;
- bem integrada na família e na sociedade;
- com difícil acesso às drogas.

Corroborando com o que preconiza a OMS, um estudo desenvolvido na Holanda por Eijnden, Mheen, Raymon, e Vermulst (2011), com crianças entre 12 e 15 anos, sugere que a disponibilidade de álcool em casa prediz um aumento no consumo em adolescentes dois anos mais tarde atrelado a problemas relacionados ao álcool. Entretanto, verifica-se que pais mais rigorosos com regras específicas e intervenções

que visem à prevenção do uso de álcool e menor disponibilidade do álcool em casa evitam problemas dos adolescentes com o álcool. Os autores alertam que os pais devem impor regras estritas sobre a bebida, especialmente quando a ausência total de álcool em casa não é viável.

Assim, a título de prevenção e/ou investigação diagnóstica, Gouveia, Pimentel, Medeiros, Gouveia, e Palmeira (2007) alertam para a necessidade de se conhecer o que os jovens pensam sobre as drogas, suas crenças sobre seus efeitos e seu consumo e o que experimentam quando usam drogas, como forma de entender e definir seu perfil subjetivo, positivo ou negativo uma vez que este determinará a ocorrência ou não de seu consumo.

Diante do exposto, é relevante destacar que o conceito de risco que antes se formava a partir de aspectos biomédicos hoje decorre de variáveis sociais e comportamentais (Svivioletto, 2011). Esta autora esclarece que destas variáveis emergem os conceitos de fatores de risco e fatores de proteção, percebidos nos próprios indivíduos; relacionados às peculiaridades de cada fase e ao momento de vida de cada pessoa; na família, capaz de absorver impactos adversos do ambiente ou como fonte de grandes emoções e conflitos; e na sociedade em geral, onde se encontram os grupos de referência (escola, amigos, trabalho), a justiça, a inserção cultural, as políticas governamentais e socioeconômicas.

Noto, Sánchez e Moura (2011) atentam para o fato de que a análise da influência dos fatores de risco e de proteção não se dá como uma equação linear, pois não há como avaliar o potencial de exposição do adolescente através de uma equação, assim como também não é possível responsabilizar a decisão de usar ou não uma droga por um único fator, uma vez que a decisão está atrelada a multifatores.

Gouveia et al., ao realizarem uma revisão teórica sobre as drogas entre as adolescentes e evidências empíricas acerca dos seus correlatos valorativos, em especial a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos (Gouveia, Pimentel, Medeiros, Gouveia, & Palmeira, 2007) destacam a relevante influência do grupo de amigos, de familiares e da escola sobre o jovem no tocante ao uso abusivo de drogas na adolescência. Estes autores consideram ainda os fatores cognitivos, emocionais e comportamentais associados na explicação do consumo de drogas.

Em suma, parece haver uma naturalização do consumo do álcool em ambientes sociais na medida em que sua frequência é reconhecida como normal e esperada, apesar dos riscos eminentes frente ao consumo cada vez maior e precoce entre a população adolescente.

2.6 Abuso, dependência e abstinência do uso do álcool

O álcool é considerado como a droga psicotrópica de maior uso e disseminação em todo o mundo, variando— dependendo da fase, da frequência e das circunstâncias – de um uso sem problemas a um consumo excessivo ou frequente, que pode levar a complicações psicológicas, orgânicas e sociais, ocasionando até o alcoolismo (Micheli & Formigoni, 2011).

Acerca destas questões, diversos estudos e manuais classificam os comportamentos humanos relativos ao ato de beber como forma de facilitar a prevenção, o diagnóstico e tratamento.

A etiologia da dependência do álcool pode ser compreendida como manifestação de traços que incluem a predisposição genética (Bierut, Saccone, Rice, Goate, Foroud, Edenberg, et al., 2002; Cloninger, 1999; Cloninger, Bohman, & Sigvardsson, et al., 1981) ou ainda a síndrome da dependência do álcool, como também se denomina o

alcoolismo e se caracteriza como compulsão por ingestão de álcool, perda de controle, dependência física e tolerância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O DSM-IIIR define dependência como “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso da substância psicoativa prejudicado e persiste nesse uso a despeito de consequências adversas” (Glossário de Álcool e Drogas, 2006, p. 51).

Os problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas estão descritos no Manual de Diagnóstico de Transtorno Mental (DSM-IV) como “Transtornos Relacionados a Substâncias”. Em versão recente, a classificação refere-se aos critérios de Dependência do Álcool (DAS) no que refere-se à perda do controle, à presença de sintomas de tolerância e de abstinência, classificando o indivíduo como sendo ou não alcoólatra. Considera que a transição do beber moderado ao beber problemático ocorre de forma lenta, em geral levando vários anos.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) considera que os padrões de consumo das drogas podem ser de “uso nocivo” quando acarreta dano físico ou mental ou, ainda, como “abuso”, que segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) envolve também as consequências sociais (CID-10, 1993; DSM-IV, 2000; Glossário de Álcool e Drogas, 2006).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais americano (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV, 2008) define os critérios para a classificação dos quadros de abuso ou dependência de substâncias, incluindo o álcool. Neste manual, o abuso caracteriza-se como padrão mal-adaptativo do uso da substância, desencadeando prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, ainda que sem critérios que diagnostiquem uma dependência.

De acordo com o DSM-IV (2008) o abuso deve ocorrer por um período de um ano e revela-se por pelo menos um dos aspectos apresentados abaixo:

1. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
2. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico;
3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
4. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

O diagnóstico de abuso pode ser mais recorrente em pessoas que tenham começado o consumo da substância recentemente, mas deve-se alertar para o fato de que alguns se mantêm nesse estágio por longo período, sem desenvolverem a dependência propriamente dita. Já o quadro de dependência, por sua vez, configura-se a partir do momento em que a pessoa continua com o uso da substância, apesar de manifestar sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que provocam problemas expressivos (DSM-IV, 2008).

Para o diagnóstico de abuso o DSM-IV considera um padrão de auto-administração repetida, comumente resultante em tolerância, com sinais de abstinência e compulsividade devido ao consumo da droga. Para tanto é necessária a ocorrência de três ou mais dos sintomas aqui relacionados:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- Síndrome de abstinência característica para a substância;
- Uso da mesma substância com o objetivo de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

3. A substância ser frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

4. Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

5. Gasto excessivo de tempo para obtenção da substância, sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.

6. Abandono ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes em virtude do uso da substância.

7. Manutenção do uso da substância, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela.

Por fim, quanto à definição de abstinência, quadro recorrente dentre os usuários crônicos de álcool, o DSM IV a define como alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, decorrente da queda da concentração da substância no sangue e nos tecidos. Assim, diante dos sintomas desagradáveis da falta do álcool, a pessoa fica propensa a consumir mais uma vez a substância, desta vez com o objetivo de alívio do sofrimento ou evitação do mesmo.

Tais classificações são usualmente utilizadas em diagnósticos que se referem à população geral, não identificando suas especificidades da população adolescente, ainda que o alcoolismo possa ser previsto nesta fase a partir da prevalência de uso.

Outrossim, a Academia Americana de Pediatria (AAP, 1996) define uma classificação diagnóstica a partir de seis estágios que propõe critérios de prevalência de uso do álcool na adolescência. Sendo eles:

1. abstinência;
2. uso experimental/recreacional;
3. abuso inicial;
4. abuso;
5. dependência; e
6. recuperação.

De acordo com essa classificação, nem todo uso de álcool na adolescência será problemático, pois a maior parte das pessoas que o experimentam ou têm eventuais episódios de abuso não desenvolvem quadro de dependência. Entretanto, não se deve desconsiderar os riscos próprios da precocidade do uso, a exemplo das complicações clínicas, como hepatite alcoólica, gastrite, síndrome disabsortiva, hipertensão arterial, acidentes vasculares, cardiopatias, neoplasias malignas diversas, pancreatite e polineurite alcoólica (Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007).

2.7 Álcool e depressão na adolescência

O abuso do álcool é considerado um dos transtornos que se aproxima da depressão, sendo por sua vez, causa ou consequência da depressão ou apenas transtorno que possui mecanismo bioquímico e psicológico semelhante e, por isso, apresenta maior chance de ocorrência concomitante (Nardi, 2006).

Embora a maioria dos estudos sugira que o uso abusivo do álcool na adolescência pode levar à depressão na fase adulta, devido aos efeitos do álcool ocorrerem tardiamente (Cruz, 2006; Martins, 2006; Teixeira, 2007/2011), não se

desconsidera o surgimento de sintomatologias depressivas ainda na adolescência devido ao abuso de álcool (Souza, Silva, Godoy, Cruzeiro, Faria, Pinheiro, Horta & Silva, 2008; Vieira, Aerts, Freddo, Bittencourt & Monteiro, 2009).

No estudo de Teixeira, Stefanini, Martins e Cruz (2011) ao identificar e discutir a relação entre o uso de álcool pelos adolescentes, a depressão e a consequência desse uso no desenvolvimento cognitivo, os autores verificaram que o consumo de álcool em excesso é significativo, mas não se observou relação entre o uso de álcool, sintomas depressivos e o baixo rendimento cognitivo.

Por outro lado, Gouveia (2009) pondera, com base em seus achados, a depressão como um dos transtornos que acompanha com maior frequência o alcoolismo, havendo, portanto, a necessidade de se fazer um rápido diagnóstico, pois quando ocorre concomitantemente ao abuso de bebidas alcoólicas acarreta em um quadro grave, aumentando o risco de suicídio. Gouveia adverte que este fato é observado tanto em adolescentes quanto em adultos.

Santana e Negreiros (2008), ao investigarem o perfil de consumo de álcool dos jovens e sua relação com a depressão, averiguaram que a maioria dos jovens apresentou um consumo normal ou abstinente.

Contudo, segundo Scivoletto (2011) “os sintomas depressivos e as “crises de angústia” frequentes nesta fase aumentam a vulnerabilidade do adolescente. O jovem que está triste, desanimado ou mesmo ansioso buscará atividades ou coisas que o ajudem a se sentir melhor” (p. 85). A referida autora comprehende o uso de substâncias psicoativas como tentativa de automedicação e enfatiza a necessidade de realizar um diagnóstico diferencial a título de prognóstico de depressão na vida destes jovens.

Nardi (2006) salienta que o grave transtorno caracterizado por uso crônico e excessivo do álcool ocasiona problemas físicos, psiquiátricos, ocupacionais e familiares.

Desta feita não há dúvidas quanto à comorbidade destas patologias denominadas alcoolismo e depressão, mas há de se ponderar a complexa trama sociocultural e genética imbricadas nestas no devir das manifestações comportamentais na tenra adolescência, assunto tratado no capítulo seguinte.

2.8 O papel da escola frente ao uso do álcool

Como foram apresentados no transcurso deste capítulo os escolares têm experimentado o álcool cada vez mais cedo. Muitas pesquisas têm evidenciado a importância da implementação de uma política interna nas escolas, constituída por regras claras contidas em regimento institucional voltadas à prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas envolvendo desde a comunidade acadêmica até seus familiares.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) de 2009 – realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), financiada pelo Ministério da Saúde, com uma amostra constituída por 26 municípios das capitais e o Distrito Federal – aponta que 71,4% dos escolares já experimentaram bebida alcoólica, pelo menos uma vez. Os resultados evidenciaram também uma variação entre as cidades e os sexos, por exemplo, na cidade de Macapá a experimentação de bebida alcoólica por parte dos adolescentes foi de 55,1% e em Curitiba de 80,7%, com frequência maior em escolares do sexo feminino (73,1%), embora com proporção de experimentação também elevada de 69,5% no sexo masculino. Nas escolas privadas, o índice de experimentação de bebida alcoólica foi de 75,7% e de 70,3% entre os estudantes das escolas públicas. Os dados da PENSE comprovam ainda que 27,3% dos estudantes haviam bebido no último mês. A capital com a menor proporção neste indicador foi Rio Branco com 16,0%. Os maiores percentuais foram observados em Curitiba e Porto Alegre 36,4%. A forma mais comum que tiveram para adquirir a bebida alcoólica foi através de festas (36,6%),

seguido da compra em mercado, loja, supermercado ou bar (19,3%). Outros 15,8% dos escolares que consumiram bebida alcoólica, nos últimos 30 dias, adquiriram com amigos e 12,6%, na própria casa (IBGE, 2009).

A mesma pesquisa evidencia que o *binge drinking* foi declarado por 22,1% dos escolares, sendo que em Fortaleza apenas 15,7% confirmaram os episódios de embriaguez contra 30,0% em Curitiba, capital com maior frequência de embriaguez entre os adolescentes. Dentre os estudantes de escolas públicas, 22,8% bebem até ficarem embriagados enquanto que nas escolas privadas o percentual foi de 19,4%.

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais da Saúde, a prevenção do uso do álcool deve ser tratada multidisciplinarmente como tema transversal, permeando todas as áreas que fazem parte do currículo escolar (BRASIL, 1996).

Santos, Santos-Oliveira, Kauart, e Manhães (2011) ao realizarem um estudo em uma unidade escolar constataram que a droga se faz presente através de alunos ou por meio de usuários que vivem nas proximidades da escola. Verificaram ainda que os estudantes têm acesso a informações acerca da prevenção de drogas por diversos meios, inclusive por eles mesmos. As atividades preventivas desenvolvidas pela escola são de fórum informativo, sendo necessário implementar estratégias educacionais que foquem a interação e a reflexão, abordando aspectos pessoais e sociais do adolescente no que tange à prevenção.

Andersen, Holstein e Hansen (2006) ao realizarem um estudo com 4.981 estudantes de 11 a 15 anos para associar o fator de risco ao uso de automedicação e tabagismo ao álcool, encontraram uma fonte associada entre uso do álcool e automedicação com modelo ajustado para o sintoma e cada medicação usada.

Como política de prevenção, nas escolas de Mato Grosso, adotou-se em 2011 um Plano de Enfrentamento às Drogas, este representado por um comitê formado pelo

Governo Estadual, poder Judiciário e Legislativo. O referido plano trabalha em quatro eixos: Prevenção, Repressão, Tratamento e Financiamento. Este último custeia tratamentos para dependentes em unidades terapêuticas e demais instituições cadastradas. Outros projetos em funcionamento estão em funcionamento, tais como o “De Cara Limpa Contra as Drogas” e o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), ambos com atuação em escolas periféricas do Estado (UNIAD, 2012).

Especialistas são enfáticos em dizer que a prevenção é a melhor forma de lidar com essa questão, indicando a escola como local essencial para o início dessas atividades (Silva, Tomaz, Bandeira, Nepomucena, & Tavares, 2008). Contudo, cabe à escola a tarefa de formar o cidadão sem omitir problemas, tais como o uso de drogas. Assim, quando da constatação desse uso, a escola deve informar aos familiares delegando a estes a total responsabilidade com esse jovem, acarretando muitas vezes no afastamento desse aluno da sala de aula ou até em evasão acadêmica (Silva, Tomaz, Bandeira, Nepomucena, & Tavares et al., 2008).

O Programa Saúde na Escola – PSE é um programa de articulação com o Ministério da Educação instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). A expectativa do programa é atingir por volta de 26 milhões de alunos de escolas públicas no período de 2008 a 2011. A preocupação central é a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008). Dentre essas ações consta a Prevenção do uso de drogas.

Tendo em vista esse cenário, é relevante considerar que o uso de substâncias psicoativas não pode ser reduzido a uma ou outra de suas dimensões e que o engajamento de ações e discussões acerca dessa temática diz respeito à sociedade como um todo, essencialmente à escola e ao sistema de saúde.

Segundo Gue Martini e Furegato (2008) faz-se necessário refletir acerca das múltiplas causas do uso de drogas por adolescente, uma vez esse uso não pode ser visto como decorrência de um único fator, mas como resultado da combinação de vários elementos, que vão desde os genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos, até os socioculturais.

Em suma, como esclarece a diretora de prevenção e tratamento da Secretaria Nacional Antidrogas, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, no prefácio do Glossário de Álcool e Drogas (2006), o consumo de substâncias psicoativas é considerado uma questão de saúde pública extremamente relevante em praticamente todo o mundo. Nenhuma abordagem isoladamente tem qualquer chance de sucesso no manejo dessa situação. Dessa forma, é fundamental que gestores, pesquisadores, e todos aqueles envolvidos em prevenção, tratamento, redução de danos, e outros interessados em temas relacionados a álcool, tabaco e outras drogas possam ter uma linguagem comum para que uma discussão frutífera possa realmente ocorrer.

Assim, o uso abusivo de drogas não se caracteriza como um comportamento isolado, mas sim associado à proteção, à autoestima às relações familiares, considerando as diferenças nos padrões de comportamento em função da cultura, gênero e faixa etária aos quais os jovens pertencem (Noto, Sánchez & Moura, 2011).

Nesta tela, constata-se que o uso e o abuso dessa substância psicoativa denominada álcool pode acarretar consequências severas nos campos biopsicossociais, levando à reflexão acerca de um grave problema de saúde pública que emerge abruptamente em todo o mundo.

CAPÍTULO III - DEPRESSÃO

A OMS (2011) define depressão como um “transtorno mental” comum, na medida em que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo, número quase quatro vezes maior do que o de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV/Aids - 33 milhões. Os levantamentos estatísticos realizados pela OMS (2011) garantem que é o quarto principal motivo de incapacitação em todo o mundo e revelam-na como uma das principais causas para afastamento do trabalho, incapacitando os indivíduos de realizar seus afazeres profissionais, bem como de vivenciar sua existência nas dimensões sociais e coletivas, isto devido à introspecção e ao isolamento que tais estados afetivos implicam. As projeções da OMS indicam que em 2030 a depressão será o mal mais prevalente do planeta, à frente do câncer e de algumas doenças infecciosas. Etimologicamente, depressão advém do latim e é composta por duas palavras: de (baixar) “*premère*” e (pressionar), isto é, “*deprimère*” que, literalmente, significa “pressionar para baixo” (Coutinho & Saldanha, 2005).

Tavares (2010) considera, sob um prisma psicanalítico, o termo “depressão” como um jargão para identificar e rotular as mais diversificadas formas de “mal-estar” na atualidade. Ele acredita que as depressões assumem dimensões dos delineamentos e formas, por vezes caricaturais, assumidas por tal problemática na atualidade. Assim, o autor tece uma crítica à “patologização” de indícios de “mal-estar”, na qual as depressões são diagnosticadas com base em meras manifestações de dor e sofrimento.

No campo da psicopatologia, o termo depressão tem sido empregado para descrever tanto um estado afetivo normal quanto uma tristeza aparente ou um sintoma ou transtornos associados. A tristeza constitui uma resposta às situações de perda, derrota ou outros desapontamentos. As situações de perda podem, por meio do retraimento, causar danos cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Já o termo humor, de acordo com Scivoletto, Nicastri e Zilberman (1994) é definido pelo DSM IV

(APA, 1994) como emoção pervasiva e mantida que, em extremos, marca o colorido da percepção do mundo pelo indivíduo.

Do ponto de vista biomédico, a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento; altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende os fatos, manifesta emoções e sente a disposição e o prazer com a vida. Segundo Ballone (2007), ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre o que vivenciou ou fez. Contudo, apresenta-se como um problema de saúde pública demasiadamente complexa de ocorrência mundial e que suscita agravos psicossociais.

Como se observa, a depressão enquadra-se dentro dos transtornos de humor, mas também pode ser explicada por um modelo biológico e psicológico combinado. Entretanto, tal patologia apresenta-se na maior parte das pessoas com vulnerabilidade biológica, não desconsiderando a experiência de vida somada a uma inclinação a pensar em termos negativos, fatos estes que aumentam consideravelmente a probabilidade de desenvolver a depressão (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Essas proposições de Ballone e Nolen-Hoeksema et al. foram corroboradas por Coutinho (2005) ao desvelar o construto em questão como um sofrimento psíquico em expansão, compreendido como um transtorno de humor multifacetado com sintomas inter-relacionados, dentre eles destacam-se a tristeza, a desesperança, a perda de prazer e de apetite, as alterações psicomotoras e do sono, a diminuição de energia, o sentimento de culpa, a ideação suicida e o isolamento social.

3.1 Construção sócio-histórica da depressão

Apesar de ser um mal do século XXI e sua nosografia ser recente, a depressão é tão antiga quanto a história da humanidade. Os episódios de depressão podem ser

encontrados até na Bíblia quando Saul relata dor imensa e tristeza profunda sentida por ele após ter perdido o trono, em consequência de suas decisões incorretas (Mathews, 2008; Vieira, 2008).

Muitos são os estudos que mostram a história da depressão perpassando os tempos bíblicos e mitológicos, ainda que sem a intenção de esgotar o assunto, mas de apontar esta doença como epidemia ora demoníaca ora associada à tristeza profunda a princípio denominada melancolia e a sentimentos de fraqueza e culpa (Esteves & Galvan, 2006; Juruena, Fleck, Del Porto Fleck & Del Porto, 2011; Máximo, 2010; Vieira, 2008; Scliar, 2008).

No Ocidente, a história da depressão, doença denominada inicialmente por *melancolia* pode ser compreendida em cinco estágios como se apresenta abaixo (Vieira, 2008). Com base em Hipócrates, que por volta de 450 A.C cunhou os termos mania e melancolia para descreverem doenças mentais (Abramovitch & Moreira, 2008), nesta exposição será utilizado o termo melancolia, por ser o que mais corresponde ao conceito atual de depressão.

No período da Antiguidade clássica, a visão da melancolia mostrava-se muito parecida com a depressão contemporânea, como se nota a partir de sua concepção por Hipócrates, pai da medicina, que acreditava ser a melancolia uma doença fundamentalmente cerebral que por sua vez necessitaria de terapia medicamentosa via oral. A principal questão entre os médicos que o seguiam era a respeito da natureza humoral do cérebro e a formulação adequada desses remédios (Vieira, 2008). Hipócrates explicava os transtornos mentais como o resultado de um desequilíbrio entre os quatro humores básicos do corpo: o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra a que correspondiam os quatro temperamentos: sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico (Juruena et al., 2011; Scliar, 2008).

Já na Idade Média, Vieira (2008) esclarece que a melancolia era vista como a manifestação de descrédito divino, como indicativo de exclusão do bem-aventurado conhecimento da salvação do sofredor, consolidando assim a estigmatização da doença; em episódios extremados, os sofredores deste mal eram tratados como infieis. O Renascimento romantizou a melancolia resgatando o gênio melancólico, cuja apatia e fragilidade significativas expressavam a visão artística e a complexidade da alma.

A era da ciência foi representada entre os séculos XVII e XIX, desenvolvendo experimentos que buscavam compreender a composição e a função do cérebro, organizando estratégias biológicas e sociais que refressem as mentes que se encontravam fora de controle. O século XX, com o início da chamada era moderna, tem repercussão psicanalítica com Sigmund Freud e Karl Abraham acerca da mente, na tentativa de descrever a depressão e suas origens; e com as publicações de Emil Kraepelin, com uma moderna biologia da doença mental enquanto aflição que pode ser separada de uma mente normal ou superposta a ela (Vieira, 2008).

Entretanto, no passado, a depressão era vista como doença que assolava a população a partir da fase adulta, o que não é fato, pois a OMS traz dados relativos à depressão na infância e na adolescência. A partir de 1975, o “*National Institute of Mental Health of Us*” (NIMH) reconhece a presença da depressão em crianças e adolescentes (Bahls, 2002).

A crença de que os adolescentes, assim como as crianças, não eram acometidos pela depressão perdurou por muito tempo. Este pensamento baseava-se na suposição de que nesta etapa da vida as pessoas ainda não tinham problemas e uma vez que a depressão era uma resposta emocional aos problemas, os adolescentes não teriam depressão.

Ainda na década de 1970, muitos psiquiatras ao questionar a existência de quadros depressivos na adolescência, uma vez que o adolescente encontrava-se em um processo ativo de crescimento fisiológico e psicológico, com uma série de crises prolongadas que começariam no início da puberdade e terminariam no início da fase adulta, rotulavam os diagnósticos como patologias psiquiátricas (Coutinho, 2005).

Foi somente a partir da década de 1970 que a depressão na fase da infância e adolescência teve notoriedade alastrando-se de tal forma que veio a ser considerada pela OMS como segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em subdesenvolvimento, estimativa a confirmar-se até o ano de 2020 (Coutinho et al., 2003).

E finalmente na década de 80, com a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* pela American Psychiatric Association (APA, 1997) na 3^a edição (DSM-III) que os quadros depressivos nas crianças, adolescentes e adultos passaram a ser considerados semelhantes e não mais se verificavam diferenças na semiologia descritiva nas diferentes faixas etárias (Coutinho, 2005). Daí em diante, a tendência dos estudos foi de buscar conhecer quais as formas que a depressão manifesta-se na criança, como identificá-las e classificá-las enquanto quadro nosográfico.

Apenas recentemente, do ponto de vista etiológico, os transtornos depressivos da criança e do adolescente passaram a ser clinicamente considerados distintos dos desenvolvidos pelos adultos (Coutinho, 2005).

Atualmente, com as descobertas da ciência, sabe-se que a depressão não é um distúrbio exclusivamente de ordem emocional – ainda que se confunda com o sentimento de tristeza – e, também, que pode surgir em qualquer fase da vida.

Por conseguinte, a depressão difundiu-se nos últimos anos tanto por ser um transtorno psiquiátrico relevante, quanto pelo agravamento e abrangência epidemiológica. Por esses motivos houve, no que tange a essa doença, grandes progressos científicos e tecnológicos de diagnósticos e tratamentos.

3.2 A depressão na adolescência: conceitos e sintomatologias

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) depressão, suicídio e psicoses são patologias que podem surgir no período da adolescência, considerando também possíveis ocorrências de transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e as condições médicas associadas, como diabetes e epilepsias (WHO, 2003/2005). Neste estudo focaliza-se especificamente o abuso de álcool e a depressão, sem questionar o grau de implicações na vida das demais patologias.

3.2.1 Conceito

O conceito de depressão tem sido estudado por vários autores e sua classificação no decorrer do tempo vem sendo apresentada de distintas formas. Allen-Meares, Colarossi, Oyserman e DeRoos (2003), caracterizam o comportamento de uma pessoa com depressão por gestos lentos, fala diminuída, dificuldade na realização de suas atividades laborais e nas quais prevalece o sentimento de insatisfação; e enfatizam que outros autores reconhecem também a perda de motivação, diminuição na concentração para realização de atividades, ganho ou perda de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardamento.

Coutinho (2001) ao desenvolver um estudo transcultural sobre os distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência, discute a depressão como a associação a um sofrimento psíquico e/ou dor moral desencadeado por uma situação ou um

acontecimento desagradável que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e capacitação social do indivíduo.

Coutinho e Ramos (2008, pg. 6) certificam que “em diferentes culturas a depressão constitui um distúrbio de humor que merece devida importância”. O estudo destas pesquisadoras consistiu em identificar as representações sociais de crianças escolares brasileiras e portuguesas acerca da depressão, por meio de uma abordagem transcultural. As investigações e publicações dedicadas ao estudo da depressão na criança e no adolescente têm conhecido um desenvolvimento considerável e provêm das mais diferentes correntes teóricas e metodológicas.

Diagnosticar e tratar a depressão na adolescência ou ainda na infância se faz necessário uma vez que o quadro pode predizer futuros episódios de depressão maior na fase adulta. Desta forma, o Relatório da Organização Mundial de Saúde intitulado *Mental Health Promotion in Young People – na Investment for the Future* (WHO, 2010) considera a definição dos primeiros anos da infância e da adolescência como base para uma boa saúde mental.

Ballone e Moura (2005) ressaltam a complexidade da conceituação do termo depressão por ser um sintoma que compõe inúmeros distúrbios emocionais, sem ser específico de nenhum deles; é uma síndrome traduzida por variados sintomas somáticos e ainda uma doença caracterizada por acentuadas alterações afetivas.

3.2.2 Sintomatologia

O quadro sintomatológico da depressão consiste em distúrbio do humor que compromete muitas esferas da capacidade humana, entre algumas as de pensar e executar tarefas, levando à apatia e ao desânimo. No caso da depressão em adolescentes, os comprometimentos são na esfera familiar, social e principalmente nas atividades escolares (Coutinho & Ramos, 2008).

Coutinho e Saldanha (2005, p.18) enfatizam que “algumas pessoas apresentam mais sintomas associados ao afeto (tristeza, falta de esperança, desânimo); outras apresentam a manifestação por meio de elementos físicos (astenia, alterações do sono, queixas gastrointestinais, cefaleias)...”. As autoras evidenciam a grande dimensão que a depressão está tomando no universo, danificando a qualidade de vida, refletindo na produtividade e incapacitação social do indivíduo, interferindo negativamente no funcionamento individual, familiar e social.

Já Nardi (2006) aponta que os principais sintomas da depressão consistem no humor triste e perda do interesse e de prazer (anedonia), considerando-os em número e intensidade variáveis, além de diversos sintomas físicos e psicológicos como perda de energia (cansaço), alterações do apetite, distúrbios do sono, dores, sensação de desconforto, alterações nos movimentos, baixa autoestima e sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, retraimento social, uso e abuso de drogas, problemas no trabalho, irritabilidade, distorção da realidade, ideação suicida e diminuição da libido. Nardi adverte que estes sintomas são similares aos de outras doenças, tais como os distúrbios da tireoide e a anemia, sendo por sua vez, necessária uma avaliação médica diagnóstica que diferencie o quadro.

Na esfera acadêmica, os estudantes tendem a queixar-se das manifestações somáticas ou biológicas da depressão como símbolos da doença, como alterações do apetite e do sono (Crivelatti, Durman & Hofstatter, 2006; Eller, Aluoja, Vasar & Veldi, 2006; Chandavarkar, Azzam, & Mathews, 2007).

Avanci, Assis e Oliveira (2008) realizaram um estudo transversal com 1.923 alunos das 7^a e 8^a séries do Ensino Fundamental e 1º e 2º anos do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro que buscou identificar fatores sociodemográficos, familiares e individuais potencialmente de risco ao

desenvolvimento de sintomas depressivos nessa fase da vida. Os resultados revelam que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva. Meninas têm mais que o dobro de chance de apresentar esses sintomas do que os meninos; vítimas de violência severa cometida pela mãe têm 6,49 mais; adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances; adolescentes com baixa autoestima têm 6,43 mais chances e aqueles que estão insatisfeitos com a vida têm 3,19 mais chances de apresentar sintomas de depressão.

Gouveia R. (2009) ao estudar a relação do engajamento escolar com a depressão em duas capitais nordestinas encontrou ambiguidade na variável idade como um correlato da depressão, uma vez que a idade não se correlacionou com a depressão. No que tange à variável sexo, na depressão não se observou o efeito principal em Aracaju, mas em Maceió as mulheres obtiveram maior pontuação. Quanto à integração social, esta correlacionou-se diretamente com a depressão nas duas capitais nordestinas. A autora concorda com a possibilidade de a família ser considerada parte do contexto socializador de suporte afiançador de bem-estar subjetivo dos jovens, incluindo baixa ou nenhuma depressão.

Confirmando as pesquisas já citadas ressaltam-se como características próprias dessa fase: os prejuízos no desempenho escolar, o isolamento social, as alterações no relacionamento familiar, a baixa autoestima e o aumento de ideias e tentativas de suicídio (Ribeiro, Coutinho & Nascimento, 2010). Uma relação insatisfatória com os pais, irmãos e colegas; irritabilidade e incapacidade de ficar alegre são outros sintomas comuns na depressão de adolescentes (Nardi, 2006).

Nesta tela, verificam-se registros nos quais as manifestações dos sintomas em adolescentes, apesar da semelhança com os da fase adulta, apresentam características próprias do transtorno na adolescência, ou seja, nem sempre estão tristes, irritáveis e

instáveis (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1993). Entretanto, são visíveis a perda de energia, apatia e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desprezo e culpa, alterações do sono e do apetite, isolamento e dificuldade de concentração. Em meninas, são mais frequentes as queixas de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade, maior insatisfação com a aparência e baixa auto-estima. Já nos meninos são relatados sentimentos de desprezo, desafio e desdém, associados, muitas vezes, a problemas de conduta, tais como: falta às aulas, fuga de casa, violência física, roubo e abuso de substâncias.

Além disso, os transtornos depressivos têm outros sintomas quando ocorrentes na adolescência: ansiedade ou angústia, irritabilidade, exacerbação sintomatológica obsessiva ou fóbica, consumo abusivo de álcool, entre outros (Souza, 2010).

Assim, a sintomatologia da depressão tem características biológicas e implica em déficit funcional da serotonina e da noradrenalina, neurotransmissores importantes na alteração de humor nomeada ‘disforia’ que, por ser súbita e passageira, não chega a ser suficiente para caracterizar um transtorno depressivo (Ballone & Moura, 2005; Nardi, 2006). Já o episódio depressivo propriamente dito significa a alteração no estado de humor, de modo episódico e recorrente, levando o indivíduo a uma falta de interesse e prazer, acarretando em aumento da fadiga e diminuição no ritmo das atividades diárias.

3.3 Diagnóstico e classificação da depressão

Sob o viés do enfoque psicopatológico, os quadros depressivos incluem, como elemento central, o *humor triste*; contudo, a depressão se caracteriza por uma pluralidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos concernentes à autovalorização, à volição e à psicomotricidade. Sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados podem estar presentes.

A APA (2004) tem classificado o episódio depressivo como leve, moderado ou grave, classificação esta que varia de acordo com o número, gravidade e tempo de apresentação dos sintomas.

O DSM-IV – 4^a edição de 1994 recomenda que para a realização diagnóstica da depressão é necessário que os sintomas perdurem ao menos duas semanas consecutivas e obedecendo os seguintes critérios:

a) Apresentar cinco dos seguintes sintomas, sendo obrigatória a presença dos sintomas 1 ou 2:

1. Estado deprimido - humor deprimido na maior parte do dia;
2. Anedonia - Interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (relato subjetivo ou observação feita por outros);
3. Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
4. Perda ou ganho de peso significativo, sem uso de dietas;
5. Insônia ou hipersonia;
6. Agitação ou retardo psicomotor;
7. Perda de energia, fatigabilidade;
8. Distúrbios do sono: insônia ou hipersonia frequente;
9. Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
10. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
11. Diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
12. Pensamentos recorrentes de morte, suicídio.

b) Os sintomas não preenchem critérios para um episódio misto.

c) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

d) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

e) Os sintomas não podem ser decorrentes de fatores orgânicos ou luto.

Após as respostas referentes aos itens acima, classifica-se o estado depressivo em três grupos:

1. Depressão menor: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia;

2. Distimia: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo;

3. Depressão maior: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

A depressão também pode ser classificada por níveis de gravidade nas quais o episódio depressivo na prática classifica-se quanto à *gravidade, etiologia* ou *sintomatologia* (BRASIL, 2006). Podendo ser:

✓ *Leve*: Apresentando dois dos sintomas a seguir: humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais dois dentre os expostos anteriormente (CID-10). O paciente não para suas funções completamente.

✓ *Moderada*: Dois dos sintomas a seguir: humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais três dentre os expostos, anteriormente (CID-10). O indivíduo apresenta dificuldade em executar suas funções.

✓ *Grave ou Severa*: Dois dos sintomas a seguir: humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e pelo menos mais quatro dentre os expostos, anteriormente (CID-10), alguns em grande intensidade; mas considerável inquietação e agitação, ou retardos psicomotor; às vezes, com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

Os critérios para o diagnóstico da depressão maior (variedades leve, moderada e grave) consideram que o indivíduo deva apresentar determinados sintomas, levando ao aumento da fatigabilidade e diminuição da atividade, sendo comum o cansaço acentuado posteriormente aos esforços leves (CID-10). Entre os sintomas destacam-se:

- a) Humor deprimido;
- b) Perda de interesse pelas atividades habitualmente agradáveis;
- c) Prazer e energia reduzidos;
- d) Concentração e atenção reduzidas;
- e) Auto-estima e autoconfiança reduzidas;
- f) Ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- g) Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- h) Ideias ou atos autolesivos ou suicídio;
- i) Sono perturbado;
- j) Apetite diminuído.

Coutinho e Saldanha (2005) recomendam que para o diagnóstico da depressão maior seja necessário estarem presentes pelo menos dois dos três primeiros sintomas (*humor deprimido; perda de interesse; prazer e energia reduzidos*), considerando que a presença de quatro sintomas indica um episódio ligeiro; de seis episódios de gravidade moderada; e de oito episódios, grave.

Em relação às causas, a depressão pode ser classificada como:

✓ **Depressão endógena:** trata-se de um tipo de depressão onde, predominam, os sintomas classificados como endógenos, de natureza mais neurobiológica, mais independente de fatores psicológicos. Este tipo de depressão constitui-se por fatores constitucionais, internos, de origem biológica e/ou predisposição hereditária (Ballone, 2010). Suas causas são fundamentalmente biológicas e não existe

relação palpável ou proporcional entre o momento depressivo e as eventuais vivências causadoras. Nela não se percebem causas externas ao sujeito. Apresentam como sintomas típicos a anedonia; hiporreatividade geral; tristeza vital; lentidão psicomotora; perda de apetite e de peso corporal; sintomas mais intensos pela manhã, melhorando ao longo do dia; insônia terminal; diminuição do sono; e ideação de culpa (Dalgalarrondo, 2000). Ballone (2010) considera este tipo como um dos mais graves.

✓ **Depressão Reativa:** refere-se ao tipo de depressão desenvolvida como uma reação a um fator estressor externo, representando uma associação entre fatores precipitantes internos e externos; e formas moderadas dessa patologia. De acordo com Coutinho (2005), este tipo é entendido como um sofrimento psíquico e/ou dor moral desencadeada por uma situação ou acontecimento desagradável; que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e na capacitação social do indivíduo. Sendo, portanto, necessário saber se o paciente é ou está deprimido por determinadas circunstâncias capazes de causar tais sofrimentos emocionais (Ballone, 2010).

Quanto aos sintomas, a depressão pode ser classificada em neurótica ou psicótica.

✓ **A Depressão neurótica:** Abreu (2003) caracteriza este tipo por apresentar, pelo menos, cinco dos itens aqui apresentados a seguir: perda do interesse ou falta de motivação; demora em responder aos estímulos prazerosos; piora dos sintomas pela manhã; agitação ou retardamento psicomotor; significativa perda de peso; resposta anterior a terapias biológicas (como terapia eletroconvulsiva) ou a medicamentos antidepressivos, durante um episódio anterior com sintomas desencadeantes similares. À luz da Psicanálise, as crises depressivas neuróticas relacionam-se às vivências traumatizantes que são ocasionadas por frustrações afetivas, pelo medo do abandono e

por experiências dolorosas de perda e falta. Assim, a depressão caracterizada como um distúrbio reativo às vivências de frustração, de perda e de abandono torna-se uma depressão neurótica devido à estrutura neurótica que lhe é subjacente. Esta trama efetiva-se em detrimento de uma pessoa ser constitucionalmente predisposta à neurose, o que a torna mais suscetível aos efeitos patogênicos de traumas e frustrações (Baptista, 2011; Rocha, 2008).

✓ **A Depressão psicótica:** A CID-10 a descreve como um episódio depressivo grave que é acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Contudo, quando se trata da depressão em adolescentes, o diagnóstico torna-se mais complexo, devido à dificuldade que os pais, os familiares e a escola têm em diferenciar seus sintomas daqueles já decorrentes da fase da adolescência. Entretanto sua primeira identificação se dá, certamente, na escola, por ser nomeadamente no contexto acadêmico onde seus sintomas são mais evidentes, como por exemplo, o isolamento, o baixo rendimento escolar, ou só de drogas como tentativa de se sentir melhor e abaixa auto-estima ou a lentificação (Abramovitch & Moreira, 2008).

Apesar disso, os estudos chamam a atenção para a dificuldade do diagnóstico em casos de episódio depressivo associado à drogadição e ao abuso de álcool, pois o quadro de depressão propriamente dito só aparece após a desintoxicação, uma vez que facilita a identificação de possíveis sintomas psiquiátricos (Abramovitch & Moreira, 2008; Nardi, 2006).

Embora o estado depressivo no adolescente surja de forma aguda e claramente delineada como asseveram Abramovitch e Moreira (2008), há dificuldade quanto à eficácia na realização do diagnóstico da depressão em quase todas as pessoas, independente de estarem na fase jovem ou idosa da vida, uma vez que todas as pessoas vivenciam sentimentos transitórios de tristeza, no entanto tais sentimentos fazem parte da vida e tendem a dissipar-se sem tratamento. A tristeza não pode ser considerada depressão, pois esta apresenta sintomas específicos, com duração e gravidade que interferem na capacidade de uma pessoa levar uma vida normal (Ballone & Moura, 2008).

O que acontece, por sua vez é que a complexidade de seus sintomas vezes mascara o diagnóstico, por exemplo, ao surgirem doenças como a anorexia nervosa e a bulimia. Os episódios podem aparecer ao longo da vida, mas para a maioria das pessoas o primeiro episódio se dá na adolescência e é marcado por confusão, solidão, rebeldia, descontentamento, angústia, dentre outros sentimentos negativos.

Para Nardi (2006, p. 81) “o uso de drogas é sempre uma preocupação e um temor das famílias, mas a depressão que está por trás disso passa muitas vezes desapercebida, subestimada e é tida como ‘preguiça’ ou ‘falta de caráter’”.

Outros sintomas comumente visíveis da Depressão na Adolescência, segundo o DSM-IV são:

- ✓ Irritabilidade e Instabilidade;
- ✓ Humor deprimido;
- ✓ Perda de energia;
- ✓ Desmotivação e desesperança e/ou culpa;
- ✓ Alteração do sono;
- ✓ Isolamento;

- ✓ Dificuldades de concentração;
- ✓ Prejuízo no desempenho escolar;
- ✓ Baixa autoestima;
- ✓ Ideias e tentativas de suicídio;
- ✓ Problemas graves de comportamento.

Como se observa, a APA, o DSM-IV e a CID-10 são instrumentos essenciais na classificação de transtornos mentais a partir da análise dos sintomas comportamentais específicos, que auxiliam na transmissão de informações, proporcionando uma base para pesquisas (Nolen-Hoeksema et al, 2012).

3.4 Etiologia

Como focalizam os conceitos acima, o transtorno depressivo apresenta etiologia multifatorial, arranjada por fatores de ordem biológica, genética e psicossocial sendo estudada por diversas abordagens: uma enfatiza excepcionalmente o humor deprimido; outra focaliza as síndromes, das quais se caracterizam as emoções e os comportamentos, ainda que estes não se configurem como diagnóstico clínico (Avanci, Assis & Oliveira, 2008).

Os fatores biológicos associam a depressão às causas físicas ou orgânicas, isto é, pode incidir sobre determinadas doenças físicas em um segundo plano ou em relação a determinados medicamentos. Abramovitch e Moreira (2008) acreditam que em adolescentes a etiologia do transtorno depressivo assemelha-se aos mesmos mencionados dos adultos, independente da idade em que ela surge.

Por outro lado, do ponto de vista genético, tem-se que apesar da predisposição da depressão ser herdada e não haver herança direta, o transtorno em si não é. O fenômeno da hereditariedade pode ocorrer particularmente no que tange à depressão psicótica, como no caso do distúrbio bipolar, em que seu risco é aumentado, sendo

necessárias constantes pesquisas genéticas, inclusive aquelas que se propõem a associar o adoecimento a fatores hereditários (Abreu, 2003; Andrade, Viana & Silveira, 2006).

Ballone e Moura (2008) enfatiza que os fatores genéticos têm relevância no surgimento da depressão, sendo sua ocorrência maior em pessoas cujos familiares sofrem de transtornos depressivos. O autor ratifica que na atualidade as pesquisas têm se concentrado nomeadamente na área bioquímica da depressão.

Essas pesquisas tem apontado que a depressão pode ser causada por um desequilíbrio de substâncias químicas cerebrais denominadas neurotransmissores, especialmente três deles: a noradrenalina, dopamina e, principalmente, a serotonina. Não esquecendo o importante papel dos neurorreceptores no estado depressivo (Ballone & Moura, 2008; Nardi, 2006). Enfim, como expressa Nardi (2006, p. 85) a maioria dos caos de depressão parece ser “geneticamente transmitida e quimicamente produzida”.

Do ponto de vista psicológico, tem-se que todas as teorias psicológicas sublinham que os fatores psíquicos, conscientes ou não, são essenciais para o desenvolvimento da depressão, apesar de não haver nenhuma relação causal direta (Nardi, 2006).

Para Baloch e Soares (2012) a origem do transtorno depressivo também apresenta natureza poligênica, entretanto, para estes autores, possivelmente a depressão está relacionada a uma combinação de fatores ambientais e genéticos. Os autores afirmam ainda que os estudos confirmam uma taxa de hereditariedade para a depressão na faixa de 33 a 45%, podendo concluir, contudo que a relação com os fatores ambientais é de 60 a 70%.

Destarte, a experiência de uma educação punitiva durante a infância, baixa renda familiar, casamentos arruinados e problemas de saúde também compõem um cenário ambiental propício para o desenvolvimento dos transtornos de depressão, uma vez que

funcionam como agravantes no desencadeamento da sintomatologia depressiva. Os momentos estressantes da vida e a qualidade dos suportes sociais são do mesmo modo relevantes (op cit.).

3.5 Epidemiologia

A adolescência é o período em que muitas pessoas apresentam sua primeira crise depressiva, embora não seja identificada na maioria dos casos (Ballone & Moura, 2008).

A prevalência da depressão vem sendo pesquisada já há algum tempo como se verifica nos estudos de Nardi (2000) ao conferir o aumento significativo das taxas entre os jovens. Quanto aos transtornos de humor, o autor afirma que a prevalência é bastante elevada, 15% nos homens, chegando a atingir 25% no sexo feminino (Nardi, 2006). O autor anuncia que a prevalência de depressão maior tem variado de 0,4 a 10,0% em adolescentes, com predomínio nas meninas, especialmente na passagem da infância para a adolescência (Bahls, 2002). Os dados são corroborados no último relatório da OMS (2011) que reúne estudos populacionais de 18 países e indica relação entre a depressão e as condições sociais, apontando o Brasil com uma prevalência superior a 10%.

Há estudos que evidenciam o transtorno depressivo na adolescência com uma apresentação duradoura e pervasiva, comprometendo dessa forma o funcionamento geral do adolescente (Bahls, 2001; Crivelatti et al., 2006 & Chandavarkar et al., 2007).

Corroborando com os autores citados acima, Baptista e Golfeton (2000) e Jatobá (2007), constataram que a prevalência de elevada sintomatologia depressiva tem oscilado de 1,48% a 59,9%, podendo manifestar-se em qualquer espaço, seja ele familiar, social, laboral ou até acadêmico, como se observa nos estudos de diversos autores, tais como, Coutinho, Cruvinel e Boruchovitch, Gouveia, Saraiva, Castanha, Araujo, dentre outros.

Acerca dessa discussão, Coutinho (2005) destaca que a depressão é uma doença com um índice bastante elevado, incidindo em qualquer idade independente de diferenças raciais ou geográficas. Em seu estudo, a pesquisadora utilizou abordagem multimétodo, que além de contribuir na construção das representações sociais da depressão infantil, usando entrevista e instrumentos clínicos, pode apreender a sintomatologia da depressão infantil de crianças de seis a onze anos, constatando um percentual de 12%.

De acordo com Bahls (2002), a manifestação da depressão pode ocorrer por volta dos nove anos de idade na infância, e entre 13 a 19 anos de idade na adolescência, sendo que o primeiro episódio dura em média cinco a nove meses, com uma probabilidade de 70% de recidiva em cinco anos. O autor ressalta ainda que posteriormente à recuperação é possível que haja prejuízo psicossocial em algum grau. Além disso, quanto mais cedo houver a manifestação da doença, maior o prejuízo, repercutindo na fase adulta de forma severa.

Um estudo da revista *BMC Medicine*, coordenado pela *World Mental Health Survey Initiative* (projeto da OMS para saúde mental) coloca o Brasil no ranking das estatísticas da depressão, sendo ele, entre os que possuem menor renda, o que apresenta o maior número de casos, com 10,8% da população apresentando o transtorno no ano de 2010. Entre os países ricos, a França é a campeã com 21% da população no mesmo período (Bromet, Andrade, Hwang, Sampson, Alonso, et al., 2011). O estudo concluiu que a depressão grave é um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em alguns países.

Os pesquisadores Teodoro, Cardoso e Freitas (2010) – ao realizarem um estudo de investigação de algumas propriedades psicométricas do Familiograma e a relação dos seus resultados com a intensidade dos sintomas de depressão em crianças e adolescentes

– perceberam que as famílias com níveis mais elevados de conflito encontram-se entre aquelas com maiores níveis de depressão. Em seus achados verifica-se a associação entre relações familiares pouco afetivas e conflituosas com a intensidade dos sintomas depressivos, sendo que famílias categorizadas como sendo do tipo *alta afetividade e baixo conflito* possuem significativamente menos depressão do que as do tipo *alta afetividade e alto conflito e baixa afetividade e alto conflito*.

Nardi (2006) salienta que o transtorno depressivo é de 50% a 75% mais diagnosticado no sexo feminino que em homens. O autor acredita que as hipóteses para tal estatística envolvem questões hormonais, predisposição genética ligada ao cromossomo X, ao aprendizado de reações depressivas culturalmente mais observáveis no sexo feminino ou à maior facilidade que as mulheres possuem de expor suas emoções e irem em busca de tratamento.

3.6 Tratamento

No decorrer dos tempos, o tratamento da depressão tem variado entre um enfoque eminentemente psicoterápico com abordagem psicanalítica, passando a ser conduzido pela farmacoterapia. Na atualidade emprega-se a combinação das abordagens terapêuticas e farmacológicas. No entanto, a escolha do tratamento inicial atende as preferências do paciente, disponibilidade dos serviços e severidade da doença, sendo que a depressão leve a moderada pode ser tratada com medicamentos ou psicoterapia e a depressão grave necessita de medicação e em casos extremos, a internação hospitalar (Baloch & Soares, 2012).

Não obstante, quanto ao tratamento da depressão na adolescência, a maioria dos estudos também aponta para a associação de terapia medicamentosa e psicoterapia devido a sua eficácia (Abreu, 2003; Ballone, 2010; Nardi, 2006). As abordagens

psicoterápicas atuam sobre as causas e as consequências da depressão, auxiliando o paciente a desenvolver recursos internos para lidar com suas disfunções.

É consensual a prescrição de psicoterapia como tratamento primário da depressão combinado à medicação antidepressiva. Dentre as abordagens psicoterápicas destacam-se a Terapia Cognitiva-comportamental (TCC) e a Psicoterapia Interpessoal devido a seus efeitos no tratamento da depressão leve a moderada serem sustentados por amplos estudos (Baloch & Soares, 2012; Thase, Friedman & Biggs, 2007).

Na TCC, o terapeuta auxilia o paciente a melhorar suas cognições negativas e comportamentos mal adaptados notados nos estados deprimidos. Na terapia interpessoal, assim como na TCC, o paciente é direcionado a perceber o papel das relações interpessoais na gênese e manutenção do humor deprimido (Baloch & Soares, 2012). Ambas as abordagens vêm demonstrando sucesso na melhora da qualidade de vida das pessoas com depressão. Para Baloch e Soares (2012) a combinação das terapêuticas psicoterápica e medicamentosa é mais efetiva e diminui os riscos de recaída.

Quanto à condução do tratamento, Monteiro e Lage (2007) elencam três aspectos a serem considerados no tratamento da depressão: (1) o tratamento embasado na etiologia, e não na sintomatologia, ressaltando a singularidade do sujeito que apresenta tal quadro; (2) nem toda manifestação de tristeza ou alteração no comportamento é uma manifestação patológica, e (3) a compreensão da depressão normal enquanto luto, no sentido psicanalítico do termo, que, após um certo lapso de tempo, necessita ser superado, sendo a libido reinvestida em outros objetos.

Para além dos tratamentos médicos e psicoterápicos recomendam-se igualmente intervenções familiares e em contextos acadêmicos. Andrade e Bozza (2010) – ao realizarem uma pesquisa do tipo bibliográfica com o objetivo de discutir a depressão na

adolescência e suas formas de tratamento – enfatizam o suporte e a estrutura familiar considerando que estas sejam primordiais no desenvolvimento saudável do adolescente, prevenindo o surgimento de algum transtorno de humor, em especial a depressão. As autoras alertam para o fato de que a alta prevalência da depressão entre adolescentes incorre na capacidade de planejamento suicida devido ao favorecimento de situações que coloquem em risco a própria vida.

A efetividade do tratamento consiste, sobretudo, em orientar a população acerca dos principais sintomas da depressão e a suscetibilidade dos adolescentes a tal doença, desmitificando as crenças ligadas à depressão e ao tratamento. O papel da família é essencial no que tange às responsabilidades da busca e da manutenção do tratamento e concomitante a estas atitudes é pertinente a implementação de um programa de educação em saúde juntos aos pais e responsáveis para que estes sejam habilitados a identificarem sinais e sintomas da depressão (Andrade & Bozza, 2010).

Por fim, é possível compreender a depressão como um mal social arraigado no eu do indivíduo, cerceando seus desejos e vontades, governando negativamente a direção de seus pensamentos e intervindo no seu autoconceito, prejudicando a pessoa tanto no contexto psicossocial quanto individual (Coutinho, 2001/2005).

CAPÍTULO IV – ADOLESCÊNCIA

Este capítulo discorre acerca da adolescência, período considerado crítico no desenvolvimento humano por apresentar maior vulnerabilidade a situações de risco e problemas existenciais, bem como traz uma retrospectiva da concepção de adolescência ao longo da história humana e, ainda, a caracterização e os conceitos desta fase que é alvo de tantas discussões nas diversas esferas mundiais.

O termo adolescência tem sua origem no latim, *adolescentia* que vem de *adoleſcere*, *crescer* que significa condição ou processo de crescimento, desenvolver-se, tornar-se grande, brotar, surgir (Lopes & Sarué, 2010).

Conceituada pela Organização Mundial da Saúde (2002) a adolescência é um período intermediário do desenvolvimento humano que se encontra entre a infância e a fase adulta, sendo marcado por diversas transformações físicas, hormonais e comportamentais.

Embora haja uma sistematização dessa definição e uma unanimidade quanto ao sentido da mesma, estudiosos da Psicologia do Desenvolvimento questionam se essa fase é realmente uma construção natural, uma vez que a adolescência é um fenômeno cultural produzido no mundo ocidental capitalista do século XX, advinda de processos históricos, políticos, sociais e econômicos (Santos, Xavier & Nunes, 2009). Ozella (2011) corrobora as proposições acima ao conceber o adolescente como sujeito psicossocial e enfatiza que esta concepção só é possível mediante implementações de mudanças epistemológicas, ideológicas, políticas e teóricas.

Quanto aos termos *adolescência* e *jovem*, denominações estas que, vez ou outra, aparecem em artigos científicos ou textos populares com o mesmo significado, podem ser esclarecidas por Silva e Lopes (2009) ao afirmarem que o termo adolescência assemelha-se mais às teorias psicológicas, analisando o indivíduo como ser psíquico, regulado pela realidade que estabelece e por sua experiência subjetiva. Enquanto que o

termo juventude é mais contemplado no campo das teorias sociológicas e históricas, onde impera a leitura do coletivo. Desta feita, em seu amplo sentido, a juventude apenas poderia ser melhor compreendida na sua articulação com os processos sociais mais gerais e em sua inserção no contexto das relações sociais produzidas ao longo da história.

4.1 A constituição histórica da adolescência

A adolescência existia na Antiguidade ou é um acontecimento recente? A repercussão dos indícios da puberdade enquanto fenômeno biológico e universal, data do início dos tempos da existência humana com distintas configurações, a exemplo da Grécia, cuja atenção dispensada ao jovem (denominação da época) restringia-se ao aspecto da instrução educacional (BRASIL, 2005; Ozella, 2003/2011).

Os jovens na Idade Grega valorizados por sua força e habilidades físicas, praticavam o culto ao corpo como prova de resistência em competições como salto, corrida, lançamento de disco e dardos e natação (Basmage, 2010). Nesse tempo, havia uma série de ritos de entrada e de saída, que garantiam uma progressiva definição dos papéis da idade adulta. A educação tinha notoriedade por ser reconhecida como uma ferramenta na obtenção da sabedoria e da felicidade. (Basmage, 2010). O cenário de acontecimentos históricos de grandes produções culturais da Idade Média levava a sociedade a um maior investimento nos jovens, treinando-os para o combate.

A denominação “juventude” referia-se a todos aqueles que ainda não haviam se tornado totalmente responsáveis por suas ações. Em consequente, além do mundo secular, impunha-se outra perspectiva na educação das crianças a partir de uma nova esfera social chamada comunidades monásticas. Estas se opunham às práticas pedagógicas das populações bárbaras e incumbiam os mosteiros da educação das crianças até a idade de 15 anos (Basmage, 2010).

Nos escritos de Rousseau (1762/1999), renomado filósofo iluminista, é possível encontrar a temática da adolescência em sua obra composta por cinco livros com base nas diferentes fases do desenvolvimento, sendo dois deles dedicados à “adolescência”, Livro III: “A idade de força” – de 12 a 15 anos que trata da formação intelectual e profissional do chamado pupilo e apenas no Livro IV: “A idade de razão e das paixões” – de 15 a 20 anos que ele trata do que hoje é compreendido por adolescência (Jover & Nunes, 2005).

A questão da concepção da adolescência sofreu mudanças significativas no transcurso dos tempos e foi a partir do século XVII que emergiu enquanto categoria associada a processos sócio-históricos, a exemplo da chegada da modernidade, do advento da família burguesa, do modo de produção capitalista e do ensino formal (Lopes de Oliveira, 2006). Para Ariès (1981), historiador e medievalista francês da família e da infância, cada época correspondia a uma idade de privilégios. Assim, a idade privilegiada do século XVII foi a juventude; do século XIX, a infância; e do século XX, a adolescência.

Assim, no início do século XX, Stanley Hall, fundador da psicologia do adolescente conceituou a adolescência como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à sexualidade, na tentativa de explicar o surgimento de uma nova fase do desenvolvimento humano (Frota, 2007; Santos & Alécio, 2006; Ozella, 2011). Ao longo deste século foi consolidada a ideia da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, retentora de um estatuto legal e social. Neste segmento pode-se afirmar que o construto da adolescência é um fenômeno novo, quase contemporâneo, criado pela cultura moderna.

Embora a adolescência tenha sido “privilegiada” apenas no século XX como evidencia Ariès (1981), foi a partir da metade do século XVIII que os conceitos de

adolescência e juventude começaram a consolidar-se devido aos avanços da Pedagogia, da Medicina e da Filosofia (Basmage, 2010).

L. Coutinho (2005) afirma que “o conceito de adolescência surge na cultura ocidental no contexto da consolidação do individualismo – cujo marco histórico fundamental é a Revolução Francesa – articulada à constituição dos limites entre as esferas pública e privada da vida social” (p. 2).

4.2 Conceitos de adolescência – consensos e dissensos

Para alguns teóricos a adolescência configura-se através de um conjunto de aspectos cujas características são decorrentes do “amadurecer”, ou ainda de “hormônios jogados na circulação sanguínea e o desabrochar da sexualidade genital - fatores responsáveis pelo aparecimento da sintomatologia da adolescência normal” (Bock, 2007, p.64), referindo-se ao que Aberastury denomina de Síndrome da Adolescência Normal.

Aberastury e Knobel (2008) asseguram que a adolescência é um momento crucial na vida do homem e constitui a decisiva de um processo de desprendimento, em que as características individuais e as características do meio cultural, social e histórico constituem o adolescente.

Santos e Alécio (2006, p.112) confirmam que “o conceito de adolescência surge intrinsecamente ligado à ideia de problema, crises, momento de fragilidade e energia, que pode se associar ao crime”. Esses achados estão no contexto de uma discussão acerca do processo de construção das informações que permitem a emergência de “teorias” de senso comum dos jovens e da violência; formas de pensar compartilhadas que orientam os julgamentos e os comportamentos das pessoas.

Já em Gouveia, Santos, Pimentel Medeiros e S. V. Gouveia (2011) “na adolescência, nem tudo pode ser socialmente determinado. Fatores fisiológicos e

genéticos podem contribuir para mudanças acentuadas nesta fase, sugerindo um indivíduo diferente do até então conhecido na infância” (p.209). A evidência dos aspectos biológicos nas transformações corporais reforça ainda mais o caráter de crise, angústia e turbulência da fase.

Em oposição, Atkinson e Hilgard (Nolen-Hoeksema et al., 2012) apontam que o início da adolescência é relativamente isento de problemas, entretanto citam Buchanan, Eccles e Becker por considerarem que o aumento dos problemas nesta fase pode estar ligado diretamente às mudanças hormonais da puberdade; contudo, muitos desses problemas são relacionados aos efeitos pessoais e sociais advindos de mudanças físicas e também à linha do tempo dessas mudanças. Os autores enfatizam o estabelecimento do estilo relacional da família, um aspecto que pode interferir positiva ou negativamente na fase da adolescência, no tocante aos conflitos.

Apesar da existência de diversas modelos de conceitualização da adolescência, por se tratar de um conceito plural, multifacetado que engloba aspectos biológicos, psicossociais e culturais, desde o princípio a adolescência configura-se de maneira preconceituosa, descontextualizada e naturalizante (Bock, 2007; Lopes de Oliveira, 2006; Ozella, 2003/2011).

Além da variação conceitual da adolescência, há de se considerar as significativas alterações sociais promotoras de abruptas mudanças na vida das pessoas que transitam por esta fase. Alguns fatores que provavelmente interferem, consistem na fragilidade econômica, nos avanços tecnológicos, nos modismos na educação, na velocidade das informações e na exigência cada vez maior de novos conhecimentos. Estes são alguns exemplos de questões que deixam os jovens com tantas incertezas e inseguranças no decorrer de seu desenvolvimento social, físico e intelectual.

Atualmente é possível reconhecer que os adolescentes fazem parte da primeira geração nascida sob a égide de uma revolução de prioridades composta por um aparato de conquistas legais de grande relevância, constituída inclusive no âmbito internacional, pela Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e, no nacional, pela Constituição de 1988 que estabelece, em seu artigo 227, a infância e a adolescência como prioridade absoluta e, ainda, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolidou os preceitos da Convenção e da Carta Magna brasileira (Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, 2011).

Como se verifica, com o advento do fenômeno da adolescência, surgem leis que resguardam os direitos dos adolescentes, pesquisas voltadas a desvelar suas características e necessidades, bem como órgãos preocupados em quantificá-los.

Tangenciando as estatísticas, em 2009, o Brasil já contava com mais de 21 milhões de jovens com idades entre 12 e 17 anos de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios IBGE/PNAD (2009), o que significa dizer que eles constituem algo em torno de 12,5% da população brasileira.

Face às proposições mencionadas, estudos asseguram que em nenhum lugar ou em nenhum momento da história a adolescência poderia ser definida segundo critérios exclusivamente biológicos ou jurídicos, por se tratar de uma construção social, histórica e cultural (César, 2008; Levi e Schimitt, 1996; Frota, 2007; Bock, 2007; Rocha & Garcia, 2008; Ozella, 2011).

Na sociedade atual, o adolescente vivencia conflitos ou choques principalmente quando confrontado com opiniões, crenças e atitudes expressas pelas gerações mais velhas. Nesta tese, o conceito de adolescência a ser adotado é o preconizado por teóricos

do desenvolvimento que postulam o enfoque teórico da construção sócio-histórica (Ozella; Ozella & Aguiar; Vygotsky; Piaget; Wallon).

4.3 Características da adolescência através dos tempos

As caracterizações da adolescência perpassam o tempo e os espaços, considerando a tendência das correntes teóricas vigentes da época, bem como suas influências culturais e políticas. Por esta razão e considerando os consensos e dissensos acerca de sua concepção, torna-se pertinente discorrer sobre as características da adolescência, construídas a partir da década de 1990 até a atualidade.

As características da adolescência são próprias do tempo atual, e este fato implica em conflitos e situações específicas que não se encontravam em gerações anteriores (Levi, apud Santos, Xavier, & Nunes 2009). Não obstante, sob a égide de uma adolescência patologizada, teóricos da psicanálise e da psicopedagogia na década de 1990 – tais como Aberastury, Nobel, entre outros – garantem à adolescência idiossincrasias de uma fase predominantemente problemática, naturalizando, de certa forma, os transtornos mentais.

As mudanças corporais eram vistas como o início da problemática - fase em que as pessoas definiriam seus papéis na procriação e na qual ocorreriam mudanças psicológicas que poderiam gerar conflitos de escolhas, dentre elas a vocacional, pois não só o sustento futuro do adolescente e de sua família dependeria do desempenho profissional, como também a definição do seu papel de adulto, reconhecido pela sociedade (Aberastury & Nobel, 1981/2008).

Ozella e Aguiar (2008) explicam que “A manutenção das concepções de adolescência como um período naturalmente de crise cumpre o papel ideológico de camuflar a realidade, as contradições sociais, as verdadeiras mediações que constituem tal fenômeno” (p.100).

A evidência dos aspectos biológicos nas transformações corporais reforça ainda mais o caráter de crise, angústia e turbulência da fase. Contudo, consolida-se a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento humano. Salienta-se que este modelo não se aplica aos teóricos da concepção sócio-histórica. O “fenômeno da adolescência” é definido hegemonicamente por abordagens positivistas, evolucionistas, do culturalismo, da psicanálise ou das teorias do comportamento e, todas elas reportam esta fase como um problema, período de crise (César, 2008).

Para Ozella (2011) “a adolescência não é um período natural do desenvolvimento. É um momento significado e interpretado pelo homem” (p. 44). Apesar disso, o período da adolescência é, incontestavelmente, permeado por mudanças, sendo essas desencadeadas por um conjunto complexo de transformações hormonais, caracterizado segundo os grifos de Atkinson e Hilgard, como período em que o jovem torna-se maduro sexualmente e estabelece uma identidade como indivíduo separado da família (Hokeksema-Nolen, 2012). Tais alterações podem ser verificadas em Bock (2007) que confirma a concepção da adolescência como uma fase da vida do homem, identificada como uma etapa evidenciada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade.

Concomitantes ao comportamento social, muitas alterações físicas ocorrem abruptamente nesse período da adolescência, uma vez que o amadurecimento sexual é decorrente do desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias constituem de alterações físicas e hormonais indispensáveis à reprodução, e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino (Potter & Perry, 2006).

Tais mudanças biológicas no organismo denotam a transição da adolescência e essas relacionam-se diretamente com as mudanças psicológicas e contextuais que o

adolescente vivencia. Assim, para melhor compreensão dessa etapa é necessário analisar as complexas interações entre os níveis biológico, psicológico e cultural (Santos, Xavier, & Nunes 2009).

Desta forma, muito além das implicações biológicas, é importante destacar que nos últimos tempos, o adolescente tem lidado com múltiplas adversidades e com a complexidade do mundo moderno, objetivadas através dos condicionantes da violência, uso de drogas, distúrbios psicoafetivos, abuso de álcool e transtornos de depressão, impetradas pelo meio social contra adolescentes e também por estes contra o escopo social.

O agravo se dá principalmente quando os adolescentes encontram-se inseridos em um ambiente desfavorável seja nos âmbitos sociais aos quais pertencem, seja na família em crise por separação dos pais, por violência doméstica, alcoolismo de um dos pais, sérias dificuldades econômicas, doenças ou até mesmo perda de entes queridos devido à morte.

A esse respeito, Bock (2007) lembra a necessidade de questionar o que os jovens estão fazendo e como estão se comportando, sendo este o resultado para a compreensão das relações sociais, das condições de vida, dos valores sociais contidos na cultura, tornando-se, portanto, responsabilidade de todos que compõem o conjunto social.

Ainda que para uma gama de estudiosos todo esse arsenal de mudanças seja avassalador, uma adolescência não se constitui exclusivamente de componentes negativos. Há de se considerar também o desenvolvimento cognitivo, o despertar vocacional, a criatividade e o desejo de edificar um mundo melhor através de seu potencial motivacional. O desenvolvimento nos campos intelectual, artístico e esportivo são exemplos do desabrochar da fase da adolescência.

Não obstante, considerar as crises da adolescência como derivadas das etapas anteriores da vida é crucial, haja vista que é na adolescência que desemboca toda a vivência de uma infância, seja ela feliz ou não, com traumas, afetos, desafetos, entre outros resultados dos cuidados parentais.

Tratando-se de crise, Erickson institucionalizou a adolescência a partir do conceito de moratória caracterizando-a como uma fase especial no processo do desenvolvimento, marcada por confusão de papéis e dificuldades em estabelecer uma identidade própria, e, ainda, referindo-se à mesma como um modo de vida entre a infância e a vida adulta (Bock, 2007).

Erikson acreditava que a principal tarefa encarada na adolescência é o desenvolvimento de um senso de identidade para encontrar respostas às perguntas “Quem sou eu?” e “Onde estou indo” (Nolen-Hoeksema et al., 2012). Nolen-Hoeksema ressalta que Erikson cunhou o termo *crise de identidade* para designar o processo ativo de autodefinição, mas acreditava, apesar do nome, referir-se apenas a uma etapa do desenvolvimento psicossocial saudável.

O resultado mal-sucedido desta etapa, de acordo com Erikson, é denominado *confusão da identidade*, o que significa que o adolescente não possui um senso consistente de *self* ou um conjunto de normas internas para avaliar o seu valor nas principais áreas da vida (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

A teoria eriksoniana esclarece o desenvolvimento humano como contínuo, adaptativo, dinâmico e criativo, com uma sequência previsível e dependente de três dimensões: biológica, individual e social. Nesses termos, o desenvolvimento operaria num plano básico e biológico, todavia sofreria influências das experiências individuais e das trocas interpessoais como elemento fundamental, que poderiam variar de cultura

para cultura tendo o período da adolescência como momento crítico (Santos, Xavier, & Nunes 2009).

Apesar de todas as definições, é necessário que haja compreensão do adolescente como parceiro social que, dialeticamente, se desenvolve na relação com os contextos partilhados numa reciprocidade de influências entre os mesmos (Araújo, 2008/2009).

Por fim, retomando a questão inicial, o conceito propriamente dito da adolescência não nasceu com o início dos tempos, como se vê, pois apesar de ser algo construído no decorrer dos séculos, tem suas caracterizações de acordo com a época e influências teóricas, delineando-se como resultado da reflexão humana sobre a singularidade dessa etapa de passagem entre a infância e a idade adulta, somadas às alterações hormonais e influências culturais de cada momento e lugar. Mas para alguns teóricos, a exemplo de Friendenberg (1972), Passerini (1996) nas décadas de setenta e noventa, e César (2008) já no século XXI, a adolescência está com seus dias contados, tendo em vista a “constatação da fragilidade das instituições, sobretudo da escola e da família, acrescida do dado da participação dos adolescentes em papéis anteriormente limitados ao universo adulto” (César, 2008, p.141); embaralhando as fronteiras que os distinguem dos adultos.

4.4 Concepção sócio-histórica

Neste tópico, a adolescência é analisada a partir do referencial da psicologia sócio-histórica, cunhado por Vygotsky, cujo método basea-se nos princípios do materialismo dialético. Tal proposta comprehende o aspecto cognitivo a partir da descrição e explicação das funções psicológicas superiores, as quais, na visão de Vygotsky, são determinadas histórica e culturalmente. Os objetivos primordiais de sua teoria consistem em “(...) caracterizar os aspectos tipicamente humanos do

comportamento e elaborar hipóteses de como essas características se formam ao longo da história humana e de como se desenvolvem durante a vida do indivíduo" (Vygotsky, 1996, p.25).

Tais objetivos preconizados por Vygotsky foram apropriados por muitos estudiosos e em sua amplitude temática permite, inclusive discutir acerca da adolescência, como o fazem os pesquisadores no transcurso deste assunto.

Além de Vygotsky, autores interacionistas como Piaget e Wallon afiançam que o desenvolvimento na adolescência se processa através da influência de diferentes fatores como maturação neurológica, exercício e experiência, interações sociais e mecanismos organizadores desses fatores como a equilíbrio, a apropriação/internalização e o conflito (Santos, Xavier & Nunes, 2009).

No escopo da perspectiva sócio-histórica de Vygotsky, a adolescência, no que tange à historicidade dos acontecimentos sociais e humanos, é um fenômeno construído na dinâmica sociocultural, implicando em uma interdependência entre o desenvolvimento do adolescente e os sistemas de significação e práticas culturais.

Os teóricos interacionistas ou precursores das teorias psicogenéticas têm papel relevante no desvelar da adolescência, ao destacarem alguns fatores que influenciam seu desenvolvimento.

Para Piaget (2011), a ênfase recai nos aspectos ligados ao crescimento orgânico e maturação do sistema nervoso e endócrino; exercício e experiência; interações e transmissões sociais e equilíbrio.

Já para Vigotsky (2011) a maturação; atividade; interação social e apropriação/internalização são os pontos cruciais a serem evidenciados na fase do desenvolvimento da adolescência.

Wallon atenta para os aspectos maturacionais biológicos; atividade; interações sociais e conflito (Gratiot-Alfandéry, 2010). Este estudioso considera a afetividade, o eu e o outro, o movimento e a inteligência os principais elementos do desenvolvimento humano. Sobre a afetividade Wallon acredita que é nos sentimentos mais profundos que uma relação se revela, sendo que para a expressão das emoções é necessário que haja organização de espaços que as possibilitem. A construção do eu depende essencialmente do outro. E por fim, valoriza o sincretismo como fator determinante ao desenvolvimento intelectual (NOVA ESCOLA, 2008).

O desenvolvimento humano no modelo piagetiano é explicado a partir de uma conjuntura de relações interdependentes entre o sujeito conhecedor e o objeto a conhecer, sendo que tais fatores envolvem mecanismos complexos e englobam a junção de fatores que se completam, tais como: o processo de maturação do organismo, a experiência com objetos, a vivência social e, especialmente, a equilibração do organismo como meio.

Piaget (2011) reporta-se à adolescência como uma fase que separa a infância da idade adulta, denominada por ele de *crise passageira* que, devido à maturação do instinto sexual, é marcada por desequilíbrios momentâneos. O autor caracteriza o adolescente como um indivíduo que constrói sistemas e “teorias” e por volta dos onze a doze anos passa por uma transformação fundamental no pensamento. As operações lógicas começam a ser transpostas do plano da manipulação concreta para o das ideias expressas em linguagem qualquer, mas sem o apoio da percepção, da experiência, nem mesmo da crença.

O adolescente, por sua vez, possui livre atividade de reflexão espontânea, demonstra um egocentrismo intelectual, se acha bastante forte para reconstruir o Universo e suficientemente grande para incorporá-lo (Piaget, 2011).

A vida afetiva do adolescente, segundo Piaget (2011), afirma-se através de duas conquistas: da personalidade e de sua inserção na sociedade adulta. A personalidade modifica-se no fim da infância, período em que se verifica a capacidade de organização autônoma das regras, dos valores e a afirmação da vontade, com a regularização e hierarquização moral das tendências. Os sentimentos do adolescente, de acordo com o teórico, perpassam por oscilação entre a generosidade, projetos altruístas e fervor místico, preocupante megalomania e egocentrismo consciente.

Nesta esfera, Piaget (2011) entende que o adolescente inseriu-se na sociedade do mundo adulto através de projetos, de programa de vida, de sistemas muitas vezes teóricos, de planos de reformas políticas ou sociais e a adaptação à sociedade faz-se de forma automática, quando o adolescente, de reformador, transformar-se em realizador.

Entretanto, é preeminente fazer um parêntese no pensamento piagetino para esclarecer que há um contracenso que permeia esta etapa da vida – o de que eles estão prontos para adentrarem na sociedade adulta, no que tange aos aparatos cognitivos, afetivos, de capacidade de trabalho e de produção, ao mesmo tempo em que esta mesma sociedade adulta os desautoriza a esta inserção. É justamente nesta contradição que se constitui grande parte das características que compõem a adolescência: a rebeldia, a moratória, a instabilidade, a busca de identidade e os conflitos (Aguiar, Bock & Ozella, 2001).

As transformações acerca do modo como os adolescentes pensam sobre si mesmos, considerando seus relacionamentos pessoais e a natureza da sociedade à qual pertencem, diz respeito à nova estrutura lógica da mente humana ao atingir esta etapa denominada por ele de operações formais. Este tipo de pensamento é crucial para as pessoas no momento em que necessitam de resolver problemas sistematicamente (Piaget, 2011).

No bojo de suas conjecturas, o adolescente constrói teorias e reflete sobre seu pensamento, agora formalmente, podendo assim estabelecer uma reflexão de sua própria inteligência, como por exemplo, compreender um sistema operatório de segunda potência, que opera com proposições.

Assim, uma das implicações ao se adquirir o nível do pensamento operatório formal é a habilidade de construir provas lógicas; tal habilidade institui o raciocínio dedutivo, diferenciando o pensamento do adolescente do pensamento da criança (Piaget, 2011).

No ser adolescente, sob o prisma piagetiano, é possível encontrar o pensamento formal compreendido pelo fato de poder estabelecer as coordenações entre os objetos originários de determinadas etapas da maturação do sujeito. O autor acredita que esta formação da estrutura tem razão não somente com base no aparato maturacional, mas, principalmente, devido ao meio social no qual atua sobre o indivíduo.

Entretanto, isso só é possível uma vez que haja maturação suficiente da capacidade cerebral deste indivíduo e consequentemente, o adolescente começa a definir conceitos e valores.

Não obstante, o adolescente passa a assumir papéis adultos, faz sua escolha profissional, escolha do parceiro, dentre outras, inserindo-se aos poucos no mundo adulto por meio de projetos, programas de vida, planos de reformas políticas, sociais e/ou religiosas e assim vai desenvolvendo-se como ser social.

Para que o adolescente consiga realizar essas mudanças em suas vidas Coutinho (2005) ressalta a importância da família como “célula básica da sociedade”, apesar da necessidade de mudanças em suas normas. Coutinho assinala ainda que a família é a base que sustenta os aspectos biopsicossociais no desenvolvimento do indivíduo, assegurando a sobrevivência da humanidade.

Vygotsky (2011), por sua vez, considera que o indivíduo se constrói a partir do meio social no qual está inserido, transformando seu ambiente social em uma troca mútua. Por essa razão, entende-se que a natureza humana é, *a priori*, essencialmente social, na medida em que se origina e se desenvolve na e pela atividade prática dos homens.

No que se trata do desenvolvimento, Vygotsky (2011) é enfático em afirmar que o desenvolvimento de forma alguma pode ser separado do contexto social uma vez que a cultura afeta a forma como as pessoas pensam, considerando que cada cultura tem o seu próprio impacto e que o conhecimento advém de experiências sociais. Com base nessas proposições, é possível afirmar que a adolescência não acontece à parte do contexto social no qual o adolescente está inserido, mas sim na dialética de suas relações.

Em síntese, à luz da visão interacionista, os teóricos como Piaget, Vygotsky e Wallon destacam-se por considerarem o desenvolvimento como acontecimento que advém sob a influência de diferentes fatores tais como maturação neurológica, exercício e experiência, interações sociais e mecanismos organizadores destes fatores a exemplo da equilíbrio, da apropriação/internalização e do conflito.

Outros estudiosos na contemporaneidade também corroboram a teoria sócio-histórica de Vygotsky ao concebem a adolescência como uma categoria histórica que se dá a partir de uma concepção advinda da produção social, decorrente do mundo ocidental (Grossman, 1998; L. Coutinho, 2005; Bock, 2007; Rocha & Garcia, 2008; Santos, Xavier, & Nunes 2009), como se vê a seguir.

Sousa e Moreira (2012) compreendem a adolescência como uma construção histórico-cultural e concluem: “Assim, adolescências diversas acontecem em espaços

diversos, levando-se em consideração a inserção social com suas respectivas condições de acesso a bens culturais e simbólicos” (p.69).

Segundo Ozella e Aguiar (2008)

(...) como uma característica de todo o grupo, a concepção de adolescente é atravessada por uma concepção naturalizante, universal e, portanto, aistórica. Com essa crítica não estamos negando a existência de algo denominado adolescência, mas contrapondo a ela a concepção sociohistórica, que afirma a adolescência não como um período natural do desenvolvimento, mas como um momento significado, interpretado e construído pelos homens (p. 104).

Almeida e Garcia (2006) sintetizam a construção da adolescência como “contratos sociais” que se mantêm mais ou menos implícitos com diferentes normas e distintas práticas sociais.

Bock, Furtado e Teixeira (2008) consideram que o período de adolescência, mesmo em nossa sociedade, não é igual para todos os jovens, fato que dificulta o estabelecimento de um critério cronológico que seja capaz de definir a adolescência, ou ainda um critério de aquisição de determinadas habilidades. Por isso, o critério básico determinante passa a ser o econômico, havendo assim condições diferentes de desenvolvimento do jovem em classes sociais distintas.

Rocha e Garcia (2008) discutem a adolescência como ideal cultural sob uma ótica sociocultural e psicanalítica, utilizando como base referencial o olhar idealizado da sociedade contemporânea que conduz a adolescência.

A adolescência é, por assim dizer, um período de latência social estabelecida através da sociedade capitalista, a partir de questões emergentes do ingresso no mercado de trabalho, bem como da necessidade de preparo técnico, perpassando o período escolar (Bock, 2004).

Frente a essas premissas, Klosinski (2006) focaliza a adolescência, a princípio, como expressão da interação psicossocial e, por conseguinte, como um fenômeno sociocultural. Sendo assim, a adolescência passa a ser o resultado de múltiplas

experiências referentes ao ato de adolescer significadas e ressignificadas a partir das relações sociais concretas (Lopes de Oliveira, 2003, 2006; Ozella, 2003/2011). Nesse ínterim, a adolescência adentra no âmbito social e psicológico como representação configurada historicamente.

Deste modo, além das conceituações puramente biológicas, é possível afastar-se da tradição e nomear, entre várias possibilidades, novas e fundamentais identidades trazidas do cenário cultural, como corrobora Bock (2007) a adolescência:

(...) não é vista aqui como uma fase natural do desenvolvimento e uma etapa natural entre a vida adulta e a infância. A adolescência é vista como uma construção social com repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento. É um momento significado, interpretado e construído pelos homens. Estão associadas a ela marcas do desenvolvimento do corpo. Essas marcas constituem também a adolescência enquanto fenômeno social, mas o fato de existirem enquanto marcas do corpo não deve fazer da adolescência um fato natural (p.68).

Por fim, é justamente na adolescência que o jovem consolida significativamente a construção de sua identidade pautada nas relações sociais e históricas estabelecidas com seu grupo de pertença. E é no período do desenvolvimento humano denominado adolescência que se constrói a base biopsicossocial objetivada na etapa anterior – a infância, que por sua vez edifica novas bases para as etapas posteriores – vida adulta e velhice.

Não obstante, há um grande avanço na contemporaneidade, considerando o princípio da adolescência como algo construído de acordo com os princípios sociais e valorativos da sociedade de pertença do adolescente, por mais que venha com um tom patologizante e estereotipado.

Conclui-se, que há um consenso mundial sobre os adolescentes constituírem um grupo prioritário para a promoção da saúde e a justificativa para tal importância se baseia nos comportamentos que os sujeitam a diversas situações de risco para a saúde. O período de transição da infância para a vida adulta é palco de intensas transformações

cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais; e simultaneamente aumentam a autonomia e independência em relação à família, ao mesmo tempo em que surgem novos comportamentos e vivências. Dentre esse arcabouço comportamental, advindos de novas experiências surgem também riscos para a saúde, como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o sexo não protegido (BRASIL, 1010).

Em resumo, ainda que a adolescência seja um fenômeno criado pelas necessidades societais do século XX e desenvolva-se de acordo com os espaços socioculturais vigentes, é impossível negar que haja uma crise pubertária que subjugue a calmaria afetiva, levando a uma reflexão acerca da necessidade de reelaboração dos contornos da personalidade, desestruturados provavelmente pelas modificações corporais resultantes da ação hormonal.

**CAPÍTULO V - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO USO DO ÁLCOOL E DA DEPRESSÃO NA
ADOLESCÊNCIA**

Nos últimos tempos, com o enredamento do mundo moderno, a fase da adolescência tem sido alvo de múltiplas adversidades objetivadas nos ditames da violência, do uso de drogas e de distúrbios psicoafetivos. Essas adversidades são engendradas pelo meio social, talvez por esta ser consensualmente uma fase caracterizada por conflitos, transição, imaturidade e insegurança, na qual o jovem torna-se mais vulnerável e consequentemente mais suscetível a comportamentos de risco.

Nas duas últimas décadas do século XX, a sociedade depara-se com a crescente problemática da drogadição e de transtornos do humor, com destaque para os fenômenos da depressão e do uso do álcool, os quais afetam indiscriminadamente a todos, sobretudo aos adolescentes.

A Teoria das Representações Sociais tem sido ferramenta de investigação de muitos estudos que tratam da drogadição, sobretudo na população jovem (Araújo, Gonties & Nunes, 2007; Araújo, Castanha, Barros & Castanha, 2006; Coutinho, Araújo & Gonties, 2004; Ferreira & Souza Filho, 2007; Fonseca, Azevedo, Araújo & Coutinho, 2007).

Não obstante, a temática acerca da depressão também tem sido contemplada por estudos psicossociológicos das representações sociais (Araújo, Coutinho & Pereira, 2009; Coutinho & Ramos, 2007; Araújo, Vieira & Coutinho, 2010; Coutinho & Ramos, 2008; Monteiro, Coutinho & Araújo, 2007; Vieira, Saraiva, Coutinho, 2010).

A depressão é nomeada de forma genérica cotidianamente pelo senso comum compreendendo uma variedade de doenças, maiormente as ditas mentais que designam desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves a flutuações de humor ou de caráter, alterando seu verdadeiro significado (Coutinho, 2005). Daí a importância dos estudos em desvelar esse construto que se tornou familiar no cotidiano das pessoas em diferentes contextos, sobretudo no escolar.

Os fenômenos investigados nesta tese encontram-se presentes na sociedade contemporânea, notadamente no contexto escolar na fase da adolescência, revelando-se como uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo. Suas causas estão associadas a um complexo conjunto de fatores biopsicossociais já apresentados nos capítulos anteriores.

Este capítulo trata da teoria das representações sociais, criação, conceitos e aplicabilidade, cunhada por Serge Moscovici e propagada por muitos estudiosos renomados e as representações sociais dos fenômenos *consumo do álcool* e *depressão* na adolescência.

O que se pretende é apresentar algumas linhas norteadoras acerca do escopo da teoria das Representações Sociais, sem a intenção de esgotar suas discussões, mas sim orientar o leitor a respeito de conceitos básicos e aplicações práticas, no intuito de argumentar a favor de seu uso neste estudo, propiciando entendimentos futuros no momento da discussão dos resultados.

5.1 A Criação da Teoria das Representações Sociais

Em 1961, na Europa, a Teoria das Representações Sociais (TRS) teve origem com a publicação de um estudo realizado por Serge Moscovici, pesquisador romeno criado na França. O estudo intitulado “*La psychanalyse: son image et son public*” objetivava a compreensão do fenômeno de socialização da psicanálise, sua apropriação pela sociedade parisiense e seu processo de transformação, o que serviria a outros usos e funções sociais (Sá, 2004).

Para a realização da referida pesquisa, Moscovici fez coletas de conteúdos concernentes a opiniões e atitudes e de conhecimentos acerca da psicanálise e dos psicanalistas, utilizando-se de questionários, pesquisas de opinião e coleta de amostras de material jornalístico publicados entre os anos de 1952 e 1953 na França (Farr, 2008).

Vale ressaltar que a palavra *representação* já existia, sobretudo na França; entretanto, foi Émile Durkheim e não Moscovici, um dos primeiros autores a discuti-la no campo da sociologia com a denominação de *representações coletivas*. As características atribuídas às representações coletivas são interesses de um substrato coletivo e determinantes na vida dos indivíduos, sendo estes portadores e ao mesmo tempo usuários das representações coletivas (Sá, 2004).

No entanto, mesmo antes de Durkheim, a representação social já se revelava como um conceito pertencente não apenas à Psicologia Social europeia como também à Antropologia, Filosofia e principalmente à Sociologia, tendo como precursores renomados teóricos como Wundt, Le Bon, Freud, Mead entre outros (Farr, 1994).

A Teoria das Representações Coletivas (TRC) cunhada por Durkheim em 1912 teve forte influência sobre a teoria que posteriormente viria a ser elaborada por Moscovici (TRS). Farr (1994) confirma a relevante influência da TRC cujo conceito consistia em que os indivíduos possuíam uma forma comum, passada de geração a geração, sobre o pensar acerca das coisas, a qual se caracterizava por exteriorização de fenômenos sociais estáticos, universais e imutáveis.

Durkheim (2007) explica que o substrato ou conjunto de indivíduos ao se associarem formam um sistema variável de acordo com sua disposição e natureza comunicacional que por sua vez constitui a base para a vida social.

Moscovici (2010, p.45) esclarece que Durkheim acreditava serem as RSC uma “cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidade de tempo e espaço etc.”, o que Moscovici concebia como um grave problema –uma vez que na intenção de envolver muitas dimensões sociais ocorria o inverso – por acreditar ser impossível cobrir uma extensão de conhecimento e crenças tão amplos.

Nesta época, a sociologia via as representações sociais como artifícios explanatórios, irredutíveis a qualquer análise posterior, enquanto a psicologia preocupava-se apenas com a estrutura e a dinâmica das representações (Moscovici, 2010).

O ponto de vista de Durkheim acerca das representações coletivas as coloca em oposição às representações individuais, ponderando que o pensamento social consiste em uma matéria e estados peculiares que, por sua vez, podem ser interpretados exclusivamente por fatores outros. Segundo Durkheim, as representações coletivas contêm leis próprias e pertencem a outra natureza, distinta do pensamento individual. Tal oposição entre o individual e o coletivo sinaliza o deslize de Durkheim sobre a noção das representações coletivas e justifica a negligência deste conceito pelos cientistas por tanto tempo (Nóbrega, 2001).

Foi Piaget quem deu o primeiro passo para a cisão das representações, penetrando em seu interior para assim descobrir os mecanismos internos e a vitalidade das representações sociais, ao estudar a representação do mundo da criança. Moscovici sugere, a partir de então, considerar as representações sociais como um fenômeno e não mais um conceito (Moscovici, 2010).

Desta forma, não somente a TRC de Durkheim, como também a teoria da linguagem de Saussure, a teoria das representações infantis de Piaget e a teoria do desenvolvimento cultural de Vygotsky, entre outros teóricos já citados acima, contribuíram para a criação da TRS (Oliveira & Werba, 1998).

No Brasil, assim como na Europa, a adesão a esta perspectiva psicossociológica se deu com resistência e ainda sofreu um longo período de latência entre a publicação da obra de Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961 e a expansão da TRS na academia (Almeida, 2009).

Finalmente na segunda década de 1970 pesquisadores brasileiros, não somente da Psicologia, passaram a utilizar a TRS em seus estudos e, por fim a referida teoria passou a fazer parte dos conteúdos de disciplinas das Ciências Sociais, da Comunicação e das Ciências da Saúde (Chaves & Silva, 2011).

Passados 50 anos do lançamento desta corrente teórica ressalta-se sua amplitude geográfica a partir de uma observação feita por Jodelet (2011) em que evidencia que até 2010 somente cinco estados brasileiros não tinham nenhum representante da TRS. A autora lembra que esta estatística coloca o Brasil à frente de outros países da América do Sul e do Norte e até mesmo da Europa.

5.2 A Dimensão Teórica das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais é considerada por Moscovici uma abordagem psicossociológica acerca do processo de construção do pensamento social (Chaves & Silva, 2011).

Segundo Moscovici (2010)

(...) as representações são sociais, pelo fato de serem um fato psicológico, de três maneiras: elas possuem um aspecto impessoal, no sentido de pertencer a todos; elas são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo; e elas são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego (p. 211).

Ao pensar acerca da realidade do homem no percurso de sua história, Moscovici (2009) caracteriza as formas do pensamento primitivo, ciência e senso comum para demonstrar a relação entre estas.

Para o autor, as RS caracterizam-se como sistemas de valores, ideias e práticas com a dupla função de convencionalizar o mundo e, ao mesmo tempo, serem prescritivas. Assim, as RS passam a ter vida própria, comunicando-se entre si, dissipando-se para que desta forma surjam novas representações. O senso comum é “a

forma de compreensão que cria o substrato das imagens e sentidos, sem o qual nenhuma coletividade pode operar" (Moscovici, 2009, p.48).

A realidade no contexto das RS divide-se entre o universo consensual e o reificado, sendo que o primeiro consiste no mundo em que se vive, e por isso o ser humano está presente o tempo inteiro, já o segundo, comprehende o mundo dos conceitos e neste cada um participa com o saber que possui, falando na hora que achar propício, dando palpites, fornecendo informações, fazendo perguntas e tomando decisões pelo grupo. No universo reificado as coisas são compreendidas dentro de paradigmas existentes, com base no saber social adquirido e partilhado pela coletividade (Moscovici, 2004).

Moscovici (2004) esclarece ainda que o universo reificado consiste em um mundo mais formal em que, no lugar da individualidade, existe um sistema de classes e papéis a serem exercidos. As pessoas aqui são vistas como desiguais e participam de acordo com sua competência ou com o papel profissional que exercem. Desta forma, a fala de um profissional não representa somente sua opinião, mas sim a verdade do grupo ao qual ele representa, a depender da sua profissão. Portanto, há maneiras previamente estabelecidas para o profissional comportar-se em cada situação, bem como uma linguagem específica a ser usada em cada momento, além de normas e leis organizadas com rigor científico (Moscovici, 2004).

Por sua vez, cada universo possui sua lógica e conhecimento próprios, sendo que a ciência é a forma como se comprehende o universo reificado, enquanto as representações sociais permitem a compreensão do universo consensual. Contudo, o conhecimento circula dentre estes dois mundos distintos, adotando formas próprias na medida em que se adapta em cada um deles.

Abrie (2001), outra referência no campo das RS as conceitua como

(...) um conjunto de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social (p. 156).

Este autor definiu a Teoria do Núcleo Central na qual há quatro funções essenciais para as Representações Sociais:

1. Funções do Saber: têm como objetivo compreender e explicar a realidade, a partir do saber prático do senso comum;
2. Funções Identitárias: servem para definir a identidade e permitir a salvaguarda da especificidade dos grupos, possibilitando a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante;
3. Funções de Orientação: guiam o comportamento e a prática;
4. Funções Justificatórias: justificam posteriormente a responsabilização da posição e dos comportamentos (Abrie, 2001).

Oliveira e Werba (1998) traduzem o conceito de RS como versátil, em cujo emprego três postulados importantes se ajustam:

- ✓ A RS abrange outros conceitos tais como: atitudes, opiniões, imagens, ramos de conhecimento;
- ✓ A RS tem capacidade explanatória: sem substituir, incorpora outros conceitos, aprofundando na explicação causal dos fenômenos;
- ✓ O elemento social na teoria das RS é algo constitutivo delas, e não uma entidade separada. O social não determina a pessoa, mas é substantivo dela. O ser humano é tomado como essencialmente social (Oliveira & Werba, 1998, p.107).

Além disso, as RS tornam-se “(...) uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos (...) com o objetivo de abstrair sentido do mundo e

introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa” (Moscovici, 2010, p. 46). O idealizador da TRS interessa-se por representações sociais pertencentes à sociedade atual, pertencente ao seu solo político, científico e humano.

Muitos autores seguidores do pensamento de Moscovici elucidam acerca de sua teoria; como observa-se em Coutinho (2005) ao afirmar que as representações sociais constituem formas de conhecimentos socialmente elaborados produzidos pelos grupos de indivíduos com o objetivo de comunicar e entender tudo aquilo que lhes é estranho e não familiar. Para Chaves e Silva (2011), estudar as representações sociais significa identificar a “visão de mundo” que os indivíduos ou grupos têm e utilizam ao agirem e posicionarem-se.

Inicialmente, o modelo de representação social proposto por Moscovici em 1961 compunha-se de duas funções: formação de condutas e orientação das comunicações sociais (Moscovici, 2012). Posteriormente, em 1994, Abric acresceu outras duas funções às representações: a função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade e a função justificadora, que permite aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos (Nóbrega, 2001).

Não obstante, é importante destacar que as representações sociais buscam compreender as formas utilizadas pelos indivíduos para criar, transformar e interpretar os problemas relacionados à sua realidade, bem como conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida partilhadas, excedentes nas modalidades diferenciadas de comunicação, considerando os contextos aos quais estão ligados (Coutinho, 2001/2005).

Todavia, a elaboração e funcionamento dessas representações são melhor compreendidos por meio dos processos de ancoragem e objetivação, que incluem a imbricação, a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que as representações são forjadas (Moscovici, 2010). A título didático Moscovici separa os dois processos, como apresentados a seguir.

A *ancoragem*, primeiro processo de uma representação social, nas palavras de Moscovici (2010, p.61) é “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”. O referido processo envolve codificação dos estímulos físicos em uma categoria específica e é formado por três etapas descritas a seguir:

- ✓ Atribuição de Sentido: por um trabalho da memória, o pensamento constituinte se apoia sobre o pensamento constituído;
- ✓ Instrumentalização do Saber: o novo objeto é transformado em saber útil, com função na tradução e compreensão do mundo;
- ✓ Enraizamento no Sistema de Pensamento: os sistemas já estabelecidos utilizam-se da classificação, da comparação e da categorização para incorporar o novo objeto.

De acordo com Moscovici (2010) categorizar, ou classificar e nomear alguém ou alguma coisa denota escolher um dos modelos existentes na memória do indivíduo e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. O objetivo dos sistemas de classificação e de nomeação é “facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações de pessoas, na realidade, formar opiniões” (Moscovici, 2010, p.70).

A ancoragem está dialeticamente ligada à objetivação sob três funções fundamentais da RS: incorporação do estranho ou novo; interpretação da realidade e orientação dos comportamentos (Nóbrega, 1995).

O segundo processo de uma representação social, a *objetivação* é considerada por Moscovici como mais influente que a ancoragem, uma vez que ela tem a propriedade de unir a ideia daquilo que ainda não é familiar à realidade, transformando a própria essência da realidade.

Inicialmente, Moscovici (2010, p. 71) assevera que “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância”. O autor acrescentou quatro elementos no processo de objetivação:

1. Desejo: o desejo de um objeto o torna diferente dos outros;
2. Avaliação: é o que situa o objeto em uma escala de desejabilidade ou aversão;
3. Demanda: focalização de uma escolha sobre uma diversidade de desejos e necessidades;
4. Troca: forma primordial de relação entre os homens, onde os objetos atuam como intermediação entre o que é oferecido e o que é demandado.

Contudo, a *objetivação*, estrutura-se a partir de três condições (Moscovici, 1978; Nóbrega, 1995):

1. *Construção seletiva*: consiste na seleção dos elementos feita em função de critérios culturais (pertença grupal) e critérios normativos que garantem a retenção dos elementos da informação de forma coerente com o sistema de valores do grupo;

2. *Esquematização estruturante e naturalização*: elemento visto como mais “duro” e estável da representação, responsável pela atribuição de sentido e entrelaçamento com elementos periféricos; e, por fim,
3. *Naturalização*: confere uma realidade plena ao que era uma abstração.

É importante frisar que um elemento pode fazer parte de vários grupos de pertença, como por exemplo, uma mulher que faz parte do grupo de docentes de uma escola, do grupo de estudantes de sua pós-graduação e ainda do grupo de mulheres da igreja.

A *ancoragem* também se organiza sob três condições estruturantes: a atribuição de sentido, a instrumentalização do saber e o enraizamento no sistema do pensamento (Moscovici, 2010). Com isso, as representações preexistentes sofrem modificações ao ponto de obterem uma nova existência, em uma dialética constante da memória social do indivíduo.

Nesta linha, pode-se afirmar que o objetivo das representações sociais além de conhecer o que há nas mentes dos indivíduos, também ultrapassa as dimensões intrapsíquicas e as concretiza em fenômenos sociais capazes de serem identificados e mapeados (Barros & Coutinho, 2005).

Moscovici (2010, p.210) assegura ainda que “do ponto de vista dinâmico, as representações sociais se apresentam como uma ‘rede’ de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que teorias”.

Doise (2001) delineia o aspecto simbólico das representações sociais afirmando que este se constitui em diferentes maneiras: opiniões, atitudes ou estereótipos, de acordo com sua imbricação em relações sociais distintas. Entretanto, comumente, em cada conjunto de relações sociais, princípios ou esquemas, as posições simbólicas organizam-se através de inserções específicas nessas relações.

Em suma, as RS destacam-se por seu viés dinâmico e histórico, por sua associação às práticas culturais sem desconsiderar sua história e tradição, mas contextualizando-se na realidade contemporânea. Desta feita, as RS são delineadas como estruturas simbólicas pela duração, manutenção, inovação e metamorfose (Oliveira & Werba, 1998).

5.3 Representações Sociais do uso do álcool na adolescência

A compreensão das representações sociais dos adolescentes acerca do uso do álcool propicia não somente o entendimento deles sobre esses objetos psicossociais no seu cotidiano, mas, sobretudo o conhecimento acerca de como essas representações influenciam suas práticas de vida. Estas podem ser identificadas como atitudes e comportamentos que o adolescente adotará diante dos objetos aqui referidos.

Em uma sucinta incursão pelo estudo das representações sociais do álcool e da depressão, sobretudo de adolescentes, serão apresentados a seguir alguns trabalhos recentes cuja relevância social e relação com a temática desta tese torna pertinente sua exposição.

Focalizando a questão do álcool, Santos e Veloso (2008) desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de comparar as representações sociais sobre o alcoolismo elaboradas por alcoolistas em tratamento no Centro de Recuperação Fazenda do Sol, Campina Grande/PB com as representações sociais de seus familiares. Nesse estudo averiguaram que o alcoolismo foi representado como doença pela maioria dos entrevistados, embora tal representação tenha sido ora associada à *tristeza/solidão*, ora a um *mal incurável*, ora a uma *doença grave*. Considerou-se ainda o alcoolismo como algo que *provoca perdas, o ato de beber em excesso, dependência hereditária, castigo, coisa do diabo*. Com isso, os autores verificaram que o alcoolismo é representado como uma “doença do indivíduo”, mas também como uma “doença da família”, com

interferência direta sobre as relações familiares. Os autores também conferiram que o discurso dos Alcoólatras Anônimos em suas palestras, bem como o discurso religioso conduzido pela instituição através da Igreja Católica influenciou as representações. Quanto aos fatores ligados à dependência química, apenas um alcoolista admitiu total responsabilidade pela dependência, enquanto que os demais alcoolistas e familiares atribuíram a problemas vividos na família e/ou às amizades e ao desemprego.

Transpondo essa discussão para os estudos cujo público é o adolescente, os resultados não apresentam variações significativas, como se observa no estudo qualitativo realizado por Souza, Ferriani, Silva, Gomes e Souza (2010) com o objetivo de apreender as representações sociais de adolescentes acerca do consumo de bebidas alcoólicas, em uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Feira de Santana, Bahia; obtendo os seguintes resultados: esta prática representa “beber muito” que se aproxima do conceito de *binge drinking* e “junto”, cunhando o caráter socializador da bebida, ritual de passagem. As atitudes dos adultos, especialmente o pai e a mídia sobressaíram como fatores que influenciam a representação. Os autores concluíram que o álcool representa um capital simbólico, existindo contradições relativas à questão, precariedade de fatores protetores e existência de fatores de vulnerabilidade. Por fim, sugeriram o repensar das políticas públicas para os adolescentes e para essa problemática.

A questão da representação do álcool como capital simbólico nos achados de Souza et al. (2010) pode ser compreendida a partir do referencial de Jovchelovitch (2003) como capacidade de evocar presença, ainda que haja ausência, uma vez que a principal característica da atividade simbólica é fazer com que o objeto representado signifique uma outra coisa, uma outra realidade da que está posta. Bourdieu (2005)

esclarece o capital simbólico como um controle de recursos simbólicos baseados no conhecimento e no reconhecimento da imagem e da fidelidade da marca.

Já nos achados de Silva et al. (2011) as representações tomaram outro caminho. Ao realizarem um estudo descritivo qualitativo com o propósito de identificar as representações sociais de adolescentes sobre as bebidas alcoólicas e promover o estímulo desses ao autocuidado, Silva et al. (2011) verificaram que o consumo de álcool gerou um déficit no autocuidado dos adolescentes, contribuindo para a exposição desses à situação de risco. Contudo, igualmente no estudo descrito acima, os pesquisadores ressaltaram a necessidade de ações educativas em saúde que despertem atitudes de autocuidado nos adolescentes a fim de mantê-los longe das drogas.

Martini e Furegato (2008), ao conhecerem as representações dos professores de uma escola de ensino básico de Florianópolis sobre o uso de drogas, envolvendo 16 professores de 5^a a 8^a séries do ensino básico, desvelaram que o uso de drogas é visto pelos docentes como um problema de adolescentes sujeitos a determinadas vulnerabilidades. E tais vulnerabilidades foram mencionadas pelos docentes como questões negativas, sendo que o uso de drogas foi apontado como uma espécie de “culpa” do próprio usuário.

Araldi, Njaine, Oliveira e Ghizoni (2012) também desenvolveram um estudo quantitativo das representações sociais de professores de escolas públicas e privadas sobre o uso abusivo de álcool e de outras drogas na adolescência e suas repercussões nas ações de prevenção na escola. Como resultado, encontraram que as representações sociais dos educadores caracterizam-se por uma visão estigmatizante da adolescência e do uso de álcool e outras drogas nessa faixa etária. Esse achado torna mais difícil o diálogo sobre esta questão, sobretudo para implementar políticas de prevenção nas escolas.

Mais um estudo qualitativo com o aporte da TRS foi recentemente publicado por Silva, Padilha, Santos e Araujo (2012). Neste, os autores buscaram identificar as representações sociais dos adolescentes sobre as bebidas alcoólicas e analisar as implicações do relacionamento familiar sobre a construção de tais representações. A pesquisa descritiva qualitativa resultou em quatro categorias de análise: criação pela mãe e pai; liberdade controlada e liberdade permitida durante a infância; relação boa com os pais; relação conflituosa com os pais. Os autores identificaram que, para os adolescentes, as bebidas alcoólicas estão associadas à *busca de novas experiências*, à *independência*, ao *vício*, a *conflitos familiares*, *abrigas* e a *separações*. Os autores também sugeriram a realização de mais estudos sobre a relação entre a adolescência, o consumo de álcool e o relacionamento familiar para subsidiar o estabelecimento de medidas preventivas em relação ao alcoolismo nas ações educativas em saúde pública.

Carvalho e Leal (2006), com o objetivo de avaliar as representações sociais face ao consumo de álcool e drogas em adolescentes escolarizados, realizaram uma revisão de literatura e uma pesquisa bibliográfica sobre as escalas existentes. Os resultados do estudo mostraram que a representação social dos adolescentes da amostra face ao consumo de álcool e drogas se inscreve num contexto de um bom nível de informação e de atitudes predominantemente negativas face ao consumo de álcool e drogas, embora ancorada em crenças positivas associadas ao consumo dessas substâncias. No que diz respeito à dimensão *Informação*, verificou-se que os adolescentes estão bem informados a respeito de nomes de diferentes drogas e da possibilidade do consumo dessas substâncias poder provocar ou não dependência física e psíquica. Relativamente à dimensão *Crenças*, os sujeitos manifestaram-se concordantes na maioria dos casos, com as afirmações apresentadas, revelando crenças predominantemente positivas associadas aos possíveis efeitos do consumo de álcool e drogas. No que concerne à dimensão

Atitudes, constatou-se que a maioria dos adolescentes apresenta atitudes predominantemente desfavoráveis face ao consumo de álcool e drogas, quando confrontados com situações comportamentais hipotéticas. O estudo verificou uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o *Ano de Escolaridade* e a subescala *Informação*, o que revela que quanto maior é o nível de escolaridade, maior o nível de informação dos adolescentes sobre álcool e drogas. Os pesquisadores constataram ainda uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre as subescalas *Informação* e *Atitudes*, que indica que quanto maior é o nível de informação, mais desfavoráveis são as atitudes dos nossos adolescentes face ao consumo de álcool e de drogas. Os pesquisadores encontraram na subescala *Atitudes*, os grupos com experiência de uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas) apresentando na globalidade atitudes mais favoráveis face ao consumo de álcool e drogas. Os adolescentes do sexo masculino apresentaram atitudes mais favoráveis face ao consumo de álcool e drogas que os do sexo feminino, o que poderá ficar a dever-se às normas socioculturais prevalecentes que tornam melhor aceito o consumo de álcool pelos homens que pelas mulheres, percebendo o consumo excessivo nas mulheres de um modo mais negativo e estigmatizante. Para a subescala *Crenças* apenas verificaram diferenças significativas em função da variável uso de álcool, indo essa diferença no sentido dos adolescentes que nunca consumiram álcool possuírem mais crenças positivas sobre álcool e drogas que os adolescentes com experiência de uso de álcool.

A partir de um estudo qualitativo com 40 adolescentes, de idade entre 12 e 20 anos, do Projeto Tribos Urbanas do município de Belém, Pará Silva, Padilha e Santos (2011) ao identificar as representações sociais de adolescentes sobre as bebidas alcoólicas observaram que o consumo de álcool gerou um déficit no autocuidado dos adolescentes, que colaborou para a exposição destes a situação de risco. Os autores

também identificaram que as bebidas alcoólicas representam para os adolescentes a busca por novas experiências e uma forma de serem aceitos por seu grupo de pertença; representam, ainda, independência, vício, festas e conflitos familiares. O estudo sugere – como os demais citados – a urgência de ações educativas em saúde que despertem atitudes de autocuidado nos adolescentes a fim de mantê-los longe das drogas.

5.4 Representações Sociais da depressão na adolescência

Acerca dos estudos da depressão, Coutinho (2001/2005) assegura que a partir do abrupto crescimento das pesquisas nesta área surgem também diversos aportes teóricos para sustentarem a análise do construto, dentre estes uns que mais focalizam os aspectos orgânicos e outros que vislumbram os fatores psicológicos. Todavia, a complexidade da depressão escapa dos olhares desses estudiosos que, por exibir-se de forma densa e multifacetada, não poderia ser restringida ao prisma de uma ou outra teoria, tendo em vista a discordância que poderia ser encontrada ao se explicitar um problema tão plural por uma visão tão específica (Barros, Coutinho, Araújo e Castanha, 2006).

Para exemplificar, apresenta-se a seguir alguns estudos recentes embasados pela TRS cuja temática é a depressão na adolescência ou correlata a esta.

A partir de um enfoque psicossociológico Vieira, Saraiva e Coutinho (2010) investigaram através de multimétodo, a inter-relação entre a depressão e o suicídio, apreendendo e descrevendo a estrutura central e periférica das representações sociais de 233 estudantes de Psicologia de uma universidade pública do estado da Paraíba, acerca dessas temáticas. Os resultados obtidos mostraram a evocação do suicídio no seu sistema periférico, o que pareceu demonstrar uma estrutura representacional semelhante e interligada entre os fenômenos depressão e suicídio.

Para investigar as representações sociais da depressão elaboradas por crianças e adolescentes, sob um enfoque psicossociológico da Psicologia Social, Araújo, Pereira e

Coutinho (2009) utilizaram o multimétodo com 52 participantes dos sexos masculino e feminino de escolares das cidades de João Pessoa, Natal e Teresina, com idades entre 9 e 14 anos. As representações sociais dos alunos de João Pessoa foram ancoradas em elementos psicossociais e objetivadas como *mau humor*, causado pelo *estresse*, que deixa a pessoa *deprimida, magoada, desanimada e nervosa*. Em Teresina, as representações sociais foram ancoradas em fatores de socialização, objetivando a depressão como elemento causador de *solidão*, que deixa *infeliz* o ser depressivo. Em Natal, as crianças e adolescentes ancoraram a depressão na esfera biopsicossocial, com objetivações da depressão como alusão ao ser deprimido; pessoa *triste e nervosa*.

Damião, Coutinho, Carolino e Ribeiro (2011) ao desenvolverem um pesquisa com abordagem multimétodo para estudar os fatores psicossociais que interferem na etiologia da depressão e apreender as RS da depressão em adolescentes inseridos no contexto do Ensino Médio da rede pública e privada das cidades de Teresina/Pi e Natal/RN, constataram um maior índice de sintomatologia na cidade de Teresina comparada à amostra da cidade de Natal. As diferenças referentes ao sexo foram estatisticamente relevantes, indicando que os sujeitos do sexo masculino apresentam traços depressivos mais relacionados a problemas de conduta e obediência, enquanto as meninas desenvolveriam traços mais subjetivos. Os autores averiguaram ainda uma inadequação do sujeito depressivo nas inter-relações psicoafetivas e psicossociais.

Coutinho e Ramos (2008), ao estudarem as representações sociais de crianças de 09 a 12 anos acerca da depressão através de uma abordagem transcultural, assinalaram uma prevalência da depressão em crianças brasileiras (11%) e portuguesas (14%), sendo que, consensualmente, a depressão surgiu como sinônimo de tristeza, doença e choro. A pessoa deprimida foi representada como angustiada, cabisbaixa, desanimada, sem amigo, com auto-imagem negativa (depreciativa) e que chora.

Monteiro, Coutinho e Araújo (2007) ao buscar apreender as representações sociais (RS) da depressão de adolescentes com e sem sintomatologia depressiva no contexto do Ensino Médio em escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa – PB, através de multimétodo, obtiveram como resultado que as RS elaboradas pelos estudantes sem sintomatologia ancoraram a depressão na *morte* e na *dor* enquanto que os adolescentes com sintomatologia depressiva basearam-se na *solidão* e na *droga*. Os autores deste estudo acreditam que tais resultados indicam que a depressão pode interferir negativamente no cotidiano, nas atividades escolares, na auto-estima e na sociabilidade na adolescência.

Araújo, Vieira e Coutinho (2010) ao investigarem a apreensão das representações sociais da ideação suicida elaboradas por 90 adolescentes do Ensino Médio, por multimétodo, encontraram um índice de 22,2% de adolescentes com ideação suicida, com diferenciações entre as representações elaboradas pelos grupos com e sem ideação suicida. Os achados revelaram que adolescentes com ideação se autorrepresentaram como pessoas sozinhas, associando a ideação a sentimentos de desesperança e solidão, mas também expressaram um pedido de ajuda diante de seu sofrimento. Os resultados obtidos destacaram a importância dos fatores sinalizadores, que possibilitam uma melhor compreensão sobre a problemática do suicídio.

Mais uma pesquisa com o construto da depressão em adolescentes, esta realizada por Ribeiro, Coutinho e Nascimento (2010), buscou apreender as representações sociais da depressão de 276 adolescentes de ambos os sexos com idade entre 14 e 17 anos, do Ensino Médio de uma escola da cidade de João Pessoa-PB. Os resultados obtidos com o multimétodo indicaram que a depressão está associada a quatro aspectos: *psicoafetivos*, com as subcategorias *depressão como sinônimo de tristeza e desilusão amorosa*; *psicossocial*, com a subcategoria *dificuldade de relacionamento social, e ideias*

mórbidas, com a subcategoria *ideia de morte e/ou ideação suicida*. Segundo os autores, tais associações resultam das vivências dos adolescentes e de informações e representações vinculadas ao seu grupo de pertença. Assim como a maioria dos estudos, a referida pesquisa também aponta a necessidade de práticas preventivas e educacionais nas instituições de ensino.

Com o intuito de apreender as representações sociais (RS) de 222 adolescentes do Ensino Médio de ambos os sexos, com idades entre 14 e 19 anos, Aragão, Coutinho, Araújo e Castanha (2009) utilizando o multimétodo constataram a ancoragem das RS da depressão como sinônimo de dor, mágoa, infelicidade, ódio, morte, desânimo, angústia, solidão e choro. As RS elaboradas pelos participantes deste estudo apontaram uma similitude com a concepção/descrição, tal como descreve a nosologia psiquiátrica. Os autores acreditam que, com estes resultados, é possível compreender o sofrimento provocado pela sintomatologia depressiva, além de poder contribuir para uma melhor qualidade de vida desses adolescentes.

Em suma, Coutinho (2001) salienta que, para o convívio com as inquietudes da depressão, os adolescentes constroem representações sociais que os auxiliam na atribuição de sentido para orientar seus comportamentos no transcurso da experiência com a doença.

No artigo intitulado *Os rituais de passagem segundo adolescentes*, Bretas, Moreno, Eugenio, Sala, Vieira, e Bruno (2008), com o objetivo de identificar as impressões de adolescentes acerca do que poderia representar um ritual de passagem, concluíram que estes relacionam-se diretamente com a mudança corporal, produto do adolescer, sendo ocorrências marcantes e significativas na vida do indivíduo.

Destarte, como asseveram estudiosos da Teoria das Representações Sociais – e a revisão da literatura apontou – assim como o uso do álcool, a depressão também é um

sofrimento psíquico dinamicamente idealizado e reproduzido, que se apresenta como um transtorno de humor multifacetado e abrange diferentes sintomas inter-relacionados (Coutinho, 2001/2005; Saraiva, 2007), podendo, igualmente, o abuso de o álcool tornar-se um problema de saúde mental se não na fase da adolescência provavelmente no futuro próximo da vida adulta.

CAPÍTULO VI - MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa consiste em um estudo de campo, descritivo com uma abordagem de cunho quantitativo e qualitativo.

6.2 *Locus* da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma escola da rede pública federal localizada na região central da cidade de Cuiabá-MT.

6.3 Amostra

A amostra foi do tipo não-probabilística constituída por 349 estudantes do Ensino Médio profissionalizante (Gestão e Habilitação em Secretariado Executivo, Eventos, Agrimensura, Eletrônica, Eletrotécnica, Edificações e Telecomunicações), dos sexos masculino e feminino, de 13 a 17 anos ($M=15,84\%$ e $DP=1,042\%$).

Os critérios de inclusão para a composição da amostra obedeceram a seguinte ordem: (i) aceitação do aluno em participar do estudo (ii) estar cursando regularmente o Ensino Médio Integrado (iii) ter idade entre 13 e 17 anos (iv) termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais ou responsável e pelos próprios adolescentes (v).

A amostra da entrevista obedeceu ao critério de saturação recomendado por Sá (1998) e consistiu em 35 estudantes retirados da amostra total do estudo, que ao serem convidados após o término da aplicação do livreto disponibilizaram-se a conceder entrevista.

6.4 Instrumentos de coleta de dados

Para o levantamento dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Técnica de Associação Livre das Palavras (TALP);
- Questionário Biossociodemográfico.

- Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT);
- Inventário de Depressão Infantil (CDI);
- Entrevista Semiestruturada

6.4.1 Descrição dos Instrumentos

6.4.1.1 Técnica de Associação Livre das Palavras (TALP)

A técnica de Associação Livre de Palavras foi criada por Jung em 1905, sendo utilizada pela clínica psicanalítica até os dias atuais. Nóbrega e Coutinho (2003) reportam que na década de 80 essa técnica foi adaptada no campo da psicologia social por Di Giacomo (1981) com objetivo de identificar as dimensões latentes das representações sociais e desde então vem sendo bastante utilizada nos estudos sobre as Representações Sociais através da forma dos elementos que compõem as redes associativas dos conteúdos evocados em reação a cada estímulo(s) ou palavra(s) indutora(s).

Nesta pesquisa, os estímulos indutores utilizados foram: (1) *Depressão*, (2) *Pessoa deprimida*, (3) *Uso do álcool*, (4) *Adolescência* e (5) *Eu mesmo*. Dessa forma, como assevera Coutinho (2005) os estímulos indutores apresentam-se com o objetivo de convergir ao objeto social da investigação. As variáveis fixas consistiram em *sexo*, *idade*, *ano de escolaridade* e *curso*.

6.4.1.2 Questionário Bissociodemográfico

O questionário bissociodemográfico teve como objetivo caracterizar o perfil dos participantes, tais como: sexo, idade, curso, ano e turno, se houve reprovação, sobre a constelação familiar, posição na hierarquia familiar, dados referentes à moradia, escolaridade e ocupação dos pais, renda familiar, se o participante possui alguma renda

financeira, se tem algum tipo de apoio nos estudos, como é o relacionamento com a família, sobre hobby, se faz parte de algum grupo de convivência social e questões concorrentes à depressão e ao uso do álcool (vide Anexo 2).

Triviños (2010) considera o questionário um dos instrumentos mais categóricos para estudar os processos e produtos, no que se refere ao interesse do investigador qualitativo, entre as técnicas e métodos que consideram a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico. Este instrumento é expressivamente relevante, sobretudo, no campo das ciências sociais (Parasuraman, 1991).

6.4.1.3 Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

O Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS composto por dez questões de fácil compreensão, cujo objetivo é identificar a ingestão de risco de álcool, o uso nocivo e a dependência de álcool. A OMS dispõe de duas versões do AUDIT: uma para auto-aplicação e outra para entrevista. Neste estudo, optou-se pela versão auto-aplicável para facilitar a utilização de múltiplos instrumentos junto aos participantes que, de maneira coletiva os responderam em sala de aula. Em estudo de validação realizado por Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011) para população ribeirinha do interior da Amazônia apresentou Alpha de Cronbach de 0,86, mostrando-se consistente e estável. Este instrumento é composto por dez itens, cada um com margem de 0 a 4 pontos, permitindo um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação que o participante atinge ao responder os itens do AUDIT possibilita a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos. No momento em que se identifica a zona de risco, torna-se possível ao

profissional oferecer orientações personalizadas, específicas ao padrão de consumo individual.

6.4.1.4 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

O Inventário de Depressão Infantil (CDI - Children's Depression Inventory), elaborado por Kovacs (1992) e adaptado do Beck Depression Inventory (BDI), tem como objetivo principal a verificação da presença e, em sua ocorrência, a severidade do transtorno depressivo a partir dos sete até os dezessete anos. Em estudos de validação, apresentou índice de consistência interna (Alpha de Cronbach) de 0,91. Com este instrumento, é possível fazer uma triagem (*screening*) para identificar alterações afetivas, alterações de humor, de capacidade hedônica, de funções vegetativas, de auto-avaliação e de outras condutas interpessoais. Neste trabalho, utilizou-se o CDI adaptado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Para cada resposta há um valor equivalente variando de 0 a 2, sendo a somatória destes valores, mediante as respostas, o escore considerado. O ponto de corte utilizado foi 17.

6.4.1.5 Entrevista Semiestruturada

A entrevista, em geral, é um importante procedimento devido ao seu aparato de vantagens, tais como a possibilidade de esclarecer sentimentos, afetos pessoais e fragilidades do entrevistado, além do respeito à singularidade da pessoa indagada. Além disso, esta técnica permite ao entrevistador melhor elucidação de eventuais dúvidas que surjam, admitindo também que o mesmo faça perguntas adicionais, caso necessário no auxílio das respostas (Boni & Quaresma, 2005; Cozby, 2003). Os autores salientam que para a obtenção de um bom resultado o entrevistador deve ter a habilidade de ler nas entrelinhas, reconhecendo as estruturas invisíveis que organizam o discurso do entrevistado.

No tocante à entrevista semi-estruturada Boni e Quaresma (2005) citam algumas vantagens: (i) contempla a dificuldade que muitas pessoas têm de responder por escrito; (ii) tem elasticidade quanto à duração; (iii) permite uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos; e por fim, (iv) a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Esta última vantagem possibilita maior abertura e proximidade entre entrevistador e entrevistado, permitindo ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, pois quanto menos estruturada a entrevista, maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes.

As entrevistas foram compostas por questões norteadoras de acordo com as temáticas: consumo do álcool e depressão. 1. Fale tudo o que você sabe sobre depressão. 2. O que você sabe acerca das causas da depressão? 3. Quais as consequências da depressão? 4. Fale tudo o que você sabe a respeito do consumo do álcool. 5. Na sua opinião, o que leva os adolescentes a fazerem consumo do álcool? 6. O que você sabe sobre as consequências do uso e abuso do álcool?

6.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi regida pelas Diretrizes e Normas da Comissão Nacional de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde Avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Júlio Muller (HUJM) da Universidade Federal de Mato Grosso, referente ao protocolo Nº 138/CEP – HUJM/2011 e com aprovação final em 15 de Fevereiro de 2012, conforme Anexo 1. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, do sigilo e anonimato das informações dadas por eles e ainda pela anuênciia em desistir em participar a qualquer momento, isentos de qualquer prejuízo na condição de aluno.

6.6 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Após a anuência da direção da escola, a pesquisadora contatou os coordenadores e/ou pedagogo de cada curso, individualmente, para esclarecer os objetivos do estudo e procedimentos de coleta dos dados. Em seguida, os mesmos esclarecimentos foram feitos aos alunos e distribuídos os termos de consentimento livre e esclarecido aos alunos que concordaram em participar da pesquisa, para que seus pais ou responsáveis os assinassem. Após a devolução do termo assinado, com a anuência dos pais ou responsáveis a pesquisadora, juntamente com uma auxiliar devidamente treinada, retornou às salas para que mediante a entrega do termo assinado iniciasse a aplicação da pesquisa de acordo com a disponibilidade dos professores em cederem o tempo de suas aulas para a aplicação da mesma.

Ao adentrar nas salas de aula, a pesquisadora mais uma vez informou aos alunos o objetivo da pesquisa e da importância da colaboração dos mesmos, ainda que não fosse uma obrigatoriedade. Foi pedido que os participantes fossem os mais sinceros possíveis e que prenchessem todas as questões devido à importância de sua colaboração para que a pesquisa tenha fidedignidade, ainda que pudessem desistir da pesquisa a qualquer momento.

Em seguida, os instrumentos em forma de livreto eram entregues obedecendo a seguinte ordem: Técnica de Associação Livre de Palavras, Questionário Biossociodemográfico, Inventário de Depressão Infantil (CDI), Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). A pesquisadora teceu as devidas instruções de preenchimento e iniciou a aplicação da pesquisa que durou aproximadamente cinquenta minutos. Todos os instrumentos foram aplicados coletivamente com exceção da entrevista que foi de forma individual realizada no setor

de psicologia. O número das entrevistas (35) obedeceu ao critério de saturação preconizado por Sá (1998).

6.7 Procedimento de análise

À título de melhor compreensão, a análise dos instrumentos obedecerão a ordem descrita nos objetivos específicos.

6.7.1 Questionário Biossociodemográfico

Os dados coletados foram tabulados e processados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais – PASW (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21, por meio da estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

6.7.2 Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – AUDIT

Os dados coletados foram tabulados e processados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais – PASW (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21, por meio da estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

6.7.3 Inventário de Depressão Infantil – CDI

Os dados advindos deste instrumento foram tabulados e processados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais – PASW (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21. A análise dos resultados foi realizada pela estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

6.7.4 Técnica de Associação Livre de Palavras - TALP

Os dados advindos da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processados pelo *software* Tri Deux-Mots (Cibois, 1998), versão 2.2 que, por sua vez, contempla um conjunto de cinco subprogramas computacionais denominados *Impmot* (importação de palavras), *Tabmot* (tabulação dos dados a ser calculado), *Ecapem* (verifica se há atração ou desvio na construção dos fatores), *Anecar* (análise dos desvios

à independência) e *Planfla* (plano fatorial construído a partir de todas as etapas anteriores). Ao fim do processamento destes programas, obteve-se, entre outras análises, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

Para o processamento de dados seguiu-se o modelo de Coutinho, Nóbrega e Araújo (2011); criou-se um quadro com as codificações das variáveis fixas e em seguida elaborou-se o banco, obedecendo a um padrão de organização que orientou a digitação dos dados, concomitante à elaboração de um dicionário.

A preparação do banco consistiu fundamentalmente em codificar as variáveis fixas em um arquivo do *Word*, sendo que cada linha referiu-se à identificação de um participante e suas associações aos estímulos indutores.

A AFC interpretou os dados e auxiliou na explicação dos campos representacionais através de gráficos feitos a partir da leitura das modalidades (palavras evocadas ou representações), possibilitando a visualização da associação entre os dois conjuntos de respostas aos estímulos e as variáveis fixas (Coutinho, Nóbrega & Araújo, 2011).

Por fim, editou-se o material processado, convertendo o arquivo PLN, que consiste em apresentar uma visualização espacial do plano fatorial em forma de gráfico. Finalmente, editou-se manualmente o plano e em seguida interpretou-se os resultados, obedecendo ao critério metodológico de atração e distanciamento entre as variáveis fixas (Coutinho, 2005).

6.7.5 Entrevistas

Os dados das entrevistas foram processados pelo software ALCESTE (Reinert, 2011) e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente, Ascendente e Análise Cruzada. Inicialmente as gravações foram transcritas e o material submetido à análise.

O ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) foi desenvolvido por Reinert (1993) com objetivo de realizar análise de dados textuais, a exemplo de Análise de diálogos, questões abertas, enquetes socioeconômicas e textos diversos.

O conceito implícito do ALCESTE é a apreensão do sentido das sentenças através da identificação das palavras que emergem nas frases pronunciadas pelo maior número possível de participantes, neste caso, entrevistados. Do mesmo modo, o vocabulário de palavras usadas pode ser visto como uma fonte para constatar os diferentes modos de pensar um mesmo objeto.

Inicialmente, o software fez uma análise padrão dos dados, ainda no decorrer da fase de processamento do material textual coletado. Deste modo, após processar a análise padrão do material transcreto, fez-se a análise cruzada (análise *tri-croisé*). Esta possibilita a comparação e diferenciação de discursos relacionados às variáveis. Para tanto, foi feita a escolha das variáveis para a realização da análise cruzada, orientada a partir da revisão literária e das temáticas que mais sobressaíram no processamento padrão do *corpus* estudado (Saraiva, Coutinho & Miranda, 2011). Tais análises serão detalhadas nas páginas que seguem sobre a preparação dos bancos de dados.

Na análise cruzada, o programa atua de maneira análoga ao procedimento padrão e disponibiliza dendrogramas do *corpus* total e das classes, sendo o número de classes o total de possibilidades da variável escolhida (Saraiva, 2010).

Dando sequência, com a análise da distribuição do conjunto de vocábulos advindos das transcrições das entrevistas, realizaram-se as seguintes fases: (a) a descrição da frequência e do percentual das palavras. A significância estatística das palavras dentro das classes foi medida por uma estatística denominada *Qui-quadrado* (χ^2), com nível de significância de 4% e; (b) a Classificação Hierárquica Descendente

(CHD) e a Classificação Hierárquica Ascendente das classes de palavras encontradas, com base na proximidade de conteúdos do total do *corpus*, em um gráfico nomeado dendrograma.

Por fim, o programa computacional elaborou uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que possibilitou a visualização das oposições sobrevindas da CHD.

Foi elaborado um banco de dados, contendo as entrevistas dos adolescentes de acordo com as orientações de Saraiva, Coutinho e Miranda (2011). Para a organização do banco de dados, colocou-se todo o conteúdo das entrevistas em um único arquivo, separando-as uma a uma por uma linha de comando, iniciada com quatro asteriscos, acompanhados pela codificação das variáveis biossociodemográficas selecionadas, conforme exemplo a seguir:

```
***** *par_01 *sex_1 *ida_3 *aes_1 *cur_1
```

A linha de comando exemplificada indica que esta é a primeira entrevista (*n_01), com um adolescente do sexo feminino (*sex_1), que tem 16 anos (*ida_3), está no 1º ano de escolaridade (*aes_1) e cursa Secretariado (*cur_1).

O processamento dos dados procedeu-se em duas fases: o procedimento padrão e a análise cruzada ou tri-croisé. O primeiro procedimento efetiva-se em quatro etapas, sendo as três primeiras contendo três operações e a quarta com cinco operações (ALCESTE, 2007; Saraiva, Coutinho & Miranda (2011), ver descrição a seguir:

✓ Etapa A: o programa lê o texto e efetua o cálculo dos dicionários. Ao reconhecer as Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), faz a primeira fragmentação do texto, agrupando as palavras por radicais ou formas reduzidas e executa o cálculo da frequência. Nesta fase, o ALCESTE reformata e divide o *corpus* em segmentos de tamanho similar, denominadas Unidades de Contexto Elementares (UCEs).

- ✓ Etapa B: é o cálculo das matrizes de dados e a classificação das UCEs, de acordo com os referentes vocabulários. O conjunto das UCEs é repartido com base na frequência das formas reduzidas, sendo aplicado o método de classificação hierárquica descendente e, então, realizada a partição definitiva do *corpus*.
- ✓ Etapa C: é a descrição das classes de UCEs selecionadas, que consiste na principal operação por prover resultados que possibilitam a descrição das classes obtidas, sobretudo por seus vocabulários peculiares (léxicos) e por suas palavras com asterisco (variáveis), sendo assim atingida a AFC, como representação das relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos.
- ✓ Etapa D: assim como as duas etapas anteriores também consiste em uma fase de cálculos complementares. O programa aqui realiza a complementação da Etapa C com um cálculo e apresentação das UCEs com maior representação de cada classe, favorecendo a contextualização do vocabulário. Os resultados do tratamento de segmentos repetidos nas UCE e a exportação dessas UCE aqui são providos também para outros programas informáticos.

Para a realização da análise cruzada ou *tri-croisé*, o pesquisador elegeu cada uma das variáveis fixas para o banco das entrevistas, realizando o processamento cruzado com uma variável por vez em relação ao *corpus* correspondente, ou seja, a variável sexo, do banco das entrevistas, foi cruzada com o *corpus* das entrevistas, assim como a variável ano de escolaridade e curso.

CAPÍTULO VII - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados; inicialmente, os advindos do questionário biossociodemográfico, seguidos dos dados resultantes do teste de identificação de problemas relacionados ao uso do álcool e do inventário de depressão, e por fim, a explanação que remete aos conteúdos da técnica de associação livre de palavras, e das entrevistas semi-estruturadas.

7.1 Questionário biossociodemográfico – perfil dos participantes

Os resultados advindos do questionário biossociodemográfico e processados no PASW desvelaram o perfil dos participantes, aspecto este que contempla um dos objetivos específicos do presente estudo. Por meio destes dados pode-se identificar: a idade, o sexo, o índice de reprovação, bem como a constituição familiar, psicossocial/socioafetiva, econômica e escolaridade dos pais. Ainda identificou-se a relação do participante com o álcool e com a depressão.

A Tabela 1 apresenta o perfil dos estudantes, no que tange às variáveis: sexo, idade, reprovação e lazer.

Tabela 1 – Perfil dos Estudantes

VARIÁVEIS	NÍVEIS	f	%
SEXO	feminino	249	71,3
	masculino	100	28,7
IDADE	13	3	0,9
	14	40	11,5
	15	84	24,1
	16	106	30,4
	17	116	33,2
REPROVAÇÃO	sim	36	10,3
	não	313	89,7
RELAÇÃO FAMILIAR	ruim	6	1,7
	razoável	31	8,9
	bom	159	45,8
	ótimo	151	43,5
	não sabe	2	0,6
LAZER	ler	62	17,8
	esporte	59	16,9
	computador, internet	53	15,2
	passar, sair	42	12
	cantar, tocar	32	9,2
	dormir, descansar	30	8,6
	assistir tv, filme	17	4,9
	outros	54	15,4

Da totalidade da amostra (349 participantes), observou-se, como mostra a Tabela 1, o predomínio do sexo feminino (71,3%), com idade variando entre 13 e 17 anos, com uma média de 15,8 ($dp=1,04$); Quanto à reprovação, observou-se que 10,3% responderam que já haviam sido reprovados; 45,8% relataram ter um bom relacionamento com a família. Com relação às atividades de lazer, os resultados foram agrupados de acordo com as maiores frequências, apontando as opções: *ler* (17,8%), esporte (16,9%), computador/internet (15,2%), passear/sair (12%), cantar/tocar (9,2%) e *dormir* (8,6%).

A Tabela 2 traz considerações acerca do perfil socioeconômico das famílias dos pesquisados.

Tabela 2 – Perfil Socioeconômico

VARIÁVEIS	NÍVEIS	f	%
HIERARQUIA FAMILIAR	primeiro	169	49,4
	segundo	108	31,6
	terceiro	49	14,3
	quarto	7	2,0
	outros	9	2,7
COM QUEM VOCÊ MORA	Pais e irmão	250	71,8
	madrasta, pai, irmão	4	1,1
	padrasto, mãe, irmão	26	7,5
	tio, tia	4	1,1
	sozinho	2	0,6
	outra pessoa	62	17,8
TIPO DE IMÓVEL	próprio	292	83,7
	alugado	39	11,2
	cedido	14	4,0
	outro	4	1,1
RENDIMENTO FAMILIAR	1 a 2 salários mínimos	53	16,1
	3 a 4 salários mínimos	95	28,8
	5 a 6 salários mínimos	84	25,5
	7 a 8 salários mínimos	49	14,8
	9 ou mais salários mínimos	49	14,8
VOCÊ POSSUI RENDA FINANCEIRA	sim	183	53,0
	não	162	47,0
TIPO DE RENDA	mesada	75	40,8
	estágio	79	42,9
	outro	30	16,3
APOIO NO ESTUDO	sim	218	63,7
	não	124	36,3

Em referência à constituição familiar, observa-se na Tabela 2 que 49,4% revelaram ser primogênitos; 71,8% moram com seus pais e irmão, e destes pais 83,7% possuem casa própria. Quanto à renda familiar predominou a faixa entre 3 a 4 salários mínimos (28,8%), e quase a totalidade dos pais estão empregados. Os participantes assinalaram que possuem renda financeira (53%), sendo essa advinda de *estágio* (42,9%) ou *mesada* (40,8%). No que diz respeito aos estudos, 63,7% afirmaram se sentir apoiados nos estudos.

Tratando-se da relação com o álcool, a Tabela 3 apresenta a familiaridade do participante com o consumo do álcool.

Tabela 3 – Identificação do consumidor de álcool

VARIÁVEIS	NÍVEIS	f	%
CONHECE ALGUÉM QUE CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA?	sim não	294 47	86,2 13,8
QUEM CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA?	amigos, colegas família (pai, mãe, eu, irmão) outros parentes (tios, avo, primos) várias pessoas – vizinhos	63 77 99 84 26	18,40 22,07 27,55 24,48 7,50
VOCÊ JÁ CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA?	sim não	37 31	54,4 45,6
COM QUANTOS ANOS?	Sem resposta 10 11 12 13 14 15 16 17	7 1 1 2 2 5 8 9 2	18,9 2,7 2,7 5,4 5,4 13,5 21,6 24,3 5,4
COM QUEM VOCÊ ESTAVA?	Sem resposta família e amigos irmãos e primos mãe pai parentes e amigos prima	32 23 1 1 3 1 1	9,2 12 0,3 0,3 0,9 0,3 0,3
TEM PROBLEMAS COM ÁLCOOL NA FAMÍLIA?	sim não não sei	35 306 5	10,1 88,4 1,4
QUEM APRESENTA PROBLEMA COM ÁLCOOL?	Sem resposta avô irmão mãe padastro pai tios	315 3 1 2 2 11 15	90,2 0,9 0,3 0,6 0,6 3,2 4,3

A Tabela 3 desvela a relação inicial do adolescente com a substância psicotrópica, apontando que 86,2% dos participantes conhecem alguém que consome álcool, identificando-os, por sua vez, como seus *parentes* - tios, avós, primos e padrastos (24,48%), seguidos de *família* – pai, mãe, eu e irmão (22,07%), e por fim, *amigos* e *colegas* (18,4%). Já no que diz respeito a si próprio, 54,4% dos adolescentes admitiram ter consumido álcool, com idade média (24,3%) de experimentação a partir dos 16 anos, em companhia de familiares e/ou amigos. Do total dos participantes 10,1% admitiram ter problemas com álcool na família, identificando tios e pais.

A Tabela 4 apresenta a familiaridade do participante com a doença depressão.

Tabela 4 – Identificação da doença depressão

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F	%
CONHECE ALGUÉM COM DEPRESSÃO?	sim	98	28,3
	não	125	36,1
	não sei	123	35,5
JÁ TEVE DEPRESSÃO?	sim	28	8,1
	não	260	75,4
	não sei	57	16,5
QUANTOS ANOS TINHA?	SR	1	3,7
	9	2	7,4
	10	1	3,7
	12	9	33,3
	13	3	11,1
	14	3	11,1
	15	2	7,4
	16	5	18,5
	17	1	3,7
	Sem resposta	324	92,8
MOTIVO DA DEPRESSÃO	achar que ninguém me ama	1	0,3
	baixa alto estima	1	0,3
	brigas, sentir sozinha	1	0,3
	bullying	1	0,3
	erro	1	0,3
	morte na família	2	0,6
	falta de amigos	2	0,6
	falta de motivação	1	0,3
	vestibular	1	0,3
	problemas familiares	4	1,2
	separação dos pais	2	0,6
	outros	6	1,8

No tocante à depressão, a Tabela 4 mostra que 28,3% conhece alguém com depressão; 8,1% dos participantes garantiram ter tido a doença. Os motivos atribuídos às causas da doença foram variados (e.g. problemas familiares, separação dos pais,

morte na família, falta de amigos, vestibular, baixa autoestima, namoro) e observou-se que a maioria (33,3%) dos que afirmaram ter tido depressão tinham 12 anos na ocasião.

7.2 AUDIT – Identificação do padrão de uso do álcool

Os resultados obtidos pelo AUDIT demonstraram consistência interna ($\alpha=0,84$), demonstrando alta confiabilidade dos itens. Na Tabela 5 são demonstrados os indicadores de risco de ingestão do álcool da amostra.

Tabela 5- Frequência dos Indicadores de Risco do AUDIT

AUDIT	F	%
Sem ingestão	200	57,3
Baixo risco	129	36,9
Risco	17	4,9
Alto risco	2	0,6
Provável dependência	1	0,3

De acordo com os dados da Tabela 5, os indicadores de risco apontam que a maioria (57,3%) respondeu nunca ter consumido álcool. Em contra partida, 36,9% encontram-se na zona I, que significa baixo risco, 4,9% na zona II que representa risco e finalmente, 0,9% entre a zona III e IV que significa alto risco e provável dependência.

Com relação ao sexo, verificou-se uma diferença significativa [$t(347) = -3,28$; $p < 0,001$] entre os participantes, onde os meninos obtiveram uma maior pontuação ($M=0,26$; $DP=0,53$) do que as meninas ($M=0,13$; $DP=0,24$). Já quanto à idade, os resultados advindos da escala do AUDIT, apontaram que 15 e 16 anos são as idades de prevalência de risco, alto risco e provável dependência.

7.3 CDI – índice da sintomatologia depressiva e a correlação com o AUDIT

Os resultados sobrevindos do CDI mostram uma boa confiabilidade ($\alpha=0,86$). Do total da amostra, 10% dos adolescentes apresentaram sintomatologia depressiva, sendo destes 68,6% do sexo feminino; com maior frequência na idade de 15 anos (34,3%).

A análise estatística advinda da comparação entre meninos e meninas, quanto a variável depressão observou-se não haver diferença significativa [$t(150,13) = -0,82; p > 0,05$]. No entanto, as médias apontam que os meninos obtiveram uma pontuação superior ($M = 0,42; DP = 0,35$) do que as meninas ($M = 0,39; DP = 0,27$).

7.3.1 Correlação das escalas AUDIT e CDI

Já os resultados advindos da análise de correlação bivariada *r-Pearson* entre os construtos álcool e depressão, apontaram uma correlação significativa ($r = 0,31; p < 0,001$) e positiva entre as escalas (AUDIT e CDI). Sendo que o CDI apresentou uma média de 0,40 (DP=0,29) e o AUDIT apresentou uma média de 0,17 (DP= 0,35).

7.4 Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) - apreensão das representações sociais

Os conteúdos advindos da TALP e processados pelo software Tri-deux-mots registraram um total de 1745 palavras, sendo 44 diferentes. Destas, nove completaram o plano factorial de correspondência, de acordo com a distribuição relativa de cada palavra para o espaço factorial.

A partir da distribuição e demarcação das palavras na área espacial gerada pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC) visualizou-se configurações de conjuntos de palavras que aproximam-se e afastam-se dos eixos exibidos na Figura 1, representados pelo Fator1 (F1) e Fator2 (F2).

O F1 explicou 47,4% da variância total de respostas e o F2 registrou 20% da variância, estabelecendo deste modo, um somatório de 67,4% da variância total de respostas.

As palavras citadas compreenderam carga fatorial média igual à 111,11 tomando-se por base o somatório das cargas (1000), dividido por duas vezes a média (222,22) apresentadas pelo programa.

Para introduzir a descrição dos campos semânticos faz-se necessário apresentar a Tabela 6, contendo a codificação das variáveis fixas e de estímulos indutores (opiniões).

Tabela 6: Codificação das variáveis de opinião e fixas do TRIDEUX

Variáveis de opinião = Estímulos indutores			
1= depressão 2= pessoa deprimida 3= uso do álcool 4= adolescência 5= eu mesmo			
Variáveis fixas			
Sexo	Idade (por faixa etária)	Indicativo de depressão	Ingestão do álcool
1 – Feminino	1 – 13 a 15	1 – com	1 – sim
2 – Masculino	2 – >15	2 – sem	2 – não

A seguir, a Figura 1 exibe o Plano Fatorial de Correspondência (AFC). Neste, apresentam-se os campos semânticos constituídos por agrupamentos de evocações emergidos por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) que foi submetida aos participantes deste estudo.

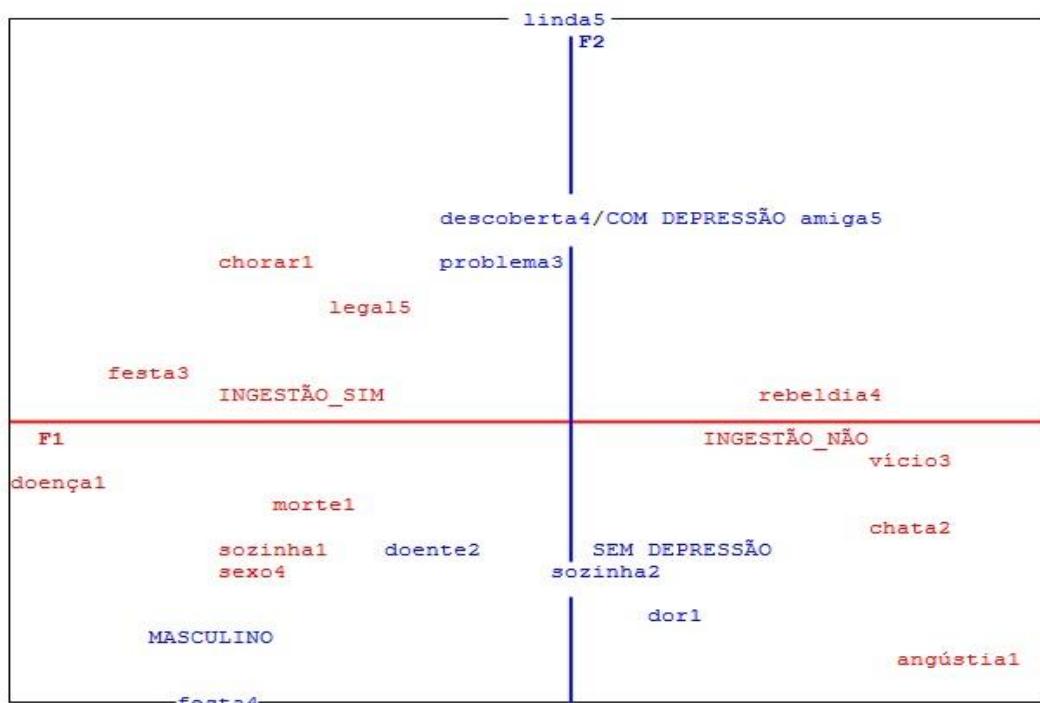


Figura 1 - Análise Fatorial de Correspondência das RS da Ingestão do álcool e da depressão.

Legenda do plano factorial

Fator 1 (F1) localizado no eixo horizontal à direita e a esquerda (em cor vermelha).
 Fator 2 (F2) localizado no eixo vertical superior e inferior (em cor azul).
 Estímulos indutores ou palavras evocadas: Depressão=1, Pessoa deprimida=2, Consumo do álcool=3, Adolescência =4, Eu mesmo=5.
 Variáveis fixas: Sexo, idade, ano de escolaridade e curso.

Figura 2 - Legenda do Plano Fatorial

No fator 1 (F1), linha horizontal em vermelho, ao lado esquerdo do plano fatorial, os estudantes que afirmaram ter feito *ingestão de álcool* objetivaram a “Depressão” (estímulo indutor1) em **chorar, doença, morte** e **sozinha**. Para o estímulo2 “Pessoa depressiva” as evocações deste grupo não tiveram uma carga significativa suficiente para constar no plano fatorial. O estímulo3 “Consumo do álcool” foi objetivado em **festa**. Para o estímulo4 “Adolescência” emergiu a evocação **sexo**. E por fim, os referidos atores/participantes antes apresentados se auto definiram como **legais**, no que diz respeito ao estímulo5 – “Eu mesmo”.

Do lado direito, situam-se os elementos evocados pelos estudantes que não fazem *ingestão de álcool*. Para o estímulo “Depressão”, esses participantes evocaram a palavra **angústia**. Para o termo indutor “Pessoa depressiva” emergiu a palavra **chata**; o estímulo “Consumo do álcool” foi representado pela palavra **vício**; o termo indutor “Adolescência” foi representado como uma fase de **rebeldia**. Quanto ao estímulo5 “Eu mesmo” as objetivações não constaram no plano por apresentarem baixa carga fatorial.

No segundo fator (F2), representado pela linha vertical em azul, na parte superior do gráfico e refletindo o pensamento coletivo dos estudantes *com depressão*, situaram-se as representações desses participantes. Para o estímulo indutor1 “Depressão” e o estímulo indutor2 “Pessoa depressiva”, devido sua baixa carga fatorial, não observou-se evocações no plano fatorial; O estímulo “Consumo do álcool” foi objetivado em **problema**; esses participantes veem a “Adolescência” como fase de **descoberta**; por sua vez esses estudantes se veem como: **lindos e amigos**.

Do lado oposto, no F1, encontram-se as representações dos estudantes do *sexo masculino e sem depressão*. Esses participantes objetivaram a “Depressão” na **dor**; as “Pessoas depressivas” são vistas como: **doentes e sozinhas**. Para o estímulo “Consumo do álcool” não foram observadas a emersão de palavras no plano, por apresentarem

baixa carga fatorial. A “Adolescência” foi objetivada no elemento *festa*. E as autodefinições desses estudantes não tiveram carga fatorial satisfatória para aparecer plano.

A Tabela 7 traz as palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo “Depressão”, com as maiores cargas fatoriais. Pode-se observar que os participantes identificados com ingestão de álcool objetivaram o referido estímulo através das palavras: *chorar, doença morte* e *sozinha*; e quanto aos participantes sem ingestão de álcool estes a objetivaram através da palavra *angústia*. Já para os participantes com depressão, o mesmo estímulo não apresentou carga fatorial suficiente. E, para os participantes sem depressão este estímulo foi objetivado através da palavra *dor*.

Tabela 7 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Depressão" com as respectivas cargas Fatoriais

ESTIMULO 1	<i>Ingestão Sim</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Ingestão Não</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Sem Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II
DEPRESSÃO	<i>Chorar</i>	40	28	Angústia	82	60	<i>Dor</i>	9	61
	<i>Doença</i>	104	3						
	<i>Morte</i>	59	16						
	<i>Sozinha</i>	45	28						

A Tabela 8 mostra as palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo “Pessoa Deprimida”, com as maiores cargas fatoriais. Para os participantes com ingestão de álcool este estímulo não pode ser visualizado no plano devido a sua baixa carga fatorial. Os participantes sem ingestão de álcool objetivaram a “Pessoa Deprimida” através da palavra *chata*. Para os participantes com depressão, o mesmo estímulo não apresentou carga fatorial suficiente. E, para os participantes sem depressão este estímulo foi objetivado através da palavras *doente* e *sozinha*.

Tabela 8 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Pessoa Depressiva" com as respectivas cargas Fatoriais

ESTIMULO 2	<i>Ingestão Não</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Sem Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II
Pessoa Deprimida	<i>Chata</i>	73	19	<i>Doente</i>	14	29
				<i>Sozinha</i>	0	44

A Tabela 9 apresenta as palavras emergentes na TALP a partir do estímulo “Uso do Álcool”, com as maiores cargas fatoriais. Pode-se visualizar que os participantes nomeados com ingestão de álcool objetivaram o referido estímulo na palavra *festa*; enquanto que para os participantes identificados sem ingestão de álcool o “Uso do Álcool” foi objetivado na palavra *vício*. Já para os participantes identificados com depressão, o mesmo estímulo objetivou-se na palavra problema. E para os participantes sem depressão este estímulo não apresentou carga fatorial suficiente.

Tabela 9 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Uso do Álcool" com as respectivas cargas Fatoriais

ESTIMULO 3	<i>Ingestão Sim</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Ingestão Não</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Com Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II
Uso do Álcool	<i>Festa</i>	135	3	<i>Vício</i>	66	3	<i>Problema</i>	3	24

A Tabela 10 traz as palavras demonstradas na TALP a partir do estímulo “Adolescência”, com as maiores cargas fatoriais. Nota-se que os participantes indicados com ingestão de álcool objetivaram o estímulo mencionado na palavra *sexo*; enquanto que para os participantes identificados sem ingestão de álcool objetivaram a “Adolescência” na palavra *rebeldia*. Já para os participantes identificados com depressão, o mesmo estímulo objetivou-se na palavra *descoberta*. E para os participantes sem depressão este estímulo foi objetivado na palavra *festa*.

Tabela 10 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Adolescência" com as respectivas cargas Fatoriais

ESTIMULO 4	<i>Ingestão Sim</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Ingestão Não</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Com Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Sem Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II
Adolescência	<i>Sexo</i>	63	44	<i>Rebeldia</i>	37	1	<i>Descoberta</i>	0	62	<i>Festa</i>	45	77

A Tabela 11 exibe as palavras apresentadas na TALP a partir do estímulo “Eu Mesmo”, com as maiores cargas fatoriais. Pode-se visualizar que os participantes nomeados com ingestão de álcool objetivaram o referido estímulo na palavra *legal*; enquanto que para os participantes identificados sem ingestão de álcool não houve carga

fatorial suficiente. Os participantes identificados com depressão se autodefiniram através da palavra *amiga*. Quanto aos participantes sem depressão, não houve carga fatorial suficiente.

Tabela 11 - Palavras evidenciadas na TALP a partir do estímulo "Eu Mesmo" com as respectivas cargas Fatoriais

ESTIMULO 5	<i>Ingestão Sim</i>	CPF fator I	CPF fator II	<i>Com Depressão</i>	CPF fator I	CPF fator II
Eu Mesmo	<i>Legal</i>	24	19	<i>Amiga</i>	10	47

7.5 Entrevista - análise dos campos semânticos

Ao processar o discurso dos participantes, por meio do tratamento padrão do programa ALCESTE foi possível identificar um corpus constituído de 35 UCIs, totalizando 25.284 ocorrências, sendo 2.311 palavras diferentes, com uma média de 11 ocorrências por palavra.

Para a análise que se seguiu, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média de 4 e com $\chi^2 \geq 3,84$. Após a redução do vocabulário às suas raízes, foram encontradas 449 radicais e 534 UCEs.

A classificação hierárquica descendente (CHD) e ascendente (CHA) retiveram 100% do total das UCEs do corpus, distribuídas em três classes e formadas com, no mínimo, 27 UCEs. Para a elaboração do dendrograma desenhado na Figura 2 foram tomadas, como referências, as palavras com $\chi^2 \geq 4$ ($p = 0,025$).

Representações sociais do uso do álcool e da depressão na adolescência		
Caracterização da depressão e do uso do álcool		
Classe 1		
Depressão: concepções, causas e consequências Nº de UCEs: 132 (31% do corpus) Variáveis associadas: 2º ano, 14 anos		
Palavra	χ^2	F
Depressão	129	81
Tristeza	43	82
Poder	34	54
Falta	28	93
causa	20	59
Alguma	19	91
Escola	15	72
Familiar	13	71
Pessoas	12	40
Trabalho	11	65
Isolada	10	86
Amor	10	86
Pior	8	83
Trauma	8	83
Fator	8	83
Entra	6	50
Gerar	5	67
Vez	5	41
família	4	47
Suicídio	34	100
Depressivo	16	100
Sofrer	15	79
Sentir	15	65
Perda	15	79
Ficar	14	45
Doença	14	62
Remédio	13	100
Morte	12	63
Situação	11	100
Chorar	11	71
Afeta	10	86
Conseguir	9	63
Excluída	8	83
Direito	8	83
Motivo	7	70
Sozinho	6	59
Tipo	4	41

Classe 2		
Uso do Álcool: concepções, causas e consequências Nº de UCEs: 108 (25% do corpus) Variáveis associadas: cursos de Edificações, 17 anos		
Palavra	χ^2	f
Beber	82	68
Cerveja	31	92
Curiosidade	15	100
Terrível	14	86
Bêbado	13	69
Geralmente	9	64
Tomar	8	47
Precisar	6	63
Amigos	6	40
álcool	40	58
Uso	28	92
Morrer	16	88
Abusar	14	86
Influência	11	64
Festa	9	62
Acidente	8	57
Consequência	7	46
Bebendo	7	58
alcoólatra	24	100
Pegar	22	90
Bebida	19	89
Trazer	19	82
Vício	17	67
Monte	15	100
Vicia	14	86
Carro	13	78
Consciência	10	75
Gostar	10	52
Procurar	8	71
Sair	8	67
Acabar	7	39
Parente	6	63
Casa	5	47
Dever	4	56
Querendo	4	56

Classe 3		
Adolescência: Concepções e vivências, Nº de UCEs: 182 (44% do corpus) Variáveis associadas: 15 anos, sexo feminino		
Palavra	χ^2	F
adolescência	82	92
Fase	66	94
Vida	11	62
caminho	11	100
período	11	100
gente	7	60
mudança	7	100
passar	6	62
cabeca	5	86
adolescente	38	88
Pai	20	71
Boa	14	100
escolha	12	100
responsabilidade	12	100
deixar	9	74
rebeldia	9	100
aproveitar	8	100
complicar	8	100
Quer	8	57
simples	7	88
brincar	7	100
Sexo	7	100
estudar	6	72
faça	5	86
adulto	26	100
criança	22	88
crescer	15	100
aprender	12	92
Resto	8	100
mudar	7	88
decisão	7	100
idade	16	100
descoberta	9	100
adulta	8	100
concordar	7	100
descobrindo	7	100
filhos	4	73

Figura 3 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente

Na Figura 2 é possível visualizar uma primeira divisão do *corpus*, que resultou em dois subcorpora, um deles aglutinando as classes lexicais 1 e 2; e o outro subcorpora associou-se a classe lexical 3. Em cada classe lexical apresentou-se o título da classe, o número de UCEs que as caracterizam, as variáveis associadas, as palavras pertencentes, as frequências e os valores do qui-quadrado.

A classe lexical 1 intitulada *Depressão: concepções causas e consequências* foi composta por 132 UCEs que corresponderam à 31% da totalidade do *corpus*. Esta classe está relacionada às variáveis: 2º ano, 14 anos. O vocabulário alojado nesta classe refere-se às palavras: *tristeza, poder, falta, escola, amor, trauma, família, suicídio,*

sofrer, perda, doença, remédio, morte, entre outras. Este léxico apresentou-se em duas subclasses que trataram da compreensão e consequências da depressão.

A subclasse *concepção da depressão* incluiu as seguintes pseudofrases:

A depressão é quando uma pessoa sente uma doença que causa tristeza, sei que é quando uma pessoa se sente muito sozinha com muita tristeza.

Depressão é quando uma pessoa está muito mal, tem alguma coisa, não está respirando, está mal com a escola, está mal com a família, ela acaba entrando em depressão e ficando isolada.

A subclasse *causas da depressão* incluiu as seguintes verbalizações:

A causa da depressão eu acho que deve ser pelo fato de um acontecimento marcante na vida da pessoa que ela não pode, não conseguiu superar. Acho que, para a maioria das vezes, é isso. Pelo que eu entendo, alguma morte de algum familiar, ou algum acontecimento que a pessoa não estava preparada psicologicamente, acaba afetando radicalmente a vida da pessoa e ela não consegue superar. Eu acho que é o convívio social, a dificuldade no convívio social e eu acho que é uma tristeza, que abala muito a vida da pessoa, o cotidiano e que ela começa a ficar travada e não conseguir fazer aquilo que tá lhe bloqueando, seja conversar com as pessoas, seja trabalhar, o local de trabalho.

Acho que é falta de amigos e de familiares que não incentivam aquilo que ele quer, coisas do tipo, é álcool (...) eu acho que vai desde o isolamento da pessoa não querer falar com ninguém, querer ficar sozinha o tempo todo, não querer saber de familiares, amigos por perto (...).

A subclasse *consequências da depressão* abrigou as seguintes interlocuções:

A vida acaba não fazendo mais sentido, não se tem mais prazer, não tem mais aquela alegria de bem estar e acaba assim entrando em depressão com aquela tristeza profunda, que muitas vezes pode levar à morte.

A depressão acarreta muitas doenças físicas, psicológicas, pode acabar com uma amizade, pode acabar com uma família, pode acabar com um relacionamento amoroso, pode atrapalhar nos estudos, pode atrapalhar no trabalho.

A classe lexical 2 denominada *Álcool: concepções, causas e consequências* do uso do álcool foi composta por 108 UCEs que corresponderam ao total de 25% do *corpus*. A esta classe destacaram-se as seguintes variáveis associadas: Curso de Edificações, 17 anos. O vocabulário pertinente a classe 2, trouxe os seguintes elementos: *beber, cerveja, curiosidade, amigos, morrer, abusar, influência, festa, acidente, vício*, entre outras. Este conjunto de palavras agrupou-se em três subclasses

que trataram de como os participantes compreendem o uso do álcool, bem como suas causas de uso e abuso desta substância.

A subclasse referente às *concepções do uso do álcool* abarcou os recortes textuais que seguem:

Você experimenta muitas vezes, os amigos estão numa festinha e falam experimenta, bebe um pouco é gostoso, daí vira um vício... a pessoa começa a beber socialmente e depois ela vai virando um alcoólatra.

Prá você se incluir num grupinho, você tem que beber, você tem que ficar bêbado pelo menos uma vez, você tem que ir a festas e festas inclui o álcool.

A subclasse *causas do uso do álcool* alojou as seguintes verbalizações:

Eu geralmente sinto o ombro pesado e aí eu falo que não quero mais. Sempre tomo pequenas doses quando estou em casa, aprendi que não se deve tomar bebida alcoólica na rua, o pessoal lá em casa sempre falam isso.

Meu ex-namorado bebia, ele ficava muito agressivo, ele pegava o carro e dirigia, eu ficava com medo terrível dele sair comigo de noite assim porque ele tomava e ficava bêbado com três cervejas, eu achava incrível uma pessoa que ficava bêbada com três latinhas, ele ficava transtornado.

A subclasse *consequências do uso do álcool* abrangeu os seguintes fragmentos textuais:

Pra você se incluir num grupinho, você tem que beber, você tem que ficar bêbado pelo menos uma vez, você tem que ir a festas e festa está incluído.

Existem muitas pessoas que bebem álcool porque gostam e acabam no vício, porque querendo ou não, tudo que tem álcool vicia.

A classe lexical 3 nomeada *Adolescência: concepções e vivências* foi composta por 182 UCEs correspondentes à 44% da totalidade do *corpus*. Esta classe relaciona-se às variáveis: 15 anos, sexo feminino. O vocabulário desta classe diz respeito às palavras: *fase, vida, caminho, período, mudança, escolha, responsabilidade, rebeldia, brincar, sexo, estudar, adulto, descobertas*, entre outras. Este léxico exibiu duas subclases que trataram da *compreensão e experiências da adolescência*.

A subclasse *concepções da adolescência* envolveu os seguintes recortes:

A adolescência creio que seja uma passagem da criança para o adulto, um período que você está deixando de ser criança par aprender a ser um adulto.

Eu acho que a adolescência, na verdade, é uma fase de passar de criança para adulto e na adolescência você tem que tomar várias decisões que vai levar para o resto de suas vidas, as consequências.

Na subclasse *vivências da adolescência* emergiram os excertos:

Acho que tem que aproveitar essa parte, mas tem seus problemas, o adolescente quer descobrir tudo, quer fazer isso, quer namorar, quer usar droga, quer fazer sexo, quer beber, é uma parte de descobertas mesmo.

O que a gente faz na adolescência é comer, os namorinhos, as vezes os adolescentes conhecem e falam sobre sexo e sobre drogas, uns já usam álcool, e acho que isso que as pessoas fazem.

7.5.1 Análise factorial de correspondência - AFC

Além dos resultados obtidos por meio da CHD e CHA, o ALCESTE realizou a AFC, resultando no plano factorial demonstrado na Figura 3. Tal figura demonstra o traçado de dois eixos, que juntos explicaram 100% da variância total das UCEs, contendo as oposições entre as três Classes. O conteúdo das falas dos adolescentes distribui-se em três zonas ou conglomerados, de modo não aleatório e correspondente às formas específicas das classes.

No Eixo 1, na linha horizontal, concentram-se as Classes 1 (Depressão) e 3 (Adolescência), que explicam 56% da variância total das UCEs. No lado negativo ou à esquerda do Eixo 1, conforme a Figura 3, destacam-se as palavras aglutinadas na Classe 3. Por oposição, no mesmo eixo, no lado positivo, à direita, posicionam-se as palavras com maiores cargas fatoriais, agrupadas na Classe 1.

Com relação ao Eixo 2, na linha vertical destaca-se a Classe 2 (Uso do álcool), que explica 44% da variância total das UCEs. No plano superior do Eixo 2, no aglomerado da Classe 2, “uso do álcool”, emergiram as contribuições do curso edificações e a idade de 17 anos. Por contraste, no plano inferior, posicionam-se as Classes 1 e 3 (integração) (*lócus* da depressão e adolescência).

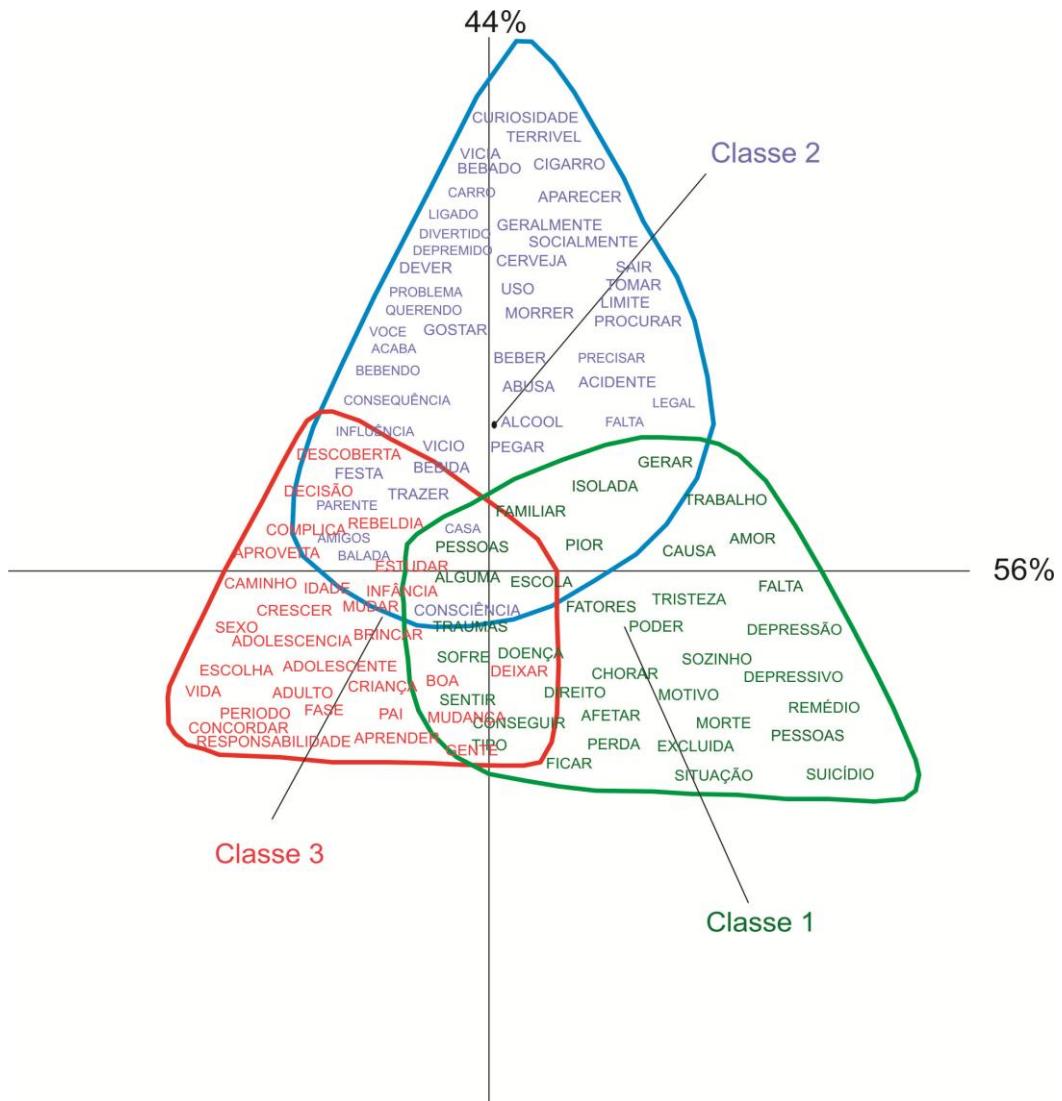


Figura 4 – Análise Fatorial de Correspondência do corpus das entrevistas.

A identificação das características sociodemográficas dos participantes do referido estudo que estão associados aos contextos discursivos, encontram-se nas classes lexicais do dendrograma antes apresentado. Assim, as Classes 2 e 3 dizem respeito ao uso do álcool e depressão vivenciados por adolescentes em contexto escolar, mais especificamente entre jovens da educação tecnológica. No léxico resultante das Classes 1 e 3 encontram-se os participantes do 2º ano, do sexo feminino, com idades de 14 e 15 anos.

Por sua vez, a Classe 2 encontra-se espacialmente distanciada das demais classes, distinguindo a temática “consumo do álcool” das demais classes e trazendo

vocabulário procedentes de adolescentes do curso de Edificações, com idade de 17 anos, que revelam temáticas relacionadas ao cenários, causas e consequências do consumo do álcool.

7.5.2 Tratamento de análise cruzada do ALCESTE

O processamento do programa computacional ALCESTE realizou a análise cruzada, que por sua vez gerou um relatório contendo a CHD e CHA de cada uma das variáveis citadas das entrevistas, resultando em quatro dendrogramas, correspondentes às variáveis cruzadas. A opção pela realização da análise cruzada deu-se em função de uma provável aproximação entre as variáveis sexo, idade e escolaridade no que diz respeito ao uso do álcool e a depressão na amostra estudada.

- **Variável Escolaridade**

Nesta análise, o programa ALCESTE identificou 449 palavras com formas reduzidas aos seus respectivos radicais, sendo 179 analisadas, tendo como critério de inclusão apresentar χ^2 mínimo de 2. Desta forma, o corpus subdividiu-se em 534 UCEs, dividido em três classes. Destas, 18 UCEs, o que corresponde à 51% das UCEs; 15 UCEs na classe específica do segundo ano que diz respeito à 42%; e 2 UCEs ou 5% na faixa etária do terceiro ano.

A Figura 04 trata do dendrograma do tratamento da análise cruzada, com a CHD e CHA - Entrevistas (N=35), para a variável escolaridade, considerando o χ^2 mínimo de 2, para a análise.

classe 1		
Variável: escolaridade		
UCEs - 51%		
Variáveis Associadas: 1º ano, Curso eventos, idade 15 anos		
Palavra	χ^2	f
Vez	12	73
Pensar	8	81
Nova	6	100
Frente	5	91
Atenção	5	91
Final	4	100
Estudar	4	80
Chamar	4	100
Único	4	100
Sabe	9	76
Procurar	8	93
Parece	5	91
Hora	5	82
Ajudar	5	84
Forte	4	100
Gerar	4	90
Curiosidade	4	100
Geralmente	4	86

classe 2		
Variável: escolaridade		
UCEs - 42%		
Variáveis Associadas: 2º ano, Curso Telecomunicações, idade 16 anos		
Palavra	χ^2	F
Entender	29	65
Ligado	12	100
Mudança	10	100
Tecnicamente	10	100
Fator	9	86
Forma	8	65
Isolada	8	73
Afastar	7	83
Gente	7	47
Período	6	70
Beber	6	43
Cerveja	6	64
Influência	4	56
Familiar	15	71
Problema	10	52
Família	9	51
Chegar	8	57
Medo	8	73
Acarreta	7	83
Atrapalha	7	83
Corpo	7	83
Própria	6	70
Amor	5	71
Alcoólatra	5	71
Matar	5	60
Bater	5	67

classe 3		
Variável: escolaridade		
UCEs - 5%		
Variáveis Associadas: 3º ano, Curso Secretariado, Sexo Feminino, 17 anos		
palavra	χ^2	f
responsabilidade	27	56
vem	21	45
parte	6	23
doença	8	21
pessoas	5	11

Figura 5 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente da análise cruzada da variável escolaridade do corpus das entrevistas.

De acordo com o dendrograma da Figura 5, a Classe 1 (primeiro ano) foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 12$ (vez) e $\chi^2 = 4$ (geralmente). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os seguintes extratos das falas:

(...) a minha mãe ela me comprehende, ela me escuta, ela me ouve, ela troca ideias comigo, apesar dela me tratar um pouco infantil as vezes, porque ela pensa que eu acho graça das piadinhas dela, mas eu acho que é assim mesmo.

Depressão é quando a pessoa muitas vezes não tem estrutura familiar e sofre (...) tem como característica a pessoa ser muito triste, e muitas vezes, a pessoa não sabe que tem depressão, mas depressão dá sono também, a pessoa tem vontade de dormir o tempo inteiro.

As subclasses referentes à *escolaridade* dos participantes (classe 1) alojou as seguintes verbalizações:

Você está lá, continua bebendo, ainda prá quem bebe só cerveja eu acho que é cômodo, mas e prá quem bebe coisa mais forte, assim, ai já acaba gerando a depressão, parece que você não tem mais com quem conversar.

Então, sei lá, por curiosidade, usa na hora que você estiver numa festa, tipo, é bem menos negócio do que quando você estiver deprimido.

Conforme o dendrograma da Figura 04, a Classe 2 (segundo ano), foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 22$ (entender) e $\chi^2 = 5$ (bater). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os extratos das falas, que tratam:

(...) familiar, trabalho, o vício é morte, briga na família ou as vezes na rua, a pessoa bebe demais, perde dinheiro, bate o carro, mata, gera muito conflito dentro de casa né, muitos dentro da família e no convívio fora de casa.

Depressão é quando a pessoa está mal, tipo tem alguma coisa que não está respirando, está mal com a escola, está mal com a família, ela acaba entrando em depressão e ficando isolada, tentando ficar longe de todo mundo.

A subclasse da classe 2, referente ao 2º ano envolveu os seguintes recortes:

A maioria das vezes o adolescente usa muito em festa prá poder se soltar, alguns que tem medo de chegar nas meninas usam isso prá tirar esse medo. Tem alguns que acham bonito beber, alguns por influência da família: pais alcoólicos, filhos alcoólicos (...).

Pode levar ao suicídio, tem aquelas pessoas que entram em depressão por questões de amor que leva até a matar a outra pessoa (...).

De acordo com o dendrograma da Figura 04, a Classe 3 (terceiro ano), foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 27$ (responsabilidade) e $\chi^2 = 5$ (pessoas). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os extratos das falas, que tratam:

(...) alguma coisa prá se entreter e prá colocar as suas energias e seus esforços naquilo, a pessoa não tem motivo prá ter depressão. Mas quando está desocupada, não tem um sentido na vida, tudo pode ser causa para a depressão.

A questão da família, dos relacionamentos afetivos, se vai casar, se não vai, se vai namorar (...) quando me falam, a palavra adolescente já me vem aquela coisa de rebeldia, porque não concorda com nada, nada está bom, nada está legal.

A subclasse da Classe 3, que se refere ao 3º ano, emergiram os excertos:

Causa doenças no corpo, vários tipos de doenças, a pessoa não quer mais contato com as outras pessoas, ela se exclui da sociedade, se isola, e as vezes pode levar ao suicídio, muitas vezes, pode causar diversos tipos de doenças.

É a saúde mesmo que fica prejudicada, tem várias doenças por isso, é, cirrose hepática e as vezes leva até a morte.

Variável Sexo

Para a variável Sexo, o programa ALCESTE identificou 449 palavras com formas reduzidas aos seus respectivos radicais, sendo 179 analisadas, tendo como critério de inclusão apresentar χ^2 mínimo de 2. Desta forma, o corpus foi subdividido em 534 UCEs, dividido em duas classes. Destas, 22 UCEs encontram-se na classe 1 definida como pertencente ao sexo feminino, o que corresponde a 62% do *corpus* e na classe 2 encontram-se 13 UCEs, pertencentes ao sexo masculino, representando 37% do *corpus*.

A Figura 6, a seguir, refere-se ao dendrograma do tratamento de análise cruzada, com a CHD – Entrevistas (N=35), para a variável sexo.

classe 1			classe 2		
Variável: sexo			Variável: sexo		
UCE 62%			UCE 37%		
Variáveis Associadas: Sexo			Variáveis Associadas: Sexo		
Feminino			Masculino		
Curso Secretariado, idade 15			Curso Edificações, idade 17		
anos			anos		
Palavra	χ^2	f	Palavra	χ^2	f
Pessoa	10	68	Vai	34	63
Idade	8	100	Tipo	20	59
Comer	6	74	Ligado	10	100
Descoberta	5	100	Tomar	8	61
Fase	5	74	Tecnicamente	8	100
Opinião	4	100	Separar	8	100
Descobrindo	4	100	Souber	8	100
Sofrer	7	94	Tonto	8	100
Contato	6	100	Família	8	56
Tristeza	6	81	Quis	7	86
Sensação	5	100	Acabar	7	51
Doença	5	79	Beber	6	50
Grave	5	100	Vício	5	73
Machucar	5	100	Frente	5	73
Teve	5	100	Atrapalhar	5	83
Cometer	4	100	Acarretar	5	83
Trauma	4	100	Tiver	5	83
Experiência	4	100	Rua	5	83
Profunda	4	100	Escolha	4	67
			Estudo	4	60
			Ver	4	63
			Você	18	53
			Deprimido	13	100
			Hora	11	73
			Frustração	10	100
			Saber	8	55
			Adiantar	8	100
			Quieto	8	100
			Geralmente	6	71
			Procurar	5	67
			Ficar	4	46
			Devia	4	70
			Usa	4	75
			Pegar	4	67
			Pergunta	4	75

Figura 6 - Dendrograma do tratamento da análise cruzada da variável sexo do corpus das entrevistas

De acordo com o dendrograma da Figura 6, a Classe 1, das meninas, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 4$ (cometer, trauma, experiência, profunda). Para ilustrar o contexto do discurso das adolescentes, observam-se, a seguir, os extratos de suas falas:

(...) parece que as pessoas não acreditam em mim por causa da minha aparência, mas acho que também é por causa da minha idade que pensam, “ainda é só uma adolescente, ainda está descobrindo o mundo, não tem opinião nem nada”, mas eu tenho a minha opinião (...).

Adolescência é uma fase meio difícil, porque a pessoa assim, a criança está começando a se desenvolver e está começando a se descobrir melhor como ela se sente em relação às outras coisas, como se sente em relação ao sexo oposto, as coisas que atraem.

A subclasse referente à classe 1, *sexo feminino*, diz repeito às seguintes falas:

Tem gente que tem depressão por conta da falta de emprego. Minha mãe foi por que a gente se afastou dela, a tristeza foi bem profunda.

A curiosidade é o que mais leva as pessoas a usarem álcool, só prá saber como é, a sensação que dá quando toma um porre, a sensação de estar daquele jeito.

Ainda com referência à Figura 5, a Classe 2, dos meninos, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 34$ (vai) e $\chi^2 = 4$ (ficar, devia, usar, pegar, pergunta). Os extratos a seguir são exemplos do contexto de seus discursos:

(...) o que eu estou fazendo no meio desse monte de gente, ai você começa a se perguntar, eu estou feliz? Essas perguntas acabam fazendo você ficar muito depressivo, tipo, o que eu estou fazendo aqui?

Adolescência é escolha, se você vai beber, se você não vai beber, o que você vai fazer prá não ficar depressivo, tipo, você vai procurar alguém ali prá você chorar, prá você desabar ou se você vai beber e vai cair no mundo com alguém na rua.

A subclasse referente à análise cruzada da classe 2, *sexo masculino*, desvelou os seguintes excertos:

Eu fico deprimido geralmente quando eu não tenho algo que eu queria, seja algo material ou atenção, e quando eu estou frustrado, bastante nervoso e geralmente na hora você fica nervoso, mas logo após dá um desânimo sabe, fica bem depressivo.

Eu tinha eu acho que uns 12 anos, ai minha mãe me deu um golinho e eu fiquei quieto, mas acho que tem gente que aprende a beber muito mais cedo, ainda mais quando a família é de classe baixa.

Variável Idade

Nesta análise, o programa ALCESTE identificou 449 palavras com formas reduzidas aos seus respectivos radicais, sendo 179 analisadas, tendo como critério de inclusão apresentar χ^2 mínimo de 2. Desta forma, o corpus foi subdividido em 534 UCEs, dividido em quatro classes. Destas, 02 UCEs encontram-se na classe definida como pertencente a idade de 14 anos, o que corresponde a 5% das UCEs; 12 UCEs, na classe específica da idade 15 anos, com 34% das UCEs; 15 UCEs, da classe de 16 anos, com 42% das UCEs; e 06 UCEs, com 17% das UCEs na idade de 17 anos.

A Figura 7 trata do dendrograma do tratamento de análise cruzada, com a CHD e CHA – Entrevistas (N=35), para a variável idade.

Classe 1			classe 2			classe 3			classe 4		
Variável: idade			Variável: idade			Variável: idade			Variável: idade		
UCE 5%			UCE 34%			UCE 42%			UCE 17%		
Variáveis Associadas: idade 14 anos, Curso Eventos, sexo feminino			Variáveis Associadas: Idade 15 anos, Curso Eventos, sexo feminino			Variáveis Associadas: Idade 16 anos Curso Secretariado, 2º ano			Variáveis Associadas: Idade 17 anos Curso Edificações, sexo masculino		
Palavra	χ^2	f	Palavra	χ^2	f	Palavra	χ^2	f	Palavra	χ^2	f
Entrar	13	18	opinião	13	100	Jovens	10	100	você	31	41
Pensar	6	14	terrivel	9	86	adolescente	10	59	saber	25	50
Achar	4	7	forma	9	65	Escola	10	74	tipo	25	44
Levar	8	14	entendeu	7	47	momento	9	72	hora	18	64
Poder	5	9	parece	5	64	mudança	8	100	souber	15	100
			feliz	5	67	Vir	8	77	tono	15	100
			coisa	8	39	abordar	8	100	escolhas	11	67
			machucar	7	75	importância	5	69	procurar	10	60
			ria	5	52	cuidado	4	67	morrer	9	64
			simples	5	67	Jovem	4	70	vai	8	35
			comer	5	43	alcoólatra	4	67	falar	8	37
						Filhos	4	64	bebendo	7	46
						ligado	10	100	ficar	5	31
						tecnicamente	8	100	frustração	18	100
						convívio	7	86	geralmente	17	71
						acarreta	5	83	adiantar	15	100
						Total	5	69	quieto	15	100
						Amigos	5	52	mundo	10	42
						querendo	4	70	valer	9	67
									tentar	9	56
									sozinho	5	47
									bebida	5	55
									frete	5	55
									pegar	4	50

Figura 7 - Dendrograma da análise cruzada da variável idade do corpus das entrevistas.

De acordo com o dendrograma referente à Figura 7, a Classe 1 da idade 14 anos foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 13$ (entrar) e $\chi^2 = 5$ (poder). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os seguintes extratos das falas:

As vezes, é depressão, suicídio ou as vezes outras doenças mais graves, aquelas pessoas, por exemplo, anoréxicas, elas podem se sentir excluídas e elas começam a entrar em depressão talvez ou então a depressão pode levar a anorexia.

A pessoa fica travada e não consegue se relacionar com o mundo, já que os homens foram feitos prá viverem em sociedade e ela está em depressão, não vai conseguir se comunicar com outras pessoas.

A subclasse referente classe 1, *idade* (14 anos), emergiu as frases:

Se a pessoa abusar muito do álcool, pode levar até a morte, muito álcool no sangue, e por a pessoa estar bêbada, ela não tem consciência do que está fazendo.

Quer se sentir mais, mais assim, ter um poder maior, essa coisa do jovem de querer ser adulto logo e de querer curtir.

A Classe 2 (idade 15 anos) foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 13$ (opinião) e $\chi^2 = 5$ (comer). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os seguintes extratos das falas:

Eu já sei o que acontece com as pessoas, é uma exposição terrível! Eu presenciei alguns amigos e alguns conhecidos ficando bêbados e não é nada legal, não tem nada de feliz naquilo.

Ela pensa que o mundo acabou prá ela, começa a ter ideias de se matar, porque não é certo ela estar vivendo ali daquele jeito, quando ela só está se machucando mais e mais.

A subclasse que diz respeito à classe 2, *idade* (15 anos), emergiu os seguintes exemplos de excertos:

A pessoa pode ficar com problemas nos rins, assim fisicamente e a pessoa pode estar estragando seu organismo completamente por dentro. Ela vai estar sujando sua imagem pessoal.

Ela começa a se achar muito inútil, ela começa a pegar essa dor do emocional e jogar no físico, ela começa a se cortar, começa a se machucar, começa a se bater, achando que tudo vai ter um fim se ela começar a se punir.

A Classe 3 (idade 16 anos) foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 10$ (jovens) e $\chi^2 = 4$ (querendo). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os seguintes extratos das falas:

Eu acho que no caso do jovem é a influência dos amigos, porque é divertido, porque quer se sentir mais assim, mais adulto. Quer se sentir mais, ter um poder maior, essa coisa do jovem de querer ser adulto logo e de querer curtir.

(..) ele teve que sofrer muito pra ter essa consciência e muitos jovens mesmo sofrendo, não resolve, não param, continuam nessa vida de balada, é álcool, álcool, álcool e pode vir a morte mesmo, se o coma alcoólico for muito forte.

A subclasse pertencente à classe 4, *idade* (16 anos), desvela as seguintes frases:

(..) acho que o adolescente tem que sentir a vontade para conversando com seus pais ou até com professor ou um amigo, que eles sabem que podem contar, procurar alguém da escola.

Depressão é algo que não é bom, você tem que evitar, não ficar com ela porque é ruim, tecnicamente pode atrapalhar em todos os campos, social, familiar, amoroso.

Na Classe 4, idade 17 anos, o dendrograma foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 31$ (você) e $\chi^2 = 4$ (pegar). Para ilustrar o contexto do discurso dos adolescentes desta classe, observam-se os seguintes extratos das falas:

Bom, antigamente, comigo, eu ficava deprimido quando eu não tinha algo que eu queria, seja algo material ou algo mesmo sabe, atenção, assim, ou quando eu estou frustrado, bastante nervoso.

(..) na hora que o pessoal me chama prá beber, eu converso com todo mundo, pergunto como é que foi, só prá não ficar chato mesmo, mas se eu for falar, por exemplo, não adianta, eles vão falar fica quieto, você quer pagar de chato, é isso que acontece.

A subclasse que aloja o discurso referente à classe 4, idade (17 anos) apresenta os seguintes exemplos de frases:

É a falta de alguma coisa que você deseja, ou essa frustração depois que fica nervoso, muito muito nervoso, ai você acaba pensando naquilo que você deixou de fazer, geralmente você fica de mal consigo mesmo.

Então, adolescência é escolha, se você vai beber, se você não vai beber, o que você vai fazer prá não ficar depressivo, tipo, você vai procurar alguém ali prá você chorar, prá você desabar ou se você vai beber e vai cair no mundo com alguém na rua.

As frases apresentadas são evocações de alunos do sexo feminino e masculino com idades que variam de 14 a 17 anos, dos cursos de Eventos, Secretariado e Edificações; tais descrições das análises cruzadas caracterizam a identidade do grupo estudado.

CAPÍTULO VIII - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise e discussão dos resultados advindos dos instrumentos utilizados para alcançar o objetivo geral e os específicos do presente estudo. O objetivo geral consistiu em apreender as representações sociais do uso do álcool e da depressão elaboradas por estudantes adolescentes. Especificamente: (i) Caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa; (ii) Identificar o padrão de uso do álcool nos adolescentes da amostra; (iii) Identificar o índice da sintomatologia da depressão em adolescentes de contexto escolar; (iv) Analisar os campos semânticos elaborados pelos participantes da pesquisa sobre o uso do álcool e da depressão; (v) Analisar em que medida o uso do álcool e a sintomatologia da depressão variam em função das variáveis sócio-demográficas: sexo e idade.

8.1 Perfil dos participantes

O perfil da amostra de estudantes do Ensino Médio Profissionalizante do IFMT, Campus Cuiabá, constituiu-se majoritariamente pelo sexo feminino, na faixa etária de 13 a 17 anos, a maioria com 15 anos. Os percentuais referentes à idade e ao sexo são corroborados pelo resultado do último senso brasileiro, realizado em 2010 que apontou um predomínio de pessoas do sexo feminino (IBGE, 2012) e pelo Censo Escolar 2011 (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, 2012).

Outro provável indicativo de predominância do sexo feminino na amostra é a disponibilidade dos professores, majoritariamente dos cursos de Secretariado e Eventos (maioria feminina) em cederem o espaço de suas aulas para a aplicação da pesquisa, bem como o interesse das estudantes em colaborar com a mesma.

O índice de reprovação declarado pelos estudantes tem indicativo de alerta, uma vez que confirma o alto índice (13,1%) nacional, apontado pelo INEP (2011). Ainda assim, sugere um índice ínfimo diante dos 18,2% referentes ao estado de Mato Grosso, nomeadamente um dos maiores índices de reprovação, segundo o INEP.

Os itens mais citados como opção de lazer resumem-se em *ler*, praticar *esporte*, usar o *computador/internet*, *passear/sair*, *cantar/tocar* e *dormir*, sendo a *leitura* uma opção que contraria os índices da terceira edição da pesquisa *Retratos da Leitura no Brasil* (2012) a qual apontou uma diminuição do hábito de ler. Entretanto, a prática de *esporte*, o *uso do computador*, *sair* e envolver-se em *atividades artísticas* podem indicar a necessidade do adolescente em estar em grupo, pertencer à redes sociais, sejam elas virtuais ou presencias, contanto que estejam com os pares, a fim de trocar experiências, sonhos, angústias e frustrações, entre outras, como sugerem as pesquisas (Almeida & Garcia, 2006; Madeira, 2006). Já a opção por *dormir* nas horas de lazer provavelmente denota a necessidade de descanso em detrimento das atividades acadêmicas transcorrerem em período integral.

Quanto ao relacionamento, quase a metade dos participantes afirmaram ter um bom convívio com a família. Tal achado não se confirma perante a literatura que, em sua maioria, identifica a adolescência como período de crises e conflitos, sobretudo no que tange às relações parentais (Aberastury & Kanobel, 2008; Nolen-Hoeksema et al., 2012; Santos, Xavier, & Nunes 2009). Certamente este dado positivo pode ser relativizado, afinal, o convívio familiar diário destes escolares pesquisados resume-se a uma pequena fração do seu tempo, considerando que passam o dia fora de casa, uma vez que a maioria dos cursos funciona em período integral, além de oferecerem atividades desportivas, artísticas e laborais.

No que se refere à família, o destaque foi para o modelo convencional formado por pai, mãe e irmão; quanto a este fato, pode-se inferir que, independente do seu arranjo, a família desempenha funções basilares no processo do desenvolvimento psicológico de seus membros, nomeadamente no período da adolescência (Pratta & Santos, 2007). Provavelmente esta inferência justifique o bom relacionamento familiar

declarado pela maioria dos participantes, bem como o fato de a maioria receber apoio financeiro nos estudos. Este dado também pode ser sustentado pela renda familiar enquadrar-se na classe média a alta, segundo o último censo (IBGE, 2012). Outro dado significativo no tocante à condição socioeconômica da família dos participantes é o fato de a maioria possuir casa própria.

Outro aspecto que desenha o perfil dos estudantes pesquisados, além do apoio familiar, é a renda financeira adquirida através do estágio, que por sua vez pode conferir certa independência e segurança, no momento em que a instabilidade emocional, na maioria das culturas, transcorre a vida, ainda que a adolescência não seja concebida como um período natural do desenvolvimento (Ozella & Aguiar, 2008).

8.2 Identificação do padrão de uso do álcool

Observou-se, a partir do questionário bissociodemográfico que mais da metade dos adolescentes consumiram ou consomem álcool, e estes experimentaram tal substância por volta dos 15 anos, em companhia de amigos. Tais informações correspondem aos achados de diversos estudos, sejam eles nacionais ou não (Anthony, 2009; Caetano, 2004; Laranjeira et al., 2007;), apesar de outros estudos apontarem o início da experimentação do álcool ainda nos primeiros anos da adolescência (Galduróz, et al., 2004; Neiva-Silva, 2008; Neiva-Sila & Koller, 2011; Souza et al., 2005; Strauch et al, 2009). O alto índice de experimentação do álcool na adolescência é preocupante, haja vista a existência da Lei (8.069) que proíbe a compra e consumo de bebida alcoólica antes dos 18 anos. Este fato denota uma comercialização desprovida do respeito às leis e mais que isso, que negligencia a responsabilidade social frente aos cuidados com a saúde do adolescente, uma vez que o uso de álcool na adolescência, ainda que baixo, pode desencadear em uma série de prejuízos, não somente ligados à saúde física e psicológica, mas também neurológica (Laranjeira et al., 2007).

Ainda sobre o uso do álcool, a maioria dos adolescentes admitiu conhecer alguém com problema de alcoolismo (amigos e pais), como se verifica nos últimos dados da OMS (2011) que aponta o Brasil como um dos países onde mais aumentou o consumo do álcool. Outro dado considerado significativo advindo das respostas do questionário biossociodemográfico foi a revelação, por um pequeno percentual de participantes, acerca da existência de problemas com álcool na família. A relevância destas informações remonta uma preocupação milenar e que ainda nos dias atuais tem motivado uma gama de estudos em distintas áreas da saúde: o alarmante crescimento do abuso de bebidas alcoólicas, em nome de uma naturalização social de seu consumo. Há uma convenção social que estabelece e dita as regras dos “brindes” e “celebrações” regados a álcool, composta por famílias de diferentes culturas e etnias e, sobretudo, as comunicações midiáticas.

Estas inferências podem ser corroboradas no Glossário de Álcool e Drogas (2006); Anthony (2009); Gigliotti e Bessa (2004) e Heckman e Silveira (2009). Esses últimos, por sua vez, advertem em seus trabalhos sobre a contradição moral da sociedade que, ao mesmo tempo em que promove, coíbe o consumo excessivo.

Igualmente ao questionário biossociodemográfico, a escala do AUDIT – Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – apontou que entre os participantes da amostra estudada, quase a metade pontuou nas quatro áreas da referida escala, o que também significa dizer que experimentaram ou fizeram ingestão de álcool. Segundo os indicadores de risco, a maioria respondeu nunca ter consumido álcool, correspondendo aos achados de Santana e Negreiros (2008) que encontrou maior índice na zona de Baixo risco, identificando um consumo normal ou abstinente na maioria dos jovens ao investigarem o perfil de consumo de álcool dos jovens e sua relação com a depressão.

Estudos revelam que o uso e abuso de álcool como uma das principais causas de situações de vulnerabilidade na adolescência, levando ao surgimento de sintomatologias depressivas, acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada, problemas de saúde na vida adulta, risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida e, ainda, risco para o uso de outras drogas (Bastos, Bertoni, & Hacker, 2008; Dezontinel et al., 2007; Figlie et al., 2004; Strauch et al., 2009).

Quanto à variável sexo, os achados dessa pesquisa revelaram uma diferença significativa, sendo os meninos com maior pontuação. Já a variável idade indicou 15 e 16 anos como a fase da prevalência de risco, alto risco e provável dependência, sem diferença significativa. A idade média de experimentação do álcool foi a partir dos 16 anos, em companhia de amigos.

Ao traçarem um panorama nacional acerca do consumo da bebida entre adolescentes, Pinsky et al. (2010) identificaram que 34% da amostra começaram a beber por volta de 14 anos, com prevalência de uso entre os meninos. Tais resultados corroboram os achados da presente tese apontados pelo AUDIT. Na variável sexo Abramovay (2005) também confirmou a predominância dos meninos no uso do álcool. Entretanto, Santos et al. (2008) ao medir o consumo de álcool de adolescentes escolares verificaram que os mesmos pontuaram na zona de baixo risco, e que a variável sexo não correlacionou significativamente.

Ao constatar um número significativo de estudantes que fizeram ou fazem uso de bebida alcoólica, considerando que a amostra foi composta por menores de 18 anos, é pertinente retomar uma discussão elementar: o número elevado para a faixa etária significa dizer que o descumprimento da Lei 8.069 pode ocorrer em virtude da precariedade na fiscalização das vendas ou da negligência dos adultos responsáveis por estes adolescentes, sejam eles pais ou educadores. Apesar da etiologia do abuso de

substâncias psicoativas ainda ser desconhecido, pesquisas sugerem algumas possíveis causas do uso do álcool na adolescência, entre elas, considera-se como um dos fatores de risco a inserção da bebida alcoólica nas esferas sociais como substância socializadora, excepcionalmente pelos pais e amigos, por diversos veículos midiáticos, sem desconsiderar a influência dos fatores genéticos ou familiares, fatores metabólicos, fatores culturais, comportamentais, contextos acadêmicos ou militares e, ainda, influências psicológicas, como sugerem os estudos (Eijnden, Mheen & Vermulst, 2011; Gue Martini & Furegato, 2008; Guimarães et al., 2008; Nardi, 2006; Noto, Sanchez & Moura, 2011; Passos, 2008; Sadock & Sadock, 2007; Schenker & Minayo, 2003; Strauch et al., 2009; Svioletto, 2011).

Todos estes indicativos de causalidade a respeito do uso do álcool estão impregnados de significados que compõem os cenários de celebrações sociais, bem como os da medicina popular, os dos rituais religiosos, entre outros adventos socioculturais que por séculos permeiam a vida da humanidade desde a tenra idade e que naturalizam o ato de beber (Glossário de Álcool e Drogas, 2006; Anthony, 2009; CISA, 2008).

Laranjeira et al. (2007) asseguram que os adolescentes formam o grupo populacional com maior risco ao beber, uma vez que as evidências mostram que, neste período, até mesmo o baixo consumo desencadeia uma série de prejuízos. Certamente, quanto mais cedo se inicia o consumo de álcool, maior a chance de saldos negativos na vida futura, considerando abuso e dependência (Andersen, Due, Holstein & Iversen, 2003; Caria, Faggiano, Bellocchio, & Galanti, 2011; Vieira, Ribeiro & Laranjeira, 2010).

Evidências epidemiológicas acerca do abuso do álcool na adolescência assinalam complicações a médio e longo prazo aos usuários, contingenciando agravos a

toda uma sociedade. Por conseguinte, os estudos têm apontado que entre os jovens de 12 a 17 anos a taxa de dependentes de álcool é de 7% (IBGE, 2009).

Mediante o perfil biossociodemográfico e demais achados de estudos citados, é possível inferir que as variáveis sexo e idade influenciam no comportamento de beber, provavelmente devido aos aspectos biossocioculturais dos quais os adolescentes estejam inseridos; o que responde ao último objetivo específico perseguido no decorrer deste estudo.

8.3 Índice da sintomatologia depressiva e a relação com as variáveis: sexo e idade

Ao buscar identificar a sintomatologia da depressão nos escolares, verificou-se através do CDI que o índice atingido (maioria feminina, com idade de 15 anos) confirma outras pesquisas com amostras similares: 12% nos achados de Coutinho (2005); 0,4 a 10% nos estudos de Nardi (2006) e prevalência superior a 10% em um estudo com base populacional de 18 países (OMS, 2011).

Desta forma, atenta-se para os prováveis comprometimentos no âmbito familiar, social, sobretudo no escolar, evidenciado nos estudos de Coutinho e Ramos (2008). Notadamente na esfera acadêmica, *locus* desta pesquisa, as revelações dos escolares podem ser permeadas por manifestações somáticas, alterações do apetite e do sono (Crivelatti et al., 2007); prejuízos no desempenho escolar, isolamento social, baixa auto-estima e aumento de pensamentos e tentativas de suicídio (Ribeiro et al., 2010); anedonia, cansaço, sintomas físicos e psicológicos e ainda uso e abuso de outras drogas, como assinala Nardi (2006).

Quanto à informação advinda do questionário biossociodemográfico sobre os participantes conhecerem alguém com depressão, é possível inferir que este resultado assevera o aumento da doença na atualidade, assinalado pela OMS (2011) e confirmado nos trabalhos de Coutinho et al. (2003/2005/2008). Provavelmente, a familiarização

com a doença se dá em virtude da popularização e divulgação da depressão, outra provável razão pela qual estes adolescentes “identificam” pessoas acometidas por esta doença. A propagação de informações científicas ou não, por diversas mídias, bem como os diálogos cotidianos, fruto do conhecimento popular acerca desta doença, salientam a preocupação ao mesmo tempo em que banalizam seus reais sintomas.

Contudo, é possível inferir que as variáveis sexo e idade não interferem na depressão, uma vez que tal patologia pode ser deflagrada em qualquer fase da vida, ainda que os sintomas sejam distintos e haja maior incidência sobre o sexo feminino.

8.4 Correlação entre o uso do álcool e a depressão

Entre os construtos uso do álcool e depressão os resultados apresentaram uma correlação positiva e significativa entre as escalas, e a este respeito, a literatura sugere que apesar de não haver relação de causa e efeito entre o consumo do álcool e a depressão na adolescência, ambos podem coexistir nesse período; no caso do consumo abusivo de álcool, pode-se, muitas vezes, denotar um sintoma da depressão, como afirma Souza (2010). Nardi (2006) salienta o fato de que a depressão muitas vezes pode ser mascarada pelo uso de substância psicotrópica, sem desconsiderar a multifatorialidade da etiologia desta doença (Avanci et al., 2008; Baloch & Soares, 2012).

Não obstante, o uso do álcool e a depressão são relacionados ao desenvolvimento da adolescência, provavelmente em detrimento de eventos ligados a tais fenômenos nesta fase, igualmente à prevalência de fatores comportamentais de risco, nomeados em relatórios do IBGE/ Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE (2007/2009).

8.5 Representações sociais acerca do uso do álcool e da depressão

A AFC, gerada pelo processamento do programa informático Tri-deux-mots possibilitou a obtenção da análise dos campos semânticos elaborados pelos participantes da pesquisa sobre o *uso do álcool* e da *depressão*.

Os resultados gerados por este software mostraram que os construtos *uso do álcool* e da *depressão* foram representados pelos estudantes pela ocorrência de consensos e dissensos.

A título de organização textual apresentam-se primeiramente os consensos concernentes a ambos os construtos antes mencionados para o grupo de participantes com ingestão de álcool com ou sem depressão e para o grupo de participantes que não ingere álcool com ou sem depressão.

Para o grupo de participantes com ingestão de álcool, os consensos acerca do *uso do álcool* se fizeram presentes pela associação desta substância ao elemento *sexo* na adolescência; esta por sua vez, identificada por eles como uma fase ligada ao despertar da sexualidade. Neste raciocínio, provavelmente as ancoragens desses consensos delinearam-se pelas comunicações midiáticas veiculadas nos grupos sociais e nos grupos de pertença, os quais possivelmente consideram a adolescência como um fenômeno inato, como defende Aberastury e Nobel (2008).

A presença do consenso acerca do *uso do álcool* também pode ser observada nos grupos: o que não ingere álcool e o que apresenta depressão. Para o grupo que não ingere álcool o uso dessa substância emergiu como um *problema*, enquanto que para o grupo com depressão o mesmo estímulo apareceu através do elemento *vício*. Embora as duas palavras apresentem diferenças em relação a sua significação, ambos os vocábulos suscitam a noção de obstáculos a serem resolvidos.

É provável que estes consensos estejam ancorados nas comunicações midiáticas, mais especificamente na profusão de informações estatísticas reportadas pela mídia, acerca dos danos causados pelo abuso desta substância psicoativa.

Uma particularidade também de ordem consensual sobre o estímulo *adolescência* evidenciou-se não apenas no grupo que não ingere álcool, mas em todos os respondentes deste estudo. Para estes autores sociais, a adolescência foi objetivada como um período de *sexo, rebeldia, festa e descoberta*. O elemento *descoberta* igualmente associou-se ao estímulo *uso do álcool*.

As objetivações descritas acerca da adolescência encontram-se circunscritas e defendidas em manuais de Psicologia, os quais preconizam a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento, com características naturais, incluindo a rebeldia, a moratória, a instabilidade e demais conflitos vistos como ‘inatos’ que, por sua vez, ainda são aceitos, de acordo com Aberastury e Knobel (1981/2008), como uma *síndrome normal da adolescência*.

No entanto, para a Psicologia sócio-histórica a adolescência não é negada, mas criada historicamente pelo homem, a partir de fatos sociais emergentes nas representações constituídas a partir de atributos impressos pela cultura e na linguagem; atributos esses que permeiam as relações sociais (Ozella, 2011).

Não obstante, as representações forjadas pelos participantes deste estudo podem ser compreendidas a partir do que preconiza Aguiar et al. (2001) “...ao definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos atribuindo significações (interpretando a realidade), com base em realidades sociais e em “marcas”, significações essas que serão referências para a constituição dos sujeitos (p.79)”.

Neste sentido, as características atribuídas à adolescência, neste estudo, certamente consistem em algo construído social e historicamente que, mesmo

reforçando uma construção pregressa de inatismo, passa a fazer parte das significações que compõem a adolescência para um determinado grupo.

Outras representações consensuais ocorreram nos quatro grupos (com e sem ingestão de álcool; com e sem depressão) que se auto-representaram positivamente objetivando suas representações através de adjetivos *legais*, *lindos* e *amigos*. As ancoragens destes grupos possivelmente se deram em princípios de sobrevivência no próprio grupo de pertença. Esses atributos positivos podem sugerir, em se tratando da adolescência, uma necessidade de auto-afirmação e aceitação do ser adolescente que vez ou outra tem sido alvos de estereótipos negativos que desfavorecem sua imagem social.

Em relação às representações dissensuais, estas, em menor nuance, aparecem no grupo que ingere álcool, objetivadas em algo positivo, a exemplo da palavra *festa*. Tal evidência se reflete nos estudos de Souza et al., 2010, ao verificarem nas representações sociais dos participantes a bebida como objeto socializador.

Ao abrangerem o tecido social, as representações sociais acerca do uso do álcool elaboradas pelos estudantes possivelmente tenham suas ancoragens lançadas nos aspectos sócio-históricos, culturais e cognitivos, uma vez que desde a tenra infância a maioria das pessoas participa de celebrações em que a presença do álcool é uma constante.

Outra provável inferência para estas representações é a amplitude do convívio social desses adolescentes que passam a participar de festas promovidas pelos próprios pares em que, eventualmente, ocorrem as experimentações de bebidas alcoólicas como fator socializador e que representam, ainda, um tipo de ritual de passagem, fenômenos identificado nos estudos de Souza et al. (2010).

Quanto ao construto depressão, pode-se observar que consensualmente os participantes a representaram negativamente como algo que causa sentimentos que

remetem à tristeza. A objetivação dos participantes acerca do elemento **angústia** diante do estímulo “Depressão” remete a ancoragens nos aspectos psicoafetivos.

Os participantes ao se referirem a “Pessoa depressiva” consensualmente o fizeram de forma estereotipada, ou seja, a pessoa com depressão, apesar de ser uma pessoa **doente**, foi representada como **chata** e **sozinha**. Provavelmente, os adolescentes estejam, na palavra **chata**, reproduzindo as “vozes” dos adultos que cotidianamente os intitulam com adjetivos pejorativos. Estas representações se fazem presentes apoiadas em aspectos socioculturais.

Contudo, percebe-se nos elementos evocados uma indissociabilidade entre doença “depressão” e doente “pessoa deprimida”, coadunando com os achados do estudo de Coutinho (2005) ao concluir que os conhecimentos advindos do senso comum da depressão objetivaram este construto, sobretudo no elemento tristeza, ancorando-se em aspectos psicoafetivos (e.g. angústia), socioculturais (e.g. chata) e físico-orgânicos (e.g. doença, dor).

Os estudantes com *ingestão de álcool*, ao representarem a depressão no ato de **chorar**, sinalizam que este sentimento poderá evoluir para **doença**, com possibilidades de levar à **morte**. Desta forma, é provável que os participantes estejam ancorando suas representações em conhecimentos da psicopatologia e demais saberes advindos do meio científico e social. Uma especificidade diz respeito ao termo **sozinha** – que remete à solidão do recluso devido à doença – pois esta evidência suscita ancoragens em princípios psicopatológicos e do senso comum. Coutinho (2005) pontua que a pluralidade de concepções descritivas da depressão indissociada à doença da pessoa depressiva, processa o conhecimento em nível concreto e objetivo.

Nesta tela, a depressão, ao ser representada como sinônimo de tristeza, desvela resultados que corroboram outros estudos de representações sociais, pautados pela

abordagem multimétodo, desenvolvidos por Aragão et al. (2009); Araújo et al. (2009); Araújo et al. (2010); Coutinho (2001/20005); Coutinho e Ramos (2008); Monteiro et al. (2007); Ribeiro et al. (2010).

Em suma, as representações sociais emersas por este grupo, em sua totalidade, denotam a associação do uso do álcool a aspectos socioculturais e demais aspectos ligados à saúde. Quanto às representações ligadas à depressão, estas ancoram-se em aspectos *psicoafetivos, psicossociais*, com subcategorias vinculadas à *dificuldade de relacionamento social, e ideia de morte e/ou ideação suicida* e à influência do saberes científicos, como reportado nos estudos de Coutinho e Saldanha (2005). E pode-se inferir que tais associações estejam ligadas tanto às vivências dos adolescentes como às informações e representações pertencentes ao seu grupo, sugerindo a necessidade de práticas preventivas e educacionais nas instituições de ensino.

Quanto aos resultados sucedidos do processamento do ALCESTE e por sua vez, com a certificação das três classes temáticas (1. Depressão: concepções, causas e consequências; 2. Álcool: concepções causas e consequências e 3. Adolescência: concepções e vivências), pode-se inferir que as representações sociais acerca do uso de álcool e da depressão na adolescência possivelmente serviram-se de várias imagens ou categorizações, as quais possibilitaram a criação de uma realidade ligada à esses fenômenos, denominada por Moscovici (2012) como apropriação do senso comum.

Na primeira classe, subdividida em outras três subclasses, é possível compreender que os adolescentes ancoraram suas representações acerca da depressão em dimensões psicoafetivas, psicossociais e cognitivas, objetivando a concepção da depressão no sentimento da *tristeza*, possivelmente por *falta de poder* nos ambientes que fazem parte de seu cotidiano (*escola, família, trabalho*) ao *isolamento, ao campo amoroso e/ou traumas, família* e consequentemente, acredita que tal patologia possa

causar muito *sofrimento, perda, doença*, necessitando de *remédio*, mas que ainda assim pode levar ao *suicídio*, sem dúvidas pela situação de *exclusão e solidão* que a pessoa com depressão vive.

Tais achados corroboram os estudos de Araújo, Pereira e Coutinho (2008) que apreenderam as representações sociais de escolares de três cidades nordestinas, nas quais as representações tiveram ancoragens em elementos psicossociais e objetivaram-se no *mau humor*, causado pelo *estresse*, que deixa a pessoa *deprimida, magoada, desanimada e nervosa*; ancoragem em fatores de socialização e em transtornos humorais, objetivando a depressão como elemento causador de *solidão*, que deixa *infeliz* o ser depressivo; e, ainda, a ancoragem na esfera biopsicossocial, com objetivações da depressão como alusão ao ser deprimido, pessoa *triste e nervosa*.

Na segunda classe pode-se observar que o uso do álcool ancorou-se em dimensões psicossociais, cognitivas e socioculturais. Os adolescentes concebem o ato de beber cerveja como uma *curiosidade*. No entanto, embora o fato de as pessoas ficarem bêbadas pareça ser *terrível*, elas o fazem na companhia de seus *amigos*. Para estes escolares, as pessoas que fazem uso do *álcool* podem *morrer* ao abusarem desta substância psicoativa e este abuso normalmente tem acontecido em *festas*. As representações que emergiram denotam muita propriedade de conhecimento, apesar de nem sempre se prevenirem com relação às consequências do uso do álcool por eles elencadas.

Finalmente, os adolescentes associaram o uso do álcool ao *alcoolismo/vício*, dado corroborado no estudo de Santos e Velôso (2008) que conferiram a representação do alcoolismo como doença pela maioria dos entrevistados, ora associada à *tristeza/solidão*, ora a um *mal incurável*, ora a uma *doença grave*. Tal representação também se fez presente para o construto depressão, fato este que aproxima a relação do

álcool com a depressão, assim como destaca a literatura, uma vez que comumente há risco de comorbidade entre essas patologias, como preconiza Nardi (2006). Em se tratando de adolescentes, considera-se o risco de surgimento de sintomas depressivos na fase adulta, quando o álcool é usado de forma abusiva na adolescência (Cruz, 2006; Martins, 2006; Teixeira 2007/2011).

Já no contexto temático contido na Classe 3, os adolescentes ancoraram suas representações na esfera biopsicossocial, objetivando-as em uma *fase da vida* na qual ocorrem *mudanças* na *cabeça* por ter que fazer *escolhas*, assumir mais *responsabilidades*, deixando a *rebeldia* de lado ao mesmo tempo em que gostariam de *aproveitar* mais a vida, *brincar*, fazer *sexo* e *estudar*, ora tendo que comportar-se como *adulto*, ora como *criança, crescendo, mudando* e tomando *decisões*.

Algumas destas representações aproximam-se das demais emergidas para os objetos desse estudo, especificamente para o construto do uso do álcool. Na adolescência as escolhas profissionais, as decisões de beber ou não, e se beber, ao considerar o grau de responsividade, como prevenir riscos ligados ao início da vida sexual? Como não prejudicar os estudos? Aproveitar a vida sem descuidar de nenhuma dessas responsabilidades, especificamente no que tange ao abuso do álcool, apesar de fazerem parte do conhecimento dos adolescentes parece uma tarefa difícil nesta etapa da vida, considerando ser um grupo propício às experimentações, sobretudo com maior risco ao beber (Laranjeira et al., 2007). Nos achados do estudo de Santos et al. (2011) é possível constatar que os adolescentes têm informações sobre prevenção do uso de drogas, mas continuam tendo contato com elas. Sendo necessário para além das informações, um programa efetivo de prevenção nos ambientes escolares que ampliem a discussão no sentido de abordar temáticas pessoais e sociais da vida destes adolescentes.

Assim, através dos resultados gerados pela AFC pode-se perceber não somente o entrelaçamento das três temáticas; *depressão, uso do álcool e adolescência*, mas as singularidades resultantes da classificação hierárquica descendente, em outras palavras, as temáticas dos discursos dos participantes em relação às representações sociais do uso álcool e da depressão na adolescência. Estas temáticas emergiram no plano fatorial delineadas pelos agrupamentos lexicais.

A emersão das palavras sugeriu a análise e a composição de um vocabulário organizado de modo não casual, em conformidade com as interligações das classes lexicais geradas pelo software ALCESTE. Neste raciocínio, projetaram-se três dimensões ou pólos representacionais no plano fatorial correspondendo às representações sociais do uso álcool e da depressão na adolescência elaboradas pelos participantes.

A primeira dimensão “Depressão: concepções, causas e consequências” abarcou temáticas circunscritas e enfatizadas no discurso dos adolescentes relacionadas ao sentimento de tristeza provavelmente associado às preocupações ou carências trazidas pelo convívio social nas relações de ordem familiar, escolar e laboral. A forte proximidade entre as palavras *tristeza, poder, fatores, falta e depressão* organizou este primeiro polo representacional.

A segunda dimensão, “Álcool: concepções, causas e consequências”, está voltada para aspectos relacionados à ingestão de bebidas alcoólicas. A proximidade das palavras *balada, amigo, festa, parente, trazer bebida* provavelmente arranjou a segunda dimensão, ressaltando desta forma a circunscrição do espaço de convívio de recreação, socialização e conversação social, ambientes favorecedores do uso e abuso do álcool e que, por sua vez, auxiliam na representação da compreensão do álcool.

As palavras *infância, crescer, mudar, idade, caminho* e *adolescência*, dentre outras, no plano fatorial, encontram-se acercadas entre si e caracterizaram espacialmente a terceira dimensão categorizada como “Adolescência: concepções e vivências”. Esta vem trazida por questões relacionadas ao período de transição na vida dos adolescentes participantes em que as mudanças se fazem presentes. Neste sentido, os achados se assemelham às categorizações das classes lexicais anteriormente analisadas.

Os resultados gerados pela AFC evidenciaram um vocabulário verbalizado por jovens estudantes de uma escola pública, meninos e meninas de diferentes idades, com condições sociais semelhantes, que ancoraram suas representações acerca das interações sociais fixando-as em dimensões múltiplas de ordens: psicoafetivas, cognitivas, socioculturais e biopsicossociais. Estas dimensões apresentam-se neste estudo entrelaçadas às comunicações que circulam nos espaços de convivência dos escolares pesquisados.

Os resultados advindos da AFC permitiram uma visualização clara das singularidades das representações sociais acerca do uso do álcool e da depressão na adolescência elaboradas por estudantes, alojadas no tripé: Depressão: concepções, causas e consequências; Álcool: concepções, causas e consequências; e Adolescência: concepções e vivências.

Estes resultados confirmam os achados de Coutinho, Araújo, Maranhão e Oliveira (2009) que demonstraram as representações sociais elaboradas pelos adolescentes ancoradas na adolescência, na esfera biopsicossocial, objetivadas na *puberdade*, a qual promove o *crescimento* e as mudanças corporais, tais como o aparecimento de *espinhas*, *iniciação sexual*. No estudo citado, corroborando os achados

do presente estudo, a adolescência objetivou-se na fase de *diversão, alegria e juventude*, transcorrida também pela *rebeldia*.

Nesta tese, os resultados das entrevistas foram apreendidos a partir da relação entre os objetos representados socialmente pelo grupo de adolescentes e os conhecimentos originários do senso comum. Nesta perspectiva, as classes temáticas e suas respectivas denominações constituíram um guia, a partir do qual se tornou possível apreender as representações sociais elaboradas pelos adolescentes acerca do consumo do álcool e da depressão pelo adolescente.

Em referência aos resultados sucedidos das análises cruzadas, que fazem menção à identificação dos participantes autores das elaborações destas representações discutidas, encontram-se, em sua maioria, escolares que cursam o primeiro ano, com 14 e 15 anos, ou seja, idades que correspondem na literatura ao início do consumo do álcool (Laranjeira et al., 2007; Anthony, 2009). Outro dado de identificação, decorrido da análise cruzada do ALCESTE, foi que a maioria pertencia ao sexo feminino. Tais dados corroboram o estudo de Moreira et al. (2008), cujos resultados apontam a crescente prevalência de uso do álcool entre as meninas.

A respeito da depressão, o discurso comum dos adolescentes corrobora muitos relatórios e estudos científicos, a exemplo de alguns circunstanciados a seguir: CID-10 e DSM-IV; OMS (2011); Aragão, Coutinho, Araújo e Castanha (2009) verificaram que as RS acerca da depressão, elaboradas por adolescentes escolares, ancoraram em sinônimo de dor, mágoa, infelicidade, ódio, morte, desânimo, angústia, solidão e choro; Araújo, Coutinho & Coutinho (2008) ao apreenderem as representações sociais de escolares infantis e adolescentes de três capitais nordestinas verificaram que os alunos da primeira capital ancoraram suas RS em elementos psicossociais e as objetivaram como *mau humor*, causado pelo *estresse*, que deixa a pessoa *deprimida, magoada, desanimada* e

nervosa; os da segunda capital ancoraram suas RS em fatores de socialização, objetivando a depressão como elemento causador de *solidão*, que deixa *infeliz* o ser depressivo. Na terceira e última capital, a ancoragem da depressão se deu na esfera biopsicossocial, com objetivações da depressão como alusão ao ser deprimido; pessoa *triste* e *nervosa*; Coutinho e Ramos (2008) ao estudar uma amostra de crianças da pré-adolescência brasileiras e portuguesas também encontraram a depressão como sinônimo de tristeza, doença e choro. A pessoa deprimida foi representada como angustiada, cabisbaixa, desanimada, sem amigos, com auto-estima negativa (depreciativa) e que chora, como nos achados da presente tese.

Não obstante, a identificação do senso comum no discurso dos adolescentes sobre o álcool vai de encontro com as comprovações empíricas anunciadas nos textos científicos de relatórios mundiais realizados pela HRB (2012); MS (2008); UNODC, 2012; UNODC, 2012; no Glossário de Álcool (2006), somados a diversas pesquisas, a exemplo de algumas, tais como as de Gouveia et al. (2009); Louzã Neto e Elkis (2007); Abramovay (2005), e notadamente em estudos acerca da RS como os de Silva, Padilha, Santos e Araujo (2012) que verificaram entre os adolescentes que as bebidas alcoólicas estão associadas à *busca de novas experiências*, à *independência*, ao *vício*, a *conflictos familiares*, a *brigas* e a *separações*. Silva et al. (2011) constataram em seu estudo que a representação das bebidas alcoólicas para os adolescentes remete à *busca por novas experiências*, à *forma de aceitação por seus pares*, à *independência*, ao *vício*, a *festas* e a *conflictos familiares*; Souza, Ferriani, Silva, Gomes e Souza (2010) que por sua vez concluíram que o ato de beber tem um caráter socializador, “beber muito” representa um ritual de passagem, considerando certa precariedade de fatores protetores e existência de fatores de vulnerabilidade.

Tais referências autenticam os resultados que vinculam as RS dos adolescentes sobre o uso de álcool e sobre a depressão a múltiplos aspectos que permeiam questões macroestruturais, relacionais e subjetivas como a cultura, a família, a educação e a economia.

Finalmente, observou-se nos resultados que as RS dos participantes confirmam-se, ambos objetivando o uso do álcool e a depressão em fenômenos interligados, ancorados na adolescência e com sintomas intercorrentes, conferindo assim, fidedignidade à pesquisa, como mostra a figura 8.

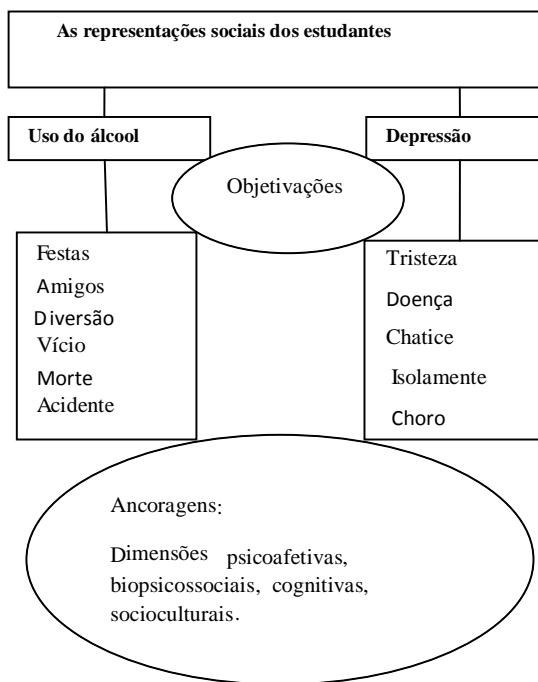


Figura 8: Síntese das RS dos estudantes

A curiosidade ligada aos efeitos do álcool, que por sua vez são desinibitórios; o fato de se sentirem pertencentes a um grupo e se auto-afirmarem enquanto seres adultos atrelados à possibilidade de distanciarem-se da tristeza, do vazio e do emaranhado de sentimentos que os invadem neste período de crescimento do corpo e da alma, circunscrevem algumas das representações acerca do uso do álcool.

Em contrapartida, a depressão através do olhar adolescente, ser que vive momentos de isolamento ao mesmo tempo em que sofre de ‘pseudos’ sintomas criados na sociedade contemporânea que subjugua e patologiza a adolescência, em suas conjecturas, manifesta suas representações sociais de forma que corresponde aos significados atribuídos a esta doença, como se verifica em Coutinho (2001):

(...) embora a depressão possa ser representada por pessoas que não a vivenciaram, existe um consenso de que se trata de um estado de sofrimento, tristeza, com conotações semânticas de separação através do aspecto figurativo da *morte*, elementos presentes seja para aqueles que experienciam esse transtorno, seja para aqueles que não o conhecem enquanto vivência (p.204).

Os distanciamentos das RS dos adolescentes decorrem das identificações de seus perfis, ou seja, quem faz ingestão e quem não faz; quem tem sintomatologia depressiva e quem não a tem, demonstrados através de objetivações que se distanciam, como no exemplo cuja apreensão do uso do álcool para os adolescentes que ingerem álcool representa *festa*, distanciando-se da objetivação para o mesmo estímulo apreendidas pelos participantes que não ingerem álcool: *vício*.

Assim, pode-se compreender a construção das RS dos participantes a partir de uma das explanações de Moscovici (2012):

Por um lado, a representação substitui a ciência, por outro lado, a constitui (ou a reconstitui) a partir das relações sociais implicadas; por um lado, então, através dela uma ciência agrega um duplo, uma sombra do corpo da sociedade, e por outro lado ela se desdobra no que está fora do círculo e dentro do círculo das transações e interesses frequentes da sociedade (p.73).

Pode-se explicar essa afirmação usando a produção de um tecido como metáfora, em que a tessitura do conhecimento popular usa dos fios da ciência e das representações sociais para formar o tecido do senso comum, de maneira que se torna quase impossível desfazer e separar a trama constituída pelo conhecimento científico tornado popular, através das representações sociais.

Deste modo, as RS podem funcionar como indicadores indiretos de como o sujeito se define e como o outro o define, mediante os construtos deste estudo, possibilitando a produção desses conhecimentos que, por sua vez, comporão um “marco referencial explicativo” para as discussões e prevenções do abuso do álcool e da depressão no público adolescente (Coutinho, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo apreender as representações sociais dos adolescentes do Ensino Médio profissionalizante de uma escola federal. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, com direção metodológica multimétodo, fato este que contribuiu significativamente para a fidedignidade dos resultados advindos dos construtos sociais investigados, uma vez que tal abordagem possibilitou a compreensão das múltiplas percepções que envolvem fenômenos de tamanha complexidade.

Os participantes demonstraram ter conhecimento acerca dos riscos do álcool, apesar da naturalização de seu uso. As representações sociais deste primeiro – forjadas pelos adolescentes, objetivaram-se nos cenários de uso, constituídos por ambientes de festas, com amigos e em demais elementos que reportam à curiosidade, associando o abuso do álcool ao vício, à morte e a acidentes.

Quanto à depressão, os adolescentes a conceberam como uma patologia, mediante elementos que remeteram ao estado de humor, como a tristeza. Entretanto, suas representações sociais permearam um perfil estigmatizante, no sentido de conceber a pessoa depressiva como *triste, chata, isolada* e que *chora*.

Não obstante, para compreender as representações sociais dos estudantes sobre ambos os construtos, é necessário considerar os aspectos genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e sociais dos adolescentes, uma vez que esta causalidade certamente associa-se a multifatores.

Neste sentido, espera-se que o conhecimento abstraído destes resultados possa fornecer pistas importantes para se compreender os comportamentos psicossociais dos adolescentes, os componentes simbólicos e sociais envolvidos nas condições de vida e as formas de interações intra e inter nos seus grupos de inserção, uma vez que as dimensões psicossociais e culturais acerca do comportamento humano em relação aos

seus pares encontram-se articuladas aos diferentes modos de produção de significados e de ressignificações.

Espera-se, ainda, complementar o conhecimento já existente e que os resultados deste estudo venham em auxílio de uma maior elucidação no reconhecimento precoce e que auxiliem na construção de uma prática mais eficaz no tratamento da depressão e do uso precoce do álcool na adolescência, considerados como fenômenos complexos e plurais; bem como contribuir para uma reorientação dos estudiosos da educação, da saúde e dos familiares que lidam com adolescente, vivenciando essas problemáticas no sentido de poder sistematizar e aplicar os conhecimentos práticos, pautados nas relações cotidianas.

Em síntese, observou-se que o contato com a substância psicoativa do álcool é comum na adolescência, seja através de seu uso ou ainda no convívio social de quem o consome. E quanto à depressão, o índice de sintomatologia depressiva nos adolescentes é cada vez maior; deflagrado pelas análises e corroborados por demais estudos citados.

Nesta tela, é possível concluir que os indivíduos não são meros receptores passivos de informação, nem meros seguidores de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, diante de diferentes fatos presentes no cotidiano das interações sociais, criam e comunicam suas próprias representações e soluções peculiares às questões que se colocam, como afirma Moscovici (2010). De tal modo, a influência do social torna-se imperceptível ao estímulo que atinge o indivíduo, mas notória a um contexto de relações próprios da construção do pensamento.

Neste sentido, pode-se verificar que as discussões acerca da depressão e do uso do álcool, inseridas no universo da adolescência tornam-se um fenômeno distinto dos relacionados ao mundo adulto, uma vez que a construção social da adolescência para o adolescente desse estudo delinea-se por um ‘período’ marcado por instabilidade,

mudanças (física, psicológica e social), no qual o adolescente em geral, vivencia crises de identidade marcada por mudanças de valores, crenças e atitudes.

Ao tomar como base o conhecimento acerca destas prováveis ocorrências no transcurso da adolescência faz-se necessário o desenvolvimento de ações que contemplam a saúde mental do adolescente envolvendo intervenções situacionais em todos os espaços de convívio destes jovens, bem como a implementação de diretrizes políticas que atendam a estes eventos. Ressalta-se aqui a parceria família-escola, para que unidas exerçam um papel imprescindível no acompanhamento global desses escolares, mantendo-se atentos às vulnerabilidades psicossociais desta fase da vida.

Contudo, espera-se com os achados deste estudo complementem os conhecimentos já existentes acerca do álcool e da depressão, no intuito de ter proporcionado maior elucidação no reconhecimento precoce dos problemas advindos do uso do álcool e da depressão e de proporcionar maior compreensão acerca de como as representações sociais dos estudantes podem orientar e influenciar as ações na escola, tendo em vista o que os referidos estudantes pensam e sentem sobre os temas em questão.

Para além disso, almeja-se contribuir para uma reorientação da capacitação dos estudiosos, da saúde e da educação, e dos familiares que lidam com pessoas com problemas nesta esfera, no sentido de poder sistematizar e aplicar o conhecimento prático, pautado nas relações vivenciais e sob a perspectiva psicossocial, para além da visão clínica e positivista.

Assim, através deste estudo, foi possível ratificar o papel da Psicologia Social na prevenção da Saúde, na intervenção da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo do público adolescente, através de práticas preventivas e educacionais nas relações intra e inter grupos de instituições escolares e no âmbito da família.

E, por fim, com vistas às limitações desta tese, sugere-se como encaminhamentos de trabalhos futuros pesquisas longitudinais com acadêmicos adolescentes de escolas tecnológicas, bem como investigações nas redes sociais, mídias televisivas, entre outros nichos tecnológicos e midiáticos que vem reproduzindo verdadeiras apologias ao álcool, bem como a banalização da depressão como doença.

Assim, frente às limitações deste estudo, relativas ao tempo de duração de uma tese, sugere-se a implementação de estudos longitudinais nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia que contemplem a saúde global dos estudantes.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Aberastury, A., e Knobel, M. (2008). *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. São Paulo: Artmed Editora.
- Abramovay, M. (2005). Drogas nas escolas: versão resumida. Em Miriam Abramovay e Mary Garcia Castro. Brasília: UNESCO.
- Abramovay, M., e Castro, M.G. (2005). *Gênero e Meio Ambiente – Revisão Ampliada*. Brasília/DF: Editora Cortez.
- Abramovitch, S., e Moreira, M.L. (2008). Transtornos Psiquiátricos. Em Brasil/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Abreu, C.N., Salzano, F.T., Vasques, F., Cangelli Filho, R., e Cordás, T.A. (2006). (Org.). *Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. 1ª ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Abreu, M.C. (2003). *Depressão e Maturidade*. Brasília: Plano Editora.
- Abric, J.C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 155-172). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Aguiar, M.J.A., Bock, A.M.B., e Ozella, S. (2001). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em Bock, A. M. B. [et al.]. (orgs.). *Psicologia Sócio-Histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)*. São Paulo: Cortez.
- Almeida, A.M.O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 3, dez.
- Allen-Meares, P., Colarossi, L., e DeRoss, Y. (2003). Assessing depression in *childhood and adolescence: A guide for social work practice*. Child & Adolescent Social Work Journal, 20, (1), 5-20.doi:10.1023/A:1021411318609
- Almeida, A.M.O., e Garcia, L.F.T.A. (2006). Representações Sociais da Adolescência e Práticas Educativas dos Adultos. Em Almeida, A.M.O. [et al]. *Violência exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. Editora UNB, Brasília.
- American Psychiatric Association (APA). (1997). *Psychiatric Diagnosis and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition – DSM-IV. Fact Sheet,1-4.

- American Psychiatric Association (2004). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSMIV-TR.* (Dayse Batista Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association (2012). *Regras essenciais de estilo APA.* tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Maria Lucia Tiellet Nunes. 6. Ed. – Porto Alegre: Penso, 2012.
- Andersen, A., Due, P., Holstein Be., e Iversen, L. (2003). Traking Drinking Behaviour fron Age 15-10 Years. *Addiction*, 98 (11), 1505-1511.
- Andersson, B.H., Hibell, B., Beck, F., Choquet, M., Kokkevi, A., et al. (2007). Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project; Printed in Sweden by Modintryckoffset AB, Stockholm
- Andersen, A., Holstein, B.E., e Hansen, E.H. (2006). Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *Journal of Adolescent Health*. 39(3),362-366.
- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C., e Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Andrade, M.E.S., e Bozza, M. (2010). Depressão em adolescentes: uma abordagem bibliográfica. Revista Eficaz, *Revista Científica Online*. Maringá, PR. Retirado de www.institutoeficaz.com.br/revistacientifica
- Anthony, J.C. (2009). Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. Em (Editores) Andrade, A.G., Anthony, J.C e (Co-editora) Silveira, C.M. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual.* Ed. Manole, 1^a edição; Barueri, SP.
- Aragão, T.A., Coutinho, M.P.L., Araújo, L.F., e Castanha, A.R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 395-405.
- Araldi, J.C., Njaine, K.O., Maria Conceição de, e Ghizoni, A.C. (2012). Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 135-148. doi10.1590/S1414-32832012005000002
- Araújo A.T., Coutinho, M.P.L., Araújo F., Ludgleydson, Ramos, N., e Castanha, A. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (2), 395-405. doi10.1590/S1413-81232009000200009

- Araujo, C.M. (2008). *Significações sobre adolescência e desenvolvimento humano em um projeto social educativo*. (Dissertação de mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) Universidade de Brasília, Brasília. Retirado de <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/5715>
- Araujo, C.M. (2009). Desenvolver e Adolescentes: reflexões acerca da teoria sócio-histórica. *Revista eletrônica Polêmica*, 8 (4), 70-76.
- Araújo, E.D.J., Costa, A.J.S., e Blank, N. (2009). Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*; 19(2),219-225.
- Araújo, L.F., Castanha, A. R., Barros, A.P.R., e Castanha, C.R. (2006). Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, julho-setembro, 827-836.
- Araújo, L., Coutinho, M.P.L, e Pereira, D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Araújo, L.F., Gontiés, B. Nunes Júnior, J. (2007). Representações sociais da cocaína: estudo comparativo entre universitários das áreas de saúde e jurídica. *Estudos de Psicologia*, Campinas – SP. 24(3)315-323 jul-set.
- Araújo, L.C., Vieira, K.F.L. e Coutinho, M.P.L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Trad. Dora Flaksman, 2^a edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Avanci, J.Q., Assis, S.G. e Oliveira, R.V.C. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Bahls, S.C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Ballone, G.J. (2010). *Depressão na infância*. *PsiqWeb*. Psiquiatria Geral. Retirado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=339>
- Ballone, G.J. (2007). *Depressão: O que é isso?* *PsiqWeb*. Retirado de www.psiqweb.med.br

- Ballone, G.J., e Moura, E.C. (2005). Depressão. *PsiqWeb*, Psiquiatria Geral. Retirado de www.psiqweb.med.br
- Ballone, G.J. e Moura, E.C. (2008). Depressão na Adolescência. *PsiqWeb*, Psiquiatria Geral. Retirado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>
- Baloch, H.A., e Soares, J.C. (2012). Mood disorders. *ACP Medicine*; 1-16.
- Baptista, C.A., e Golfeton, J.H.(2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*.27,253-255.
- Baptista, M.C.F. (2011). Melancolia, depressão e dor de existir. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Vol.10, N.2, Abr/Jun; UERJ.
- Barros, A.P.R., e Coutinho, M.P.L. (2005). Depressão na adolescência: Representações sociais. Em M.P.L. Coutinho e A.A.W. Saldanha (Orgs.), *Representação social e práticas de pesquisa* (p.39-67). João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Basmage, D.F.A.T. (2010). A constituição do sujeito adolescente e as apropriações da internet: uma análise histórico- cultural. (Dissertação de mestrado do Centro de Ciências Humanas e Sociais) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MT.
- Bastos, F.I., Bertoni, N., e Hacker, M.A. (2008). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*. 42,109-17.
- Bierut, L.J, Saccone, N.L, Rice, J.P, Goate, A., Foroud, T., Edenberg, H., et al. (2002). Definindo fenótipos relacionados com o álcool em humanos. O Estudo Colaborativo sobre a genética do alcoolismo. *Alcoolismo Pesquisa e Saúde*, 26 , 208-213.
- Bock, A.M.B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos Cedes*. 24(62), 26-43.
- Bock, A.M.B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia, escola e educacional*, 11(1),63-76.
- Bock, A.M.B, Furtado, O., e Teixeira, M.L. (2008). *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Boni, V. e Quaresma, S.J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Tese - *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. 1 (3), 68-80.

- Bourdieu, P. (2005). O Campo Econômico. Revista *Política & Sociedade*, n. 6, p. 15-57 - ISSN 2175-7984.
- BRASIL. (1996). Secretaria de Educação Fundamental. *Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC/SEF.
- BRASIL. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10/10/1996. Retirado: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
- BRASIL. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. - Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Ministério da Saúde, 60.
- BRASIL. (2008). Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. *Mais saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL (2010). *A saúde dos escolares e dos adultos jovens no Brasil: situação e tendências relacionadas aos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis*. Sandhi Maria Barreto, Renata Tiene de Carvalho Yokot, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Betine Pinto Moehlecke Iser, Deborah Carvalho Malta.
- Brêtas, J.R.S., Moreno R.S., Eugenio, D.S., Sala, D.C.P., Vieira, T.F., e Bruno, P.R. (2008). Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista Enfermagem*. 21,404-411.
- Bromet, E., Andrade, A., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J. et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90. doi 10.1186/1741-7015-9-90.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Nappo, S.A. (2002). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001*. São Paulo : Universidade Federal de São Paulo.
- Carlini, E.A., Galduróz J.C.F., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, C.M., Oliveira, L.G., et al. (2007). *II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., Carlini, C.M., Oliveira, L.G., Nappo, S.A., Moura, Y.G., e Sanchez, Z.V.D.M. (2007). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: Páginas & Letras.

- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. e Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6), 636-645.
- Carvalho, A.C., e Leal, I.P. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 287-297.
- César, M.R.A. (2008). *A invenção da adolescência no discurso psicopedagógico*. São Paulo: Editora UNESP.
- Chandavarkar, U, Azzam, A, e Mathews, C.A. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students; *Depression and Anxiety*, 24, 103-111.
- Chaves, A.M. e Silva, P.L. (2011). Representações Sociais. Em Torres, Ana Raquel Rosas, et al. (orgs.) Brasília: Technopolitik.
- Cibois, P. (1998). *L'analyse factorielle*. Paris: PUF, Collecion “Que sais-je?”.
- CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, (2008). *Info Álcool: História do Álcool*. Retirado de <http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=a76539daaa156490d3e5c5729da36f220>
- Cloninger, C.R., Bohman, M. e Sigvardsson, S. (1981). Herança de abuso de álcool. *Archives of General Psychiatry*, 38 , 861 -868.
- Coutinho, L. (2005). A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social? *Pulsional Revista de Psicanálise*, 181 (3): 16-24.
- Coutinho, M.P.L. (2001). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- Coutinho, M.P.L. (2005). *Depressão Infantil e Representação Social* (2^a ed.). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M.P.L.; Carolino, Z.C.G., e. Medeiros, D. (2008) Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de Validação de Constructo e Consistência Interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), pp. 291-300.
- Coutinho, M.P.L., Araújo, L. F., e Gontiès, B. (2004). Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), 469-477.

- Coutinho, M.P.L., Araújo, L.S., Maranhão, J.M., e Oliveira, M.X. (2009). Violência escolar e adolescência: um enfoque psicossociológico. XV Encontro Nacional da ABRAPSO. *Psicologia social e políticas de existência: Fronteiras e conflitos*. Maceió. Grupo de trabalho. Retirado de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=96
- Coutinho, M.P.L., e Saldanha, A.A.W. (2005). *Representações Sociais e Práticas em Pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M.P.L., Gontiès, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF* (Bragança Paulista), 8(2), 93-192.
- Coutinho, M.P.L., e Ramos, N. (2007). Representações sociais representações sociais e depressão: um estudo com adolescentes no contexto migratório. *Simpósio saúde/doença e exclusão/inclusão social*. Retirado de http://www.vjirs.com.br/completos/VJIRS_0548_0392.PDF
- Coutinho, M.P.L., e Ramos, N. (2008). *Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural*. *Revista de Psicologia*, Vol. 39, No 1.
- Coutinho, M.P.L., Nóbrega, S.M., e Araújo, L.S. (2011). Software Trideux – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. Em Coutinho, M.P.L. e Saraiva, E. R. A. (Eds). *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 107-148). João Pessoa: EDUFPB.
- Cotran, R.S., Kumar, V.; & Collins, T. (2000). *Patologia Estrutural e Funcional*. 6^a. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. Tradução Paula Ines Cunha Gomide, Emma Otta; revisão técnica José de Oliveira Siqueira. Atlas, São Paulo.
- Crivelatti, M.M.B., Durman, S., e Hofstatter, L.M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto e contexto em enfermagem*, Florianópolis, 15 (Esp): 64-70.
- Cruz, L.A.N. (2006). *Uso de álcool e julgamento sócio-moral de estudantes do ensino médio*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP.
- Damião, N.F., Coutinho, M.P.L, Carolino, Z.C.G., e Ribeiro, K.C.S. (2011). Representações sociais da depressão no ensino médio – um estudo sobre duas capitais. *Psicologia & Sociedade*, 23(1): 114-124.

- Dell'Aglio, D.D., e Santos, L.L. (2011). Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade: Drogas, Risco e Resiliência. Em: Silva, E.A., Micheli, D. (orgs.). *Adolescência Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. (2007). Uso e abuso de álcool na adolescência. *Revista Oficial do Núcleo de estudos da Saúde do Adolescent*, 4(3):6-17.
- Desjarlais, R., Einsenberg, L., Good, B., e Kleinman, A. (1977). Oficina Sanitaria Pan-Americana, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud. Em *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*; p. 32-94. Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32513&indexSearch=ID>
- Dezontinel, F.R, Nascimento, J.W.L., Menezes, F.G., Godoy, M.P., e Antonielli, M.M.S. (2007). Uso de drogas entre adolescentes estudantes de escola da rede privada em São Paulo. *Conscienti ae Saúde*, 6(2):323-8. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Sistema de Información Científica Redalyc. Conscientiai Saúde; Universidade Nove de julho. PP. 323-328.
- Doise, W. (2001). Cognições e representações sociais: A abordagem genética. Em D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 301-320). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Durkheim, É. (2007). *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora.
- Eijnden, R.V.D., Mheen, D.V., Raymon, V., e Vermulst, A. (2011). Alcohol-Specific Parenting and Adolescents' Alcohol-Related Problems: The Interacting Role of Alcohol Availability at Home and Parental Rules. *Jornal of Studies on Alcohol and Drugs*. Volume 72.
- Eller, T, Aluoja, A, Vasar, V, e Veldi, M. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and Anxiety*, 25: 250-56.
- Esteves, F.C., Galvan, A.L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia: revista do curso de psicologia*, Canoas, n. 24, p.127-135, dez.
- Farr, R.M. (1994). Representações sociais: A teoria e sua história. Em *Textos em Representações Sociais* (P. Guareschi & S. Jovchelovitch, org.), pp. 31-59, Petrópolis: Editora Vozes.
- Farr, R.M. (2008). *As raízes da psicologia social moderna*. 8^a.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Ferreira, V.M.; Sousa Filho, E.A. (2007). Maconha e contexto familiar: um estudo psicossocial entre universitários do Rio de Janeiro. *Psicologia & Sociedade*; 19 (1): 52-60; jan/abr.
- Figlie, N.B., Bordin, S., e Laranjeira, R. (2004). Como organizar uma história clínica. Em: _____, *Aconselhamento em Dependência Química*. Editora Roca: São Paulo.
- Fonseca, A.A., Azevedo, R.L.W., Araújo, L.F., Oliveira, S.F., e Coutinho, M.P.L. (2007). Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 441-449. doi 10.1590/S0103-166X2007000400004
- Frota, A.M. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr.
- Galduróz, J.C.F. (2011). *Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes*. Em: *Prevenção ao uso indevido de drogas – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 4ª Edição, Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.
- Galduróz, J.C.F., e Caetano R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. May;26 (suppl.1):S3-6.
- Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Fonseca, A.M., e Carlini, E.A. (2004). *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Fonseca, A.M. e Carlini, E.A. (2005). *V Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID, SENAD.
- Galduróz, J.C.; Noto, A.R.; Nappo, S., e Carlini, E.A. (2005). *II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999*. Brasília: SENAD, 2005.
- García, K.S.L., e Junior, M.L.C. (2008). Conduta anti-social e consumo de álcool em adolescentes escolares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. março-abril; 16(2).
- Gigliotti, A., e Bessa, M.C. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(SI): 11-13.

Glossário de álcool e drogas (2006). Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 132 p.

Gouveia, V.V., Barbosa, G.A., Almeida, H.J.F., e Gaião, A.A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares em João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (7), 345-349.

Gouveia, V.V., Pimentel, C.E., Medeiros, E.D., Gouveia, R.S.V., e Cavalcanti, J.P.N. (2007). Escala de Atitudes frente ao Uso de Drogas: Evidências de Validade Fatorial e Preditiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, p. 53-59.

Gouveia, V.V.; Pimentel, C.E.; Queiroga, F.; Meira, M.; e Jesus, G.R.(2005). Escala de atitudes frente ao uso de maconha: comprovação da sua validade de construto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 54(1): 5-12.

Gouveia, V.V., Pimentel, C.E., Medeiros, Gouveia, R.S.V., e Palmeira, J. (2007). Escala de atitudes frente ao uso de drogas: evidências de validade fatorial e preditiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1.

Gouveia, V.V. Milfont, T.L., Fischer, R., e Santos, W.S. (2008). Teoria funcionalista dos valores. Em M.L.M. Teixeira (Ed.), *Valores humanos e gestão: Novas perspectivas*. São Paulo, SP: SENAC Editora.

Gouveia, V.V., Pimentel, C.E., Leite, P.R.L., Albuquerque, J.R.; e Costa, T.A.B. (2009). Escala de atitudes frente ao uso de álcool: descrevendo seus parâmetros psicométricos. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 29, n. 4.

Gouveia, V.V., Santos, W.S., Pimentel, C.E., Medeiros, E.D., e Gouveia, R.S.V. (2011). Em Silva, E. A & Micheli, D. *Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. Ed. Fap-Unifesp, São Paulo.

Gouveia, V.V., Silva, L.D., Athayde, R.A.A., Vione, K.C.V., e Soares, A.K.S.S. (2009). Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: correlatos demográficos e psicossociais. *Revista Bioética*, Brasília, v.17, n.2, out.

Gouveia, R.S.V. (2009). *Engajamento Escolar e Depressão: um estudo correlacional entre crianças e adolescentes*. Tese apresentada ao Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba / Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Gratiot-Alfandéry, H. (2010). Henri Wallon / Hélène Gratiot-Alfandéry; tradução e organização: Patrícia Junqueira. – Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana. 134 p.: il. – *Coleção Educadores*. ISBN 978-85-7019-541-8
- Grossman, E. (1998). A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*, jul./set., vol.1, no.2, p.68-74.
- Guimarães, C.F., Santos, D.V.V., Freitas, R.C., e Araujo, R.B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Psiquiatria RS*; 30(2) – 10.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi, A. e Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report: Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN).
- IBGE (2009). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Retirado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>
- IBGE (2009). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro. Retirado de <http://www.ibge.gov.br>
- IBGE (2012). Censo Demográfico 2010: Educação e Deslocamento – resultados da amostra. ISSN 0104-3145. Rio de Janeiro, p.1-205 2010
- INEP (2012). Censo Escolar 2011. Retirado de <http://portal.inep.gov.br/>
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., e García-López, L.J. (2007). Factores Psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco em adolescentes españoles. *International Journal of Clinical Health Psychology*;7(2):403-420.
- Jatobá, J.A.V.N., e Bastos, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56(3):171-9.
- Jodelet, D. (2011). Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. Em *Temas em Psicologia. 50 Anos da Teoria das Representações Sociais.*, Vol.19, Nº1, 19-26. ISSN 1413-389X
- Jovchelovitch, S. (2003). *Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais*. Petrópolis: sociais.

- Jover, E.R. e Nunes, M.L.T. (2005). Construção histórica da noção de adolescência e sua redefinição na clínica psicanalítica. *Imaginario*, São Paulo, v. 11, n. 11, dez.
- Juruena, M.F., Fleck, M.P., Del Porto, J.A., Fleck, C., e Del Porto, J.A. (2011). Estudos latino-americanos sobre melancolia: um transtorno do humor melhor definido para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 33, Supl I, maio.
- Klosinski, G. (2006). *Adolescência hoje – situações, conflitos e desafios*. Petrópolis: Vozes.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Laranjeira, R. (2006). Álcool: abuso e dependência. Conceitos básicos. Em *ciência em foco*. Especial alcoolismo. São Paulo. Moreira Jr. Vol.2 nº4, out.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., e Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 76p.
- Levi, G., e Schmidt, J.C. (1996). *História dos jovens* (v. 1 e 2). São Paulo: Companhia das Letras.
- Levine, H.G, (1985). A descoberta do vício: Mudar Concepções de embriaguez habitual na América, *Journal of Studies on Alcohol*. Vol.2, No.1, (1985), pp.43-57).
- Lopes de Oliveira, M.C.S. (2003). Subjetividade e conhecimento: do sujeito da representação ao sujeito dialógico. *Revista Fractal do Departamento de Psicologia da UFF*, Niterói-RJ, v. 15, n. 2, p. 33-52, jan./jun.
- Lopes de Oliveira, M.C.S. (2006). Identidade narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 427-436, maio/ago.
- Lopes, A.G., Sarué, S. (2010). *O despertar da primavera... um tempo lógico*. Recuperado de: <http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra09/008.pdf>.
- Louzã Neto, M.R., e Elkis, H. (2007). *Psiquiatria Básica*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Madeira, F. R. (2006). Educação e desigualdade no tempo de juventude. Em: A.A., Camarano (Org.), *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* (pp. 139-169). Rio de Janeiro: IPEA.
- Marques, A.C. (2001). O consumo do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *IMESC*, nº3: 73-86.

- Martini, J.G., e Furegato, A.R.F. (2008). Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. *Revista Latino-am Enfermagem*; maio-junho; 16 (especial).
- Martins, R.A. (2006). *Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente*. (Tese Livre-Docência em Psicologia da Educação) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas - Universidade Estadual Paulista.
- Martins, R.A., Manzato, A.J., e Cruz, L.A.N. (2005). O uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes. Em: Castro, L.R., e Correa, J. (Orgs.). *Juventude contemporânea: perspectivas nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: NAU Editora: FAPERJ, p. 301-326.
- Martins, M.C., e Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Caderno de Saúde Pública*. V.24, n. 5, Rio de Janeiro, Maio.
- Mathews, M. (2008). How did pre-twentieth century theories of the aetiology of depression develop? Recuperado de <http://priory.com/homol/dephist.htm>
- Micheli, D.D., e Formigoni, M.L.O.S. (2011). Intoxicação por Drogas Psicoativas: Avaliação e Diagnóstico do Adolescente. Em: Silva, E.A., e Micheli, D. (orgs.). *Adolescência Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Miller, J.A.(2003). *Depressão Infantil*. São Paulo. M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Ministério da Saúde (2008). Bebida alcoólica: é uma droga ou não? Recuperado de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?Idtxt=607
- Monteiro, F.R., Coutinho, M.P.L., e Araujo, L.F. (2007). Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 27, n. 2,jun.
- Moreira, T.C., Belmonte, E.L., Vieira, F.R., Noto, A., Ferigolo, M., e Barros, H. (2008). A Violência Comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: Comparação Entre sexos *Jornal de Pediatria*, 84 (3), 244-250.
- Moretti-Pires, Rodrigo Otávio, & Corradi-Webster, Clarissa Mendonça. (2011). Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 813-820. doi 10.1590/S0104-11692011000700020
- Moscovici, S. (2004). *Representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

- Moscovici, S. (2009). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6^a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2010). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 7^a ed., Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nardi, A.E. (2000). Depressão no ciclo da vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 149-1.
- Nardi, A.E. (2006). *Questões atuais sobre depressão*. 3^a edição, revisada e ampliada, São Paulo: Lemos Editorial.
- Neiva-Silva, L. (2008). *Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: Um Estudo Longitudinal*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Tese de Doutorado). Recuperado de www.psicologia.ufrgs.br/cep_rua
- Neiva-Silva, L. e Koller, S.H. (2011). Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade: Drogas, Risco e Resiliência. Em: Silva, E.A., Micheli, D (orgs.). *Adolescência Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*/ Organizadoras: São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Nitrini, R. e Bacheschi, L.A. (2003). *A Neurologia que todo médico deve saber*. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
- Nóbrega, S.N. (1995). Sobre a Teoria das Representações Sociais. Em Guareschi, P.A., e Jovchelovitch, S. (orgs.): *Textos em representações sociais*. 2^a ed., Ed. Vozes, Petrópolis, RJ.
- Nóbrega, S.N. (2001). Sobre a Teoria das Representações Sociais. Em Oliveira, Antônia, S. M. (Org.) *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L., Loftus, G., e Wagenaar, W.A. (2012). *Atkinson & Hilgard – Introdução à Psicologia*. (Tradução EZ2Translate), 15^a Edição, São Paulo: Cengage Learning.
- Noto, A., Sánchez, Z., Meer e Moura, Y.G. (2011). Uso de Drogas entre Adolescentes Brasileiros: Padrões de Uso e Fatores Associados. Em Silva, E.A., Micheli, D (orgs.). *Adolescência Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- NOVA ESCOLA. (2008). Edição Especial Grandes Pensadores. Ed. Impressa de Julho. Ed. Abril, Fundação Avitá.
- Oliveira, F., e Werba, G. (1998). *Psicologia Social contemporânea: Livro texto*. Petrópolis: Vozes.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Ed Artes Médicas: Porto Alegre.
- Organização Mundial da Saúde (1994). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID - 10)*. Genebra, Suíça.
- Organização Mundial de Saúde, (1997). CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Global Status Report on Alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Organização Mundial da Saúde* (Word Health Organization). Retirado de <http://www.who.int/en/>.
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Estatísticas Mundiais de Saúde. ISBN 978 92 4 356419 7
- Ozella, S. (Org). (2003). *Adolescências construídas- a visão da psicologia sóciohistórica*. São Paulo: Cortez.
- Ozella, S. (2011). Adolescência: Um Estereótipo ou uma Construção Histórico-social? Em Silva, E.A., e Micheli, D. (orgs.). *Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. São Paulo: Editora Fap- Unifesp.
- Ozella, S., e Aguiar, W.M.J. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr.
- Passerini, L. (1996). A juventude, metáfora da mudança social. Dois debates sobre os jovens: a Itália Fascista e os Estados Unidos da década de 1950. Em Levi, G. e Schmitt.
- Passos, S.R.L. (2008). Em Brasil/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Piaget, J. (2011). *Seis Estudos de Psicologia*. 25ª edição, editora Forense Universitária.
- Pinsky, I., Bessa M.A. (2004). As principais drogas: como elas agem e quais seus efeitos. Em: Lemos T, Zaleski M. *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Editora Contexto, 2004.
- Pinsky, I., Sami, A.R.J. & Jundi, E.I. (2008). O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(4):362-74.

- Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., Laranjeira, R., e Caetano, R. (2010). Os padrões de consumo de álcool entre os adolescentes brasileiros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (3), 242-249. Epub 30 de abril de 2010.
- Potter, P.A., e Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem*. Trad. Gomes, L.T., Duarte, L.H. e Nascimento, M.I.C. 6^a ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier. ISBN 85-352-1677-4
- Pratta, E.M.M., e Santos, M.A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, vol.12 no.2 Maringá May/Aug. 2007. doi 10.1590/S1413-73722007000200005
- Ray, J.G, Moineddin, R., Bell, C.M., Thiruchelvam, D., Creatore, M.I., Gozdyra, P., et al. (2008). Alcohol Sales and Risk of Serious Assault. *PloS Med*; 104:725-31.
- Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996* (1996). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>
- Retratos da leitura no Brasil 3*. (2012). Zoara Failla (org.). Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Instituto Pró-Livro. ISBN 978-85-401-0085-5
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n.1, p. 59-62, maio.
- Ribeiro, M., e Laranjeiras, R. (2010). O Plano de Tratamento. Em Ribeiro, M. e Laranjeiras, R. (orgs.). *O tratamento de Usuário de Crack: Avaliação Clínica, Psicossocial, Neuropsicológica e de Riscos, Terapias psicológicas, Farmacologia e reabilitação, ambientes de tratamento*. Editora Casa Leitura Médica, São Paulo.
- Ribeiro, K.C.S., Coutinho, M.P.L., e Nascimento, E.S. (2010). Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 30, n. 3, set.
- Rocha, A.P.R. e Garcia, C.A. (2008). A adolescência como ideal cultural contemporâneo. *Psicologia, ciência.e profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, set.
- Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psyche*, São Paulo, v. 12, n. 23, dez.
- Room, R., Babor, T., e Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365: 519-530.
- Rousseau, J.J.E. (1762/1999). *Da educação*. São Paulo: Martins Fontes.

- Sá, C.P. (2004). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. Em Spink, Mary Jane (org). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. SP: brasiliense.
- Sadock, B.J., e Sadock, V.A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9^a. ed. São Paulo: Artmed.
- Santos, E.O., Santos-Oliveira, M.F.S., Kauart, F.S., e Manhães, F.C. (2011). Abordagem sobre a prevenção das drogas no contexto escolar. *Interscience Place – Revista Científica Internacional*; Ano 4 - Nº 17, Abril/Junho - pg 18-40.
- Santana, S.M. e Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. Em *Toxicodependências*. Lisboa: SPPT, Ano 14, Nº1, p.17-24. ISSN0874-4890
- Santos, M.F.S., e Aléssio, R.L.S. (2006). De quem é a culpa? Representações sociais de pais das zonas urbanas e rural sobre adolescência e violência. Em Almeida, A.M.O. (org.). *Violência exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. Editora UNB; Brasília.
- Santos, M.S., Xavier, A.S., e Nunes, A.I.B.L. (2009). *Psicologia do Desenvolvimento: temas e teorias contemporâneos*. Brasília: Líber Livros.
- Santos, M.S.D., e Velôso, T.M.G. (2008). Alcoholism: social representations made by alcoholics undergoing treatment and by their relatives. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.26, p.619-34, jul./set.
- Santos, T.K., Cieslak, F., Goes S.M., Gordia, A. P., Quadros, T.M.B., Levandoski, G., Junior, G.B.V., e Leite, N. (2008). *Consumo de álcool em adolescentes de uma escola da rede pública de ensino do município de Ponta Grossa (PR)*. Conexões, 6, 254-260.
- Santos, M.S.D., e Velôso, T.M.G. (2008). Alcoholism: social representations made by alcoholics undergoing treatment and by their relatives. *Interface - Comunic., Saúde, Educação*, v.12, n.26, p.619-34, jul./set.
- Saraiva, E.R.A. (2007). *A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais*. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: UFPB.
- Saraiva, E.R.A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

- Saraiva, E.R.A; Coutinho, M.P.L., e Miranda, R.S. (2011). O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. Em Coutinho, M. P. L. e Saraiva, E. R. A. (Org), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 67-94). João Pessoa: Ed. Universitária.
- Schenker, M., e Minayo, M.C.S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*; 8:299-306.
- Scivoletto, S.; Nicastri, S., e Zilberman, L.M. (1994). Transtorno Depressivo na Adolescência: Diagnóstico e Tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 51, n° 9, pp. 1211-1225.
- Scivoletto, S. (2011). Mudanças Psicológicas na Adolescência e o Uso de Drogas nesta Faixa Etária. Em Silva, E.A., e Micheli, D. (orgs.). *Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: Uma Visão Integrativa*. São Paulo: Editora Fap- Unifesp.
- Scliar, M. (2008). O nascimento da melancolia. *Idé*, São Paulo, v. 31, n. 47, dez.
- Secretaria Nacional antidrogas (2000). *Álcool: o que você precisa saber*. Brasília: SENAD.
- Silva, C.R., e Lopes, R.E. (2009). Adolescência e Juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR*, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87–106, jul/dez.
- Silva, G.B.S., Tomaz, A.M., Bandeira, C.O., Nepomucena, C.S. e Tavares, F.B. (2008). *Intervindo na relação escola e drogas*. Centro de Educação/Departamento de Fundamentação de Educação/PROLICEN.
- Silva, S.E.D., e Padilha, M.I. (2011). Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. *Revista Escola de Enfermagem, USP*; 45(5):1063-9.
- Smeltzer, S.C., e Bare, B.G. (2002). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.4, p. 1535-1955.
- Sousa, M. do C., e Moreira, M.I.C. (2012). Adolescência em Camadas Populares: Particularidade e Singularidade na Trama Escolar. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, Vol 7(N.1), São João del-Rei, janeiro/junho 2012.
- Souza, D.P.O., Areco, K.N., e Silveira Filho, D.X. (2005). Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista Saúde Pública*; 39(4):585-92.

- Souza, L. (2010). *Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina*. (Tese de doutorado - Faculdade de Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-01022011-181552/>
- Souza, L. Silva, R. Godoy, R. Cruzeiro, A., Farias, A. Pinheiro, R. Horta, B. Silva, R. (2008) Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 57(4): 261-266.
- Souza, S.L., Ferriani, M.G.C., Silva, M.A.I., Gomes, R., e Souza, T.C. (2010). A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):733-741.
- Strauch, S.E, Pinheiro, R.T., Silva, R.A., e Horta, B.L. (2009). Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*; 43(4):647-55.
- Tavares, B. F., Béria, J.U., e Lima, M.S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, vol.35, no.2, São Paulo.
- Tavares, L.A.T. (2010). *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. Cultura Acadêmica, São Paulo.
- Teixeira, P.S. (2007). Adolescente, uso de álcool, depressão e desenvolvimento cognitivo. Dissertação de Mestrado em Educação Escolar – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras.
- Teixeira, P.S., Stefanini, M.C.B., Martins, R.A., e Cruz, L.A.N. (2011). Desenvolvimento cognitivo e sintomas depressivos em adolescentes que fazem uso de bebidas alcoólicas. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. Ed. port.*; vol.7, n.1.
- Thase, M.E., Friedman, E.S., Biggs, M.M., et al. (2007). Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*;164:739–52.
- Triviños, A.N.S. (2010). *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1^a. ed. São Paulo: Atlas.
- Trotter, T. (1988). *Um Ensaio, Medicina, Filosofia e Química, na embriaguez e seus efeitos sobre o corpo humano*. (Porter, R., ed.), Routledge, (Londres).
- UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (2012). Plano de Enfrentamento às Drogas completa sete meses com avanços. Blog Dependência Química. Coordenação Dr. Ronaldo

- Laranjeira. Retirado de http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15072:plano-de-enfrentamento-as-drogas-completa-sete-meses-com-avancos&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94
- UNICEF (2011). O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância – Brasília, DF: 182pp.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2003). Global illicit trends. New York.
- Vieira, D.L.; Ribeiro, M., e Laranjeira, R. (2007). Evidence of Association Between Early Alcohol Use and Risk of Later Problems. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (3), pp.222-227.
- Vieira, D.L, Ribeiro, M., Romano, M., e Laranjeira, R. (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Revista de Saúde Pública*. jun; 41(3):396- 403.
- Vieira, K.F.L. (2008). *Depressão e suicídio: uma abordagem psicossomática no contexto acadêmico*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Centro de Ciências Humanas, Artes e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Vieira, K.F.L., e Coutinho, M.P.L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 28, n. 4, dez.
- Vieira, K.F.L., Saraiva, E.R.A. & Coutinho, M.P.L. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 2, pp. 176-183, abr./jun.
- Vieira, P.C., Aerts, D.R.G.C, Freddo, S.L., Bittencourt, A. e Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Vol.24, n. pp. 2487-2498.
- Vigotsky, L.S. (2011). *A Construção do Pensamento e da Linguagem*. Editora Martins Fontes.
- Vygotsky, L.S. (1996). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 5^a.ed. São Paulo (Brasil): Martins Fontes.
- World Health Organization – WHO. (1993). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision. Geneva.
- World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders. *Setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2010). Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. Copenhagen:

World Health Organization. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em

http://www.euro.who.int/Document/MNH/MH_PromotionYoungPeople.pdf

ANEXOS

ANEXO 1
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 138/CEP- HUJM/2011

"COM PENDÊNCIAS"

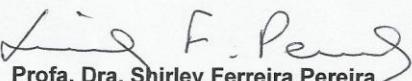
APROVADO "ad referendum"

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: "Adolescência, depressão e uso do álcool: Um estudo psicosociológico," encaminhada pelo (a) pesquisador (a) **Henriett Marques Montanha** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 15/02/2012 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 15 de Fevereiro de 2012.


Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá -MT, Brasil
CCBS I - 1º Piso – Universidade Federal de Mato Grosso
Fone: 65-3615-8254. e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
<http://www.ufmt.br/cep>

ANEXO 2
TERMO DE CONSENTIMENTO DA ESCOLA

Prezado (a) Diretor (a),

Estamos realizando um estudo cuja finalidade é conhecer os fenômenos da depressão e do uso e abconsuming do álcool em jovens de 13 a 17 anos que cursam o Ensino Médio. Neste sentido, para efetivação deste estudo, gostaríamos de contar com a colaboração da vossa instituição de ensino, disponibilizando o acesso a algumas turmas de alunos. Para tanto, de acordo com o disposto nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário o vosso consentimento. O tempo estimado da pesquisa é de 50 minutos, onde será aplicado, em sala de aula, um “livreto” com diferentes questionários (anexo). Os dados coletados nesta pesquisa serão considerados em conjunto, garantindo seu caráter anônimo e sigiloso. Por fim, nos colocamos à inteira disposição de V.S^a. para, ao final do estudo, apresentar um relatório com os resultados encontrados.

Termo de Consentimento

Assinando este termo, estou consentindo a participação dos alunos no projeto de pesquisa de autoria de Henriett Marques Montanha, intitulado “**ADOLESCÊNCIA, DEPRESSÃO E CONSUMO DO ÁLCOOL: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLOGICO**”, do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (doutorado), da Universidade Federal da Paraíba, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho.

____ de _____ de 2011.

Carimbo e assinatura do Coordenador/Diretor da Instituição

ANEXO 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada Um estudo sobre a relação “Adolescência, Depressão e Consumo do álcool: Um Estudo Psicossociológico”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 3615-8254.

O objetivo principal desta investigação é apreender as representações sociais da sintomatologia da depressão, do álcool elaboradas por estudantes de Ensino Médio de duas escolas da cidade de Cuiabá. Este estudo conta com objetivos específicos direcionados a investigar a manifestação da depressão e do consumo do álcool no coletivo de adolescentes do ensino médio do IFMT – Campus Cuiabá e do Colégio Coração de Jesus.

Sua participação neste estudo se dará no sentido de participar de instrumentos que constam de duas etapas: a primeira consistirá em responder ao questionário sócio demográfico, três instrumentos sobre adolescência, depressão e consumo do álcool e para a segunda etapa trinta alunos serão convidados para voluntariamente para uma entrevista semi dirigida sobre depressão e consumo do álcool.

Os riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa são mínimos, uma vez que trataremos de temas relacionados às representações da adolescência, depressão e consumo do álcool. A qualquer momento que você achar necessário poderá solicitar esclarecimentos sobre o que está sendo tratado bem como solicitar a interrupção de sua participação, sem nenhum ônus, de qualquer natureza.

Asseguro que o que for registrado e escrito será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações neste estudo contidas, inclusive na divulgação da mesma. Com esta investigação espera-se compreender como a resiliência é construída pelos participantes.

Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Pesquisadora: Henriett Marques Montanha, doutoranda do Programa Dinter da Universidade Federal da Paraíba e Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Mato Grosso. Telefone: 3314 3543 92840829.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu (nome do participante).....
idade:..... sexo:..... Naturalidade:..... portador(a) do documento RG Nº:..... declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante -----

Assinatura dos pais ou responsáveis

Assinatura do pesquisador principal: -----

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20_____

ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS

Eu, Henriett Marques Montanha, pesquisadora autora do projeto: USO DO ÁLCOOL E DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLOGICO, declaro meu compromisso de divulgar e publicar quaisquer que sejam os resultados encontrados na pesquisa acima citada, por meio de palestras e publicações do trabalho em artigos. Resguardando, no entanto, os interesses dos participantes envolvidos, que terão suas individualidades preservadas e mantidas em sigilo.

Cuiabá, 10 de Fevereiro de 2011.

(Assinatura)

ANEXO 5

TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS (TALP)

SEXO: Feminino Masculino IDADE:

ANO DE ESCOLARIDADE: 1º Ano 2º Ano 3º Ano 4º Ano

CURSO:

1. ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

1.1 Escreva o mais rápido possível todas as palavras que lhe vem à cabeça quando eu falo a palavra:

1.2 Escreva o mais rápido possível todas as palavras que lhe vem à cabeça quando eu falo a palavra:

1.3 Escreva o mais rápido possível todas as palavras que lhe vem à cabeça quando eu falo a palavra:

1.4 Escreva o mais rápido possível todas as palavras que lhe vem à cabeça quando eu falo a palavra:

1.5 Escreva o mais rápido possível todas as palavras que lhe vem à cabeça quando eu falo a palavra:

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Este questionário é um instrumento para estudo da depressão e consumo do álcool na adolescência. Solicito a sua colaboração para responder as questões que seguem. Suas respostas são confidenciais, portanto não é necessário sua identificação. Por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta. Muito obrigada.

2. Questionário sócio demográfico

<p>1. SEXO <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino</p> <p>2. Idade <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17</p> <p>3. Que curso, ano e turno você estuda? Curso: Ano: Turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Integral</p> <p>4. Você já reprovou algum ano? <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? <input type="checkbox"/> Em que disciplina(s)? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Você tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6. Qual sua posição na hierarquia familiar (1º filho, 2º..)? <input type="checkbox"/> primeiro <input type="checkbox"/> segundo <input type="checkbox"/> terceiro <input type="checkbox"/> 7. Com quem você mora? 1. <input type="checkbox"/> Pai e Mãe 2. <input type="checkbox"/> pai, mãe e irmão(s) 3. <input type="checkbox"/> Madrasta, pai e irmão(s) 4. <input type="checkbox"/> Padrasto, mãe e irmão(s) 5. <input type="checkbox"/> Irmão(s) e irmã(s) 6. <input type="checkbox"/> Tio(s), tia(s) 7. <input type="checkbox"/> Sozinho(a) 8. <input type="checkbox"/> Outras pessoas. Quem?</p> <p>8. Que bairro/cidade você mora? Bairro: Cidade:</p> <p>9. O imóvel que você mora é: <input type="checkbox"/> próprio <input type="checkbox"/> alugado <input type="checkbox"/> cedido <input type="checkbox"/> outros. Especifique:</p> <p>18. Você tem algum tipo de apoio nos estudos? (financeiro, emocional..) <input type="checkbox"/> Sim Qual o tipo? De quem? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>19. Como é seu relacionamento com sua família? <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ótimo</p> <p>20. O que você gosta de fazer nas Horas vagas? (hobby)</p> <p>21. Você faz parte de algum grupo de Convivência social? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>22. Você conhece alguém com depressão? <input type="checkbox"/> Sim. Quem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p>10. Qual a escolaridade de seu pai? <input type="checkbox"/> Não é alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-doutorado</p> <p>11. Seu Pai trabalha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p>12. Qual a ocupação (profissão) de seu pai? </p> <p>13. Qual a escolaridade da sua mãe? <input type="checkbox"/> Não é alfabetizada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-doutorado</p> <p>14. Sua Mãe Trabalha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aposentada</p> <p>15. Qual a ocupação (profissão) da sua mãe? </p> <p>16. Qual sua renda familiar? (salário mínimo) <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a 8 <input type="checkbox"/> 9 ou mais</p> <p>17. Você possui alguma renda financeira? Bairro: Cidade: <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> mesada <input type="checkbox"/> estágio <input type="checkbox"/> outros. Especifique:</p> <p>18. Você já teve depressão? <input type="checkbox"/> Sim. Com quantos anos? Qual o motivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>19. Como é seu relacionamento com sua família? <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ótimo</p> <p>20. O que você gosta de fazer nas Horas vagas? (hobby)</p> <p>21. Você faz parte de algum grupo de Convivência social? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>22. Você conhece alguém com depressão? <input type="checkbox"/> Sim. Quem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>23. Você já teve depressão? <input type="checkbox"/> Sim. Com quantos anos? Qual o motivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>24. Você conhece alguém que consome Bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Sim. Quem? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>25. Na família (com quem você mora), existem pessoas que tem problemas com álcool? <input type="checkbox"/> Sim. Quem? <input type="checkbox"/> Não</p>
--	---

ANEXO 7
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL

3.Por favor, leia atentamente cada um dos 20 itens abaixo, escolhendo apenas **uma das três alternativas** que mais se aproxime de como você tem se sentido nos últimos trinta dias. Faça isso marcando uma única letra para cada item.

- (01) a) Eu fico triste de vez em quando.
b) Eu fico triste muitas vezes.
c) Eu estou sempre triste.
- (02) a) Para mim tudo se resolverá bem.
b) Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
c) Nada vai dar certo para mim.
- (03) a) Eu faço bem a maioria das coisas.
b) Eu faço errado a maioria das coisas.
c) Eu faço tudo errado.
- (04) a) Eu me divirto com muitas coisas.
b) Eu me divirto com algumas coisas.
c) Nada é divertido para mim.
- (05) a) Eu sou mau de vez em quando.
b) Eu sou mau com frequência.
c) Eu sou sempre mau.
- (06) a) De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
b) Eu temo que coisas ruins me aconteçam.
c) Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
- (07) a) Eu gosto de mim mesmo.
b) Eu não gosto muito de mim mesmo.
c) Eu me odeio.
- (08) a) Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem.
b) Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa.
c) Tudo de mau que acontece é por minha culpa.
- (09) a) Eu não penso em me matar.
b) Eu penso em me matar, mas não o faria.
c) Eu quero me matar.
- (10) a) Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
b) Eu sinto vontade de chorar frequentemente.
c) Eu sinto vontade de chorar diariamente.
- (11) a) Eu me sinto preocupado de vez em quando.
b) Eu me sinto preocupado frequentemente.
c) Eu me sinto sempre preocupado.

- (12) a) Eu gosto de estar com pessoas.
b) Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.
c) Eu não gosto de estar com pessoas
- (13) a) Eu tenho boa aparência.
b) Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
c) Eu sou feio.
- (14) a) Eu durmo bem à noite.
b) Eu tenho dificuldades de dormir algumas noites.
c) Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite.
- (15) a) Eu me canso de vez em quando.
b) Eu me canso frequentemente.
c) Eu estou sempre cansado.
- (16) a) Eu não me sinto sozinho.
b) Eu me sinto sozinho muitas vezes.
c) Eu sempre me sinto sozinho.
- (17) a) Eu me divirto na escola frequentemente.
b) Eu me divirto na escola de vez em quando.
c) Eu nunca me divirto na escola
- (18) a) Sou tão bom quanto outros jovens.
b) Se eu quiser posso ser tão bom quanto outros jovens.
c) Não posso ser tão bom quanto outros jovens.
- (19) a) Eu tenho certeza que sou amado por alguém.
b) Eu não tenho certeza que alguém me ama.
c) Ninguém gosta de mim realmente.
- (20) a) Eu sempre faço o que me mandam.
b) Eu sempre faço o que me mandam com frequência.
c) Eu nunca faço o que me mandam.

ANEXO 8

TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL (AUDIT)

4. Sobre seu uso de álcool, responda com toda sinceridade, colocando apenas um X em cada questão que melhor descreva sua resposta.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- 0 () Nunca
- 1 () Uma vez por mês ou menos
- 2 () 2-4 vezes por mês
- 3 () 2-3 vezes por semana
- 4 () 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

- 0 () 0 ou 1
- 1 () 2 ou 3
- 2 () 4 ou 5
- 3 () 6 ou 7
- 4 () 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- 0 () Nunca
- 1 () Menos que uma vez por mês
- 2 () Uma vez por mês
- 3 () Uma vez por semana
- 4 () Quase todos os dias

4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguia parar de beber uma vez tendo começado?

- 0 () Nunca
- 1 () Menos que uma vez por mês
- 2 () Uma vez por mês
- 3 () Uma vez por semana
- 4 () Quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

- 0 () Nunca

1 () Menos que uma vez por mês

2 () Uma vez por mês

3 () Uma vez por semana

4 () Quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

0 () Nunca

1 () Menos que uma vez por mês

2 () Uma vez por mês

3 () Uma vez por semana

4 () Quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

0 () Nunca

1 () Menos que uma vez por mês

2 () Uma vez por mês

3 () Uma vez por semana

4 () Quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

0 () Nunca

1 () Menos que uma vez por mês

2 () Uma vez por mês

3 () Uma vez por semana

4 () Quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

0 () Não

2 () Sim, mas não no último ano

4 () Sim, durante o último ano

10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

0 () Não

2 () Sim, mas não no último ano

4 () Sim, durante o último ano

ANEXO 9
ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

5. Entrevista semidirigida – questões norteadoras

1. *Depressão:*

- Fale tudo o que você sabe sobre depressão. Você pode falar de forma livre e pode começar por onde achar melhor.
- Em sua opinião, o que é depressão?
- Fale-me um pouco mais sobre o que você pensa acerca da causa da depressão.
- Quais as consequências da depressão?
- O que mais você gostaria de falar sobre a depressão?

2. *Consumo do álcool:*

- Comece por onde achar melhor e me fale tudo o que você sabe a respeito do consumo do álcool.
- Em sua opinião, o que leva as pessoas ao consumo do álcool?
- Agora me fale tudo que você sabe a respeito do uso e abuso de álcool.
- Quais as consequências do uso e abuso do álcool?

3. *Adolescência:*

- De forma livre, comece por onde você achar melhor, fale-me tudo o que você sabe sobre a adolescência.
- Em sua opinião, como é a adolescência; como ela acontece?
- Mais alguma coisa que gostaria de falar sobre a adolescência?