

As questões da diversidade cultural e das migrações estão no centro das preocupações da maioria dos Estados e são da maior actualidade no contexto do mundo globalizado.

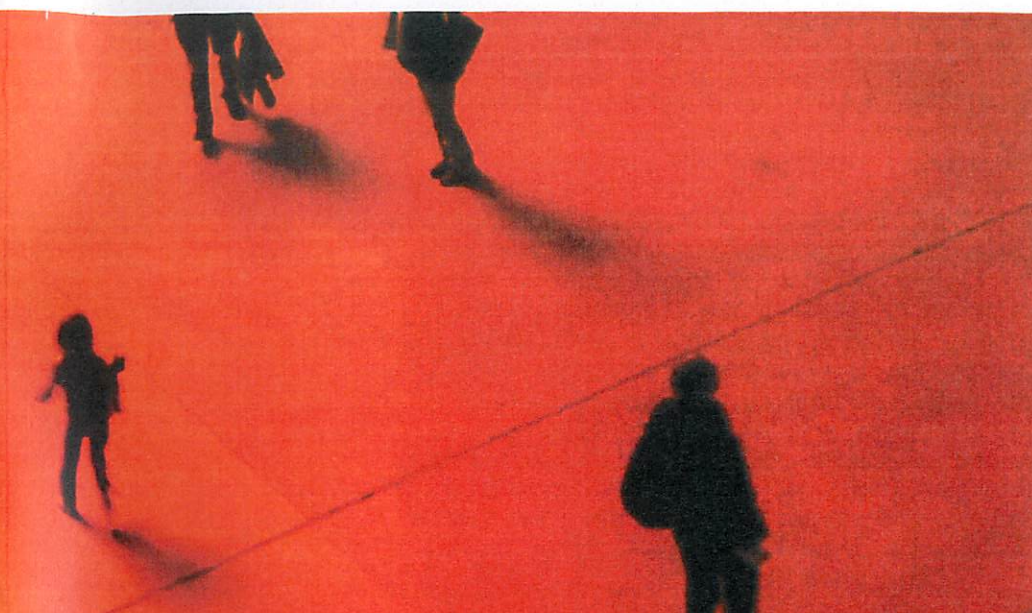
Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos que no passado, o que faz com que no mundo actual 200 milhões de homens e mulheres vivam fora dos seus países de origem.

O fenómeno migratório constitui uma realidade política e jurídica ao nível mundial e um importante factor de mudança no contexto nacional, internacional, individual, grupal e relacional. Esta problemática de características globais e multidisciplinares, vem colocar enormes desafios à sociedade, ao Estado, às políticas sociais, educativas, sanitárias e de cidadania e ao diálogo intercultural.

A obra destaca alguns destes desafios que se colocam hoje às sociedades multiculturais e às relações interculturais, oferecendo para análise e discussão um conjunto de textos de diferentes autores com reflexões teóricas, práticas e de pesquisa relativas às questões da saúde e da comunicação em contexto migratório e multi/intercultural e aos principais problemas que se evidenciam neste âmbito.

Espera-se que a leitura desta obra contribua para o desenvolvimento da pesquisa e da formação na área da saúde, cultura e migração, para a promoção de cuidados de saúde culturalmente competentes e adaptados às características e necessidades dos indivíduos e das populações, assim como, para uma maior consciencialização dos cidadãos, profissionais e decisores políticos sobre os direitos, igualdade de oportunidades e exercício de cidadania de todos, em particular, das minorias.

ISBN 978-85-7745-205-0



saúde, migração e interculturalidade

perspectivas teóricas e práticas

Natália Ramos
organizadora



Professora na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Doutorada em Ciência Económica – Economia dos Recursos Humanos pela Universidade de Paris I – Sorbonne. Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa. Colaboradora no Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP). Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brasil. Tem coordenado e realizado projectos internacionais nos domínios das Migrações, Emprego, Educação, Cidadania e Integração Europeia. As áreas de pesquisa a que se tem dedicado incluem a Economia dos Recursos Humanos, Migrações Internacionais, Políticas Sociais, Economia e Sociedade Portuguesa e Integração Europeia.

E-mail: cramos@fep.up.pt

Natália Ramos

Psicóloga; Doutorada em Psicologia pela Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris V; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI); Responsável pela linha de Pesquisa "Saúde, Cultura e Desenvolvimento" do CEMRI; Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta; Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

E-mail: natalia@univ-ab.pt.

Maria da Penha de Lima Coutinho.

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, vinculada ao Departamento de Psicologia, ministrando disciplinas nos cursos de Graduação e Pós-graduação-mestrado/doutorado. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com Pós-doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa, Pt. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia Social, UFPB; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, UFPB. Bolsista de Produtividade do CNPq.

E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br.

Ieda Franken

Graduada em Psicologia pela Universidade do

NATÁLIA RAMOS
Organização

SAÚDE, MIGRAÇÃO E INTERCULTURALIDADE

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Editora Universitária da UFPB
João Pessoa
2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

reitor
RÔMULO SOARES POLARI
vice-reitora
MARIA YARA CAMPOS MATOS



EDITORA UNIVERSITÁRIA

diretor
JOSÉ LUIZ DA SILVA
vice-diretor
JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO
supervisor de editoração
ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JUNIOR

S255 Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas / Natália Ramos (Org.). – João Pessoa : Editora Universitária / UFPB, 2008.

348p.

1. Migração 2. Relações sociais 3. Interculturalidade
I. Ramos, Natália – Org.

UFPB/BC

CDU : 325.1

Direitos desta edição reservados à:
EDITORA UNIVERSITÁRIA/UFPB
Caixa Postal 5081 - Cidade Universitária - João Pessoa - Paraíba - Brasil - CEP: 58.051-970
www.editora-ufpb.com.br
Impresso no Brasil Printed in Brazil

Foi feito depósito legal

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
Capítulo 1 Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais <i>Maria da Conceição Pereira Ramos</i>	11
Capítulo 2 Migração, Aculturação e Saúde <i>Natália Ramos</i>	45
Capítulo 3 Interculturalidade e Comunicação nos Cuidados de Saúde <i>Natália Ramos</i>	97
Capítulo 4 Depressão, Migração e Representações Sociais no Contexto Escolar de Portugal <i>Maria da Penha de Lima Coutinho</i> <i>Ieda Franken</i> <i>Natália Ramos</i>	133
Capítulo 5 Migração, Qualidade de Vida e Saúde Mental: um Estudo com Brasileiros Migrantes <i>Ieda Franken</i> <i>Maria da Penha de Lima Coutinho</i> <i>Natália Ramos</i>	177
Capítulo 6 Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde <i>José Edmundo de Sousa</i>	213

Capítulo 7

Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e Práticas Sobre Planeamento Familiar

Helena Isabel Borges Manuel 261

Capítulo 8

Gravidez em Contexto de Seropositividade num Grupo de Migrantes da Região de Lisboa

Lídia Correia Lopes 311

Capítulo 4

DEPRESSÃO, MIGRAÇÃO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO ESCOLAR DE PORTUGAL¹³

*Maria da Penha de Lima Coutinho
Ieda Franken
Natália Ramos*

Todas diferentes, mas todas iguais...

*Somos brancas, amarelas, vermelhas ou negras;
Ricas ou pobres...
Mas...
Todas...
Gostamos de brincar, correr, saltar,
Jogar, aprender...
Adoramos gelados e surpresas...
Detestamos sentir fome ou frio, ser maltratadas...
Sofrer...
Desejamos ver a família e os amigos contentes...
Sonhamos com um futuro feliz...
Existimos aos milhares pelos vários continentes...
Temos todas, o olhar inocente e profundo...
Somos homens e mulheres de amanhã...
Somos todas crianças em todo o mundo!*

(Criança portuguesa, 09 anos)

¹³ Artigo originado do programa pós-doutoral da primeira autora apoiado pela CAPES.

Introdução

Este capítulo versa sobre a temática depressão e migração no contexto escolar de Portugal subsidiada pela Teoria das Representações Sociais.

Nesta investigação a depressão é compreendida como um sofrimento psíquico e/ou dor moral desencadeada por uma situação ou um acontecimento desagradável que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e capacitação social do indivíduo, Coutinho (2001).

A dor e o sofrimento advindo de crises vitais e/ou de situações estressantes, muitas vezes provocam desordens psicoafetivas, cognitivas, comportamentais, biológicas e fisiológicas, nos indivíduos de modo geral, acentuando nas fases iniciais do desenvolvimento — crianças e adolescentes.

Nesse direcionamento a depressão provoca uma inibição global da pessoa, alterando a percepção de mundo, da realidade e da manifestação dos sentimentos e emoções. Na criança e no adolescente, quase sempre ocasionam comprometimento e interfere no desenvolvimento do seu processo de maturidade psicológica e sócio-cultural.

Segundo Nuber (1991), a depressão é um fenômeno que vem crescendo nos últimos anos, cujas explicações encontram-se associadas a dois fatores: à alteração das condições de vida e aos cuidados que atualmente as pessoas não têm consigo mesmas. A compreensão dos citados fatores enquanto desencadeadores da depressão são essenciais para a análise das averiguações do significado do ser sadio e do ser doente, no contexto sócio-cultural, em relação à saúde integral dos indivíduos.

A depressão é muitas vezes classificada como distímia quando os sintomas permanecem por períodos bastante prolongados (pelo menos seis meses) de forma "leve", enquanto que nas ocorrências graves da depressão os sintomas atingem proporções incontroláveis, impossibilitando as atividades normais do indivíduo e obrigando internamento hospitalar devido ao alto risco de suicídio.

É importante analisar os fatores bio-psico-sócio-culturais que se encontram imbricados nessa síndrome, uma

vez que, em geral, o comportamento do ser depressivo encontra-se lentificado, sua mímica é menos viva, fala menos e com longas pausas, todo trabalho que tenta realizar torna-se difícil, necessitando de muito esforço e seu resultado não lhe trás satisfação. Sua atividade torna-se menos dinâmica, vê-se desorganizado, o que reforça os seus sentimentos de incapacidade, minimizando inclusive os automatismos da vida cotidiana.

A incapacidade de pensar na retomada do viver com base na alegria e na felicidade, conduz, naturalmente, o ser depressivo, à elaboração de pensamentos nefastos associados a suicídio e/ou morte qualquer que seja o modo com o qual ele os exprime (COUTINHO, 2001/2005).

O interesse e o reconhecimento oficial da depressão infantil são recentes. Na Europa, iniciou-se em 1971, com a realização do "4º Congresso da União Européia dos Pedopsiquiatras sobre os *Estudos Depressivos na Infância e Adolescência*", em Estocolmo, (RAMOS, 1989). E foi em 1975, que os americanos mediante o *National Institute of Mental Health of the USA* (NIMH), reconheceram a existência da depressão em crianças e adolescentes (BAHLS, 2002).

Uma das justificativas utilizadas para o reconhecimento tardio da depressão, na criança, era a suposição de que esse grupo não tinha problemas vivenciais (CAMPBELL, *et al* 1995).

A partir de então, verifica-se um avanço no desenvolvimento de instrumentos voltados para a identificação da depressão, a exemplo de entrevistas diagnósticas estruturadas, semi-estruturadas, escalas e inventários de avaliação, com fins de diagnóstico. Apesar desses avanços, é por meio do estudo de Kovacs e Beck (1977) que a depressão infanto-juvenil passa a ser considerada, de fato, uma síndrome independente daquela observada na fase adulta, estabelecendo-se, a partir daí, critérios de diagnóstico clínico, biológico e psicossocial (RAMOS, 1989, COUTINHO, 2001).

A importância de se estudar a depressão em crianças e adolescentes é fundamental devido à possibilidade de evitar o desenvolvimento de maiores problemas em fases posteriores, incluindo até mesmo o suicídio (BAPTISTA e ASSUMPCÃO, 1999).

Investigações, acerca da depressão na criança, vêm demonstrando além do reconhecimento, o assinalamento de frequência e o estabelecimento da depressão cada vez mais cedo (BIRMAHER & cols, 1996; BRENT, 1993; COUTINHO, 2001). No estudo em "Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project", conforme Olsson e Von Knorring (1999), 25% dos adultos com depressão relatam que o primeiro episódio da doença ocorreu antes dos dezoito anos de idade.

Dugas e Mouren (1980) elaboraram um conjunto de descrições clínicas baseadas em estudos de diferentes autores no que tange às principais máscaras sob as quais se revela o transtorno depressivo nas crianças e adolescentes. Segundo eles, os sintomas são variados, inespecíficos e nenhum deles possuem um significado patognomônico. Em geral, suas manifestações encontram-se associadas a distúrbios de aprendizagem e de comportamento, os quais encobrem uma gama de categorias nosológicas distintas. Entre outros sintomas, verifica-se, com bastante frequência, a presença de ansiedade, irritabilidade, perturbação no comportamento alimentar, resistência em ir à escola, queixas abdominais, fobias, obsessões, hipochondria e ideação suicida.

De acordo com Sandler e Joffe (1965), os sintomas mais prevalentes na criança são: tristeza; infelicidade; sentir-se deprimida; atitude de retraimento e de desinteresse mais ou menos permanente; aparência de aborrecida; insatisfação; pouca capacidade de sentir prazer; sentimento de ser rejeitada ou mal amada; tendência a se afastar, facilmente, quando desapontada; tendência geral a regredir a uma fase com aumento das necessidades orais; insônia ou outros distúrbios do sono; atividades auto-eróticas e dificuldade de estabelecer um bom contato com o terapeuta.

Estudos têm revelado que a dificuldade de memória está diretamente relacionada à severidade da depressão (BANDIN, ROAZI, SOUGEY, BOTELHO & CARVALHO, 1998). É necessária uma maior investigação no que diz respeito à correlação entre os componentes metacognitivos e afetivo-motivacionais.

Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo encontrada mais comumente do que em adultos

deprimidos. Os transtornos comórbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade (especialmente o transtorno de ansiedade de separação), o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção, e em adolescentes acrescentam-se os transtornos relacionados a substâncias psicoativas e os transtornos alimentares.

A depressão em adolescentes, conforme literatura específica manifesta-se de forma semelhante aos dos adultos, porém, existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nessa fase do desenvolvimento.

Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se, principalmente, irritáveis e instáveis; podendo manifestar crises de explosão e raiva em seu comportamento (COUTINHO, 2001).

Do ponto de vista psicopatológico, o quadro depressivo tem como elemento central, o *humor triste*; entretanto, ele se caracteriza por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos relativos à autovalorização, à volição e à psicomotricidade. Também podem estar presentes sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados.

Segundo Gunnell, (2000), o risco de suicídio é, particularmente, elevado no decurso de dois períodos: um em torno da instalação do estado depressivo (suicídio inaugural) e o outro, no decorrer do tratamento, em torno das primeiras melhoras. No transcurso deste, uma das primeiras melhoras é o desaparecimento da diminuição do comportamento psicomotor, mas, infelizmente, persistem as idéias negras; é nesse momento que o deprimido pode, então, encontrar a energia necessária para a realização de seu suicídio. Ainda segundo esse autor, a avaliação de risco suicídio é sempre difícil e a expressão de idéia de morte não constitui, em caso algum, a garantia da realização; em geral, dois terços dos deprimidos suicidas possuem como parte de seus pensamentos o desejo de morrer antes de realizá-lo.

Com o desenvolvimento do pensamento abstrato há uma compreensão mais clara acerca da morte. Conseqüente-

mente, nas crianças mais velhas e adolescentes depressivos, tanto as idéias de suicídio como as tentativas alcançam uma dimensão de risco elevado. O suicídio, particularmente no adolescente, é considerado como a manifestação mais grave e relevante do quadro clínico da depressão. Atualmente, há uma tendência entre os autores a denominarem comportamento autodestrutivo deliberado a tentativa de suicídio (*DELIBERATE SELF-HARM*) (PROSSER & MCARDLE, 1996; GUNNELL, 2000; HURRY, 2000).

A ocorrência do comportamento suicida, entre jovens, aparenta estar aumentando nas últimas décadas, apesar da adolescência destacar-se como o período mais relacionado à morte devido a causas violentas (PROSSER & MCARDLE, 1996; GUNNELL, 2000; 1998; WEISSMAN *et. al.*, 1999; FEIJÓ *et. al.*, 1996). Segundo Marcelli (1995), o suicídio é a segunda causa de mortalidade, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito nessa fase de desenvolvimento do ser humano.

Além do risco de suicídio, outro comportamento que vem se associando à depressão é o uso abusivo de substâncias tóxicas. Na adolescência, a depressão é quase sempre combinada com abuso de substância psicoativas ou transtornos de ansiedade. Pesquisas mostram que o uso do álcool ou de outras substâncias tóxicas de forma continuada pode suceder a um estado depressivo e aparecem como tentativas de autodestruição de seu mal-estar (DEYKIN *et COL.*, 1987; SOLOMON, 2002; COUTINHO, 2003, 2005).

O processo migratório

Nos dias atuais, o processo migratório tornou-se, cada vez mais, complexo e plural, principalmente, no que se refere às causas que o originam que vão desde as de tipo econômico, político, psico-sócio-cultural, àquelas provocadas pelas evoluções tecnológicas, observadas nas últimas décadas do século passado e início desse novo milênio.

Em 2004, o *World Economic and Social Survey* apontava que 175 milhões de pessoas viviam fora do país em que nasceram. Isso significa que uma em cada 35 pessoas é migrante, valor que corresponde a 2,9% da população mundial. A inten-

sidade do fenômeno pode ser elucidada levando-se em conta que, em 1910, o número de emigrantes era de 33 milhões, ou seja, 2,1% da população planetária.

Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2005), atualmente em todo o planeta, existem 185 milhões de migrantes os quais contribuem com seu potencial para o desenvolvimento sócio-econômico e enriquecimento cultural tanto no próprio país quanto no exterior. Esse mesmo relatório revela os efeitos da globalização, da liberalização comercial, da integração econômica e da ampla abertura entre nações ricas e pobres, nos fluxos migratórios.

Para Seabra (2005):

as causas inerentes à decisão de emigrar substanciam-se em acontecimentos específicos que empurram, quase sempre de forma traumática, o migrante a deixar o seu país de origem, afetando-o psicologicamente e emocionalmente para o resto de sua existência (p.121).

Em geral, fogem de uma situação intolerável que os obriga a deixar a terra onde nasceram, abandonar sua cultura e ir à busca de novas oportunidades e de novos modos de vida. No imaginário, prevalece a esperança de encontrar um ambiente favorável, onde, mediante o trabalho será possível usufruir qualidade de vida, abundância e liberdade (RAMOS, 2004).

Historicamente, Portugal foi considerado um país tradicional de emigração, é de destacar que entre as décadas de 60 a 80, emigraram mais de um milhão e meio de portugueses, isso caracterizou Portugal nesse período como o país da Europa do Sul de maior população no estrangeiro (RAMOS, 1993).

A partir da década de 80, assistiu-se à intensificação do fenômeno migratório, isto vem gerando discussões polêmicas em torno das questões étnicas e culturais, face às desigualdades e à exclusão social envolvidas nesse processo.

No que diz respeito à imigração brasileira em Portugal, no final da década de 90 (1997), realizou-se o 1º *Simpósio Internacional sobre a Emigração Brasileira*, (Centro de Estudos de Migrações-CEMI), organizado pela Casa do Brasil de Lisboa. Segundo, Carlos Viana (1997), Presidente da Casa do Brasil de

Lisboa, a emigração brasileira tem apresentado uma evolução constante desde 1980 a 1995.

A partir de então, o número de imigrantes brasileiros não documentados começa a fazer-se notar. Para Carlos Viana (op. cit.) o aumento do fluxo migratório brasileiro em Portugal deve-se à facilidade da língua; a alguns acordos bilaterais; à possibilidade de obtenção da nacionalidade portuguesa por laços de parentesco; aos significativos investimentos econômicos de empresas brasileiras em Portugal; à procura de profissionais brasileiros ou à conquista de "nichos" de mercado de trabalho ou de serviços por partes de alguns setores profissionais específicos (dentistas, informáticos, publicitários e, nos últimos anos por trabalhadores de restauração, comércio e hotelaria).

No entanto, os migrantes ao chegarem ao país de acolhimento vivenciam situações adversas, pondo em contradição as possíveis facilidades antes imaginadas. Essas dificuldades, segundo Neto (2002), são oriundas do processo migratório que envolve fatores cognitivos, afetivos e comportamentais ocasionados pelas dificuldades de interação intercultural; perturbações do tipo: estresse, estereótipos, o viés nas atribuições, a ansiedade intergrupar, o etnocentrismo e a discriminação.

Ramos (1993), afirma que a migração representa um estresse psicológico e social – mais ou menos significativo –, *"uma experiência traumática que pode originar traumatismos silenciosos e múltiplos"*.

A migração é uma experiência determinante na vida de um indivíduo e dos membros de sua família. O processo migratório envolve rupturas espaciais e temporais; transformações diversas; nomeadamente, mudanças psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas; implicando a adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias de diferentes modalidades de aculturação; constitui um processo complexo com conseqüências ao nível da saúde física e psíquica; e do estresse psicológico e social (RAMOS, 1993).

Segundo Ramos (2004), a vivência migratória envolve:

A capacidade de fazer face à mudança, que a decisão migratória origina, a capacidade de gerir os sentimentos de abandono, angústia e

perda que a ruptura afetiva, física e cultural desencadeia; a capacidade de reconstrução de elementos do novo meio (p. 256).

Esse processo acompanha-se de clivagens e mudanças diversas: temporais (antes e depois da migração) e espaciais (lá e cá, fora e dentro, o mesmo e o outro). A imigração implica uma ruptura do quadro de referências externas e introduz uma ruptura ao nível do quadro cultural interiorizado (NATHAN, 1986, 1987, apud RAMOS 2004).

Em geral, a imigração da célula familiar não facilita a integração cultural, uma vez que leva consigo tipos de relações familiares, frequentemente, muito diferentes daquelas existentes no país de acolhida. Assim, a adaptação a uma nova cultura leva longo tempo, embora, em se tratando do plano econômico, o imigrante pode se adaptar sem maiores dificuldades. Essa adaptação emerge mais rápido quando as relações de imigrantes e não-imigrantes processam-se sem grandes conflitos. No geral, verifica-se que essas relações ficam, a sua maior parte, estrita às relações laborais, mesmo assim, segundo Conceição Ramos (2003), *"a análise do estatuto sócio-laboral dos imigrantes revela a presença de sistemas de discriminação, severamente penalizados em sua integração social"* (p. 273). Nesse direcionamento, as desilusões que podem advir das relações psicossocio-cultural e, principalmente, da ausência de emprego, moradia e o não acesso a serviços de saúde empurram alguns imigrantes a rejeitar a sociedade do novo país e a adotar comportamentos anti-sociais.

Os imigrantes, enquanto parte dos grupos minoritários, são mais propensos aos efeitos estressantes a que são submetidos no seu dia-a-dia; acarretando, conseqüentemente, mudanças psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas; implicando a adaptação psicológica e social dos indivíduos, das famílias e das diferentes modalidades de aculturação; levando os migrantes a vivenciarem um processo complexo, com conseqüências ao nível da saúde física e psíquica e do estresse psicológico e social, pois, ao imigrarem, as pessoas trazem consigo seus costumes, língua, religião, opini-

ões políticas; devendo resistir a seu novo ambiente social diante dos numerosos problemas de adaptação (RAMOS 2005).

Representações sociais

A história das representações sociais sobre saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os atores sociais e o contexto que os rodeia. A doença pertence não só à história profunda dos progressos científicos e tecnológicos, mas também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições e às representações (LE GOFF, 1991).

O espaço habitado e as relações no âmbito familiar constituem práticas sociais importantes para se desvendarem muitas das representações, valores e aspectos relevantes da estrutura e organização social de qualquer que seja o objeto. Nesse direcionamento, pode-se afirmar que a construção da representação social passa pelo emaranhado de informações, opiniões, normas, atitudes, expectativas, entre outras variáveis formadoras do sujeito; e pela forma como a sociedade cria e estabelece os processos integrativos necessários à sobrevivência do social a partir da interação entre este segmento e o dos indivíduos.

As Representações Sociais são sistemas de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilite às pessoas orientar-se em seu mundo material e social, e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003). Ainda segundo o pensamento do autor essa teoria é considerada uma *"modalidade de conhecimento particular, possuindo como funções a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos"* (MOSCOVICI, 1978, p. 28).

Deste modo, as representações sociais de um objeto podem ser entendidas como produtos de atividades psico-sociais autônomas, próprias de uma sociedade e de uma determinada cultura; também como modos de conhecimento e processos

simbólicos estudados em relação com as culturas (DI GIACOMO, 1986), nas quais os indivíduos são, direta ou indiretamente, produtos e produtores culturais.

As representações sociais são concebidas, enquanto produção do conhecimento no confronto, entre interpretações novas e antigas e nas experiências cujas forças de produção centram-se na comunicação entre os sujeitos. Esse movimento subjetivo e coletivo dá atribuição de sentido às coisas e à realidade, Moscovici (1988) denominou de realidade compartilhada.

A representação social refere-se à maneira como o indivíduo pensa e interpreta o seu cotidiano, ou seja, constitui-se em um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referências que permite ao indivíduo interpretar sua vida e a ela dar sentido, compartilhando sua interpretação com seu meio social (MOSCOVICI, 2003, 1978).

Nesse contexto, é essencial acessar a representação social da depressão na tentativa de compreender como os indivíduos elaboram, transformam e interpretam essa problemática; vinculada à sua realidade, por meio de instrumentos que possibilitem a apreensão das dimensões intrapsíquicas, percepções e experiências de vida possíveis de serem identificadas e mapeadas através de crenças, atitudes, valores e informações; destacadas nas diferentes modalidades de comunicação, de acordo com o contexto sócio-cultural ao qual pertencem.

Pesquisar as representações sociais da depressão no contexto migratório implica fazer uma leitura, não só em relação aos aportes teóricos normativos e científicos, mas à luz do conhecimento cotidiano (senso comum) elaborado e compartilhado pelo grupo de pertença; procurando perceber como, essas representações, emergem nas relações que estabelecem entre si, à medida que uma determina a outra; uma vez que, os comportamentos adotados, por um grupo, são resultantes do modo como eles a representam socialmente e do significado pessoal que esta adquire em suas vidas (COUTINHO, 2001).

Sabe-se que os pensamentos são determinados pelos limites impostos pela cultura, porém, quando o homem interpreta a realidade, ele pode vê-la em sua consciência de modo diferente. Para Moscovici (1978), os indivíduos e os grupos são qualquer coisa, menos receptores passivos; ao contrário, eles

pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações.

Os estudos de representações sociais, ao acessarem a elaboração do pensamento dos sujeitos/grupos sociais e a maneira como dão sentido à produção especializada e aos fenômenos da vida, como a saúde, se encaixam neste perfil. Por isso, acreditamos que a TRS possa inspirar uma reflexão em sintonia com os novos tempos, quando a aproximação empática e respeitosa ao universo do Outro se torna imperativa para atingir as metas de melhoria de condições de vida e busca da felicidade para todos.

A psicologia social aborda as representações sociais no âmbito do seu campo, do seu objeto de estudo — a relação indivíduo-sociedade — e de um interesse pela cognição, embora não situado no paradigma clássico da psicologia: ela reflete sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais, constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social, cultural etc., por um lado, e por outro, como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos. Em síntese, como interação sujeitos e sociedade para construir a realidade, como terminam por construí-la numa estreita parceria — que, sem dúvida, passa pela comunicação.

A Teoria das Representações Sociais operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas, presentes nas nossas sociedades: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo. A diferença, no caso, não significa hierarquia nem isolamento entre elas, apenas objetivos diferentes. O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Ambas, portanto, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As representações sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques.

No que se refere à população da criança e do adolescente brasileiros imigrantes, as adversidades originadas pela mudança de seu país de origem causam a separação dos familiares e de seus pares; o desencontro, no que diz respeito às questões sociais e culturais; modificações, no contexto escolar com novas diretrizes; dificuldade na comunicação, seja verbal ou escrita; são fatores suficientes para deixá-las em um redemoinho de conflitos e mais propensas à aquisição de distúrbios psicoafetivos.

Crianças e adolescentes migrantes e contexto escolar de Portugal

As duas fases de maior mudança no desenvolvimento humano são a da criança e a do adolescente, caracterizadas por mudanças físicas e psicológicas profundas. A adolescência, em particular, passa por um processo complexo de metamorfoses entre a criança e o adulto, com certas regras das quais ninguém pode escapar, tendo suas manifestações comportamentais variando dramaticamente, de acordo com o modelo de comportamento padronizado por cada cultura, no qual se encontra inserido (CARVAJAL, 2001).

E o que dizer das crianças e dos adolescentes filhos de migrantes, que se vêm de repente envolvidos no processo migratório, na sua quase totalidade sem o direito de optarem ou sequer serem consultados? Que comportamentos podem ser esperados por parte deles? Uma vez que, a migração os coloca diante de diferentes contextos culturais, valores, religiões e estilos de vida, que os leva a questionar a sua própria identidade e outras questões associadas a fatores étnicos. Em geral, eles são mais propensos do que os seus pares nacionais e sofrem as adversidades que o novo contexto sócio-cultural lhes impõe.

Segundo Branco (2004), falar de crianças e adolescentes filhos de migrantes *"em vez de crianças e adolescentes migrantes, coloca o assento sobre a sua dependência de uma família que efectuou o movimento de migração"* (p. 23). Ainda segundo o ponto de vista desse autor, em geral, essas crianças e adolescentes tornam-se mais vulneráveis, para responder às necessi-

dades e problemas que se colocam à sua inserção na sociedade de acolhimento, onde vão fazer a sua formação escolar e/ou profissional.

Para Phinney (2004), o adolescente migrante "*pode enfrentar uma crise alimentada pela incerteza quanto ao grupo ao qual pertence ou quanto ao significado de seu pertencimento ao Grupo*" (p. 52).

Pesquisas realizadas, na Europa e na América do Norte, com crianças migrantes, sobretudo aquelas provenientes de países em desenvolvimento, demonstram uma maior incidência de patologias infecciosas benignas como bronquites, pneumonias, infecções respiratórias e intestinais, subnutrição, bem como sintomas de distúrbios psicopatológicos, quando comparadas às crianças nacionais. Além de evidenciarem atrasos de linguagem, dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar, problemas de adaptação social, sobretudo na adolescência (RAMOS, 2004).

No contexto escolar de Portugal, Ramos (2004) e Coutinho (2005) observaram que crianças advindas de outras culturas apresentavam um índice acentuado de insucesso escolar, comumente desencadeado por fatores múltiplos; destacando-se, entre outros, a dificuldade de apreensão da nova língua e o fato de sentirem-se menos valorizadas do que as crianças nacionais, o que provoca uma baixa auto-estima, sentimentos de marginalização, insegurança que desembocam na não motivação da interação social e do aprender. Em face desse espaço de tensão e conflitos interpessoais e intrapessoais abrem-se uma lacuna para a emergência de patologias, principalmente, os distúrbios psico-afetivos, em particular, a depressão.

Para Branco (2004) é justamente na escola que emergem as primeiras dificuldades, para os jovens filhos de migrantes. Por ser a escola, a primeira instituição que pode propiciar a formação e ascensão social, no meio de contato mais alargado com a sociedade. Nesse sentido, a escola assume um importante papel no processo de qualquer jovem migrante em situação transcultural.

Para Coutinho, Monteiro e Araújo (2005) é na escola que, muitas vezes, os sujeitos manifestam os primeiros sinais depressivos, notadamente na apresentação de extremas dificul-

dades no rendimento escolar, no desempenho cognitivo, na motricidade, na socialização entre os colegas e na participação de atividades extra-classe, entre outros.

Também imigrantes em situação irregular vivem numa condição de extrema vulnerabilidade e são facilmente sujeitos aos problemas de saúde mental, tornando-se vítimas fáceis de distúrbios psicoafetivos. A grande maioria vive submetida à situação de estresse permanente, a qual se estende a toda a constelação familiar. Por medo de serem descobertos e expulsos, eles e suas famílias nem sequer utilizam os serviços e a assistência a que têm direito, embora contribuam com seus trabalhos para o enriquecimento dos países para onde migraram. Deste modo, seus filhos tornam-se também vítimas deste processo de desigualdade (RAMOS, 2004).

Some-se a essas dificuldades a vivência da carência do amor paterno e materno, provocada, na maioria das vezes, pelas exigências e compromissos profissionais. Bowlby, (1969), In Ramos (2004) comparou o amor maternal e da família as interações afetivas, tão essenciais à saúde mental da criança e ao equilíbrio futuro como são as vitaminas e as proteínas à saúde física. Esta autora considera o amor como uma disposição favorável da afetividade em relação ao que é sentido ou reconhecido como bom e desenvolve-se cedo sobre uma base recíproca. Para Winnicot (1969); "*o amor significa existir, respirar, estar vivo e ser amado*" (p.203). Para Coutinho (2005), o afeto, amizade, confiança e comunicação são condições *sine qua non* para o bom desenvolvimento da saúde mental da criança.

Em geral, as crianças passam mais tempo na instituição escolar do que na sua casa, de forma que a escola funciona como uma instituição não só de ensino, mas como elo auxiliar na adaptação das crianças e dos adolescentes ao mundo social. Assim, a família transfere a responsabilidade da formação e adaptação de seus filhos à escola. Nesse direcionamento, a escola assume dois papéis: o de integração na sociedade (quando as crianças obtêm sucesso); e o de exclusão, reprodução de estereótipos e preconceitos, de insucesso e desigualdade, não proporcionando uma efetiva igualdade de oportunidades para os diferentes grupos étnico-culturais, presentes na escola (quando não consegue obter sucesso), (BERNSTEIN, 1977).

Em agosto de 2004, o jornal "Sabiá", de propriedade da Casa do Brasil (Lisboa), publicou um artigo no qual afirmava que 5.894 brasileiros — crianças e adolescentes — viviam no contexto escolar de Portugal. Segundo o artigo, esse número não chegava a representar 0,5% do universo total de 1,5 milhões de alunos matriculados do pré-escolar ao secundário e 7% dos estrangeiros nesse país, o que levou a concluir que a imigração infantil é ainda pouca representativa em relação à população adulta.

Esse mesmo artigo retrata o perfil da Escola EB 126 — Augusto dos Anjos, na qual estudavam, na época, 320 crianças, da 1ª a 2ª série. Destas, 54 eram estrangeiras, entre as quais 11 brasileiras, cujos relatos evidenciaram que as maiores dificuldades vivenciadas por elas, no primeiro momento, eram as diferenças sociais e culturais. Seus relatos revelam a falta que sentem dos livros e das atividades às quais estavam habituadas e a dificuldade em face da nova língua e de relacionamento entre os jovens imigrantes e os do país de acolhida.

Outra dificuldade, relatada pelos professores das crianças e adolescentes brasileiras imigrantes, diz respeito à desinformação relativa ao currículo das escolas brasileiras. Nos processos adotados por estas escolas, não existe informação sobre os conteúdos das disciplinas; eles informam apenas o elenco das atividades e as respectivas cargas-horárias, o que acarreta o apelo para o pragmatismo. As crianças são alocadas nas turmas de acordo com suas idades e, só depois, são avaliadas e encaminhadas, quando necessário, a turmas mais adequadas.

Fora da escola, na sociedade portuguesa, o impacto dos imigrantes brasileiros é muito maior: estima-se cerca de 100 mil, entre documentados e não documentados, o que representa em torno de 1% da população nacional. Quanto ao número total de imigrantes em Portugal, estima-se um total de cerca de 500 mil, no ano de 2005, incluindo os que têm visto de trabalho ou autorização de residência e permanência. Os brasileiros representam cerca de 20% desse total. Este valor leva a inferir que o número de crianças brasileiras matriculadas, nas escolas, é, proporcionalmente, muito inferior ao número de imigrantes vindos do Brasil.

Quanto aos dados de crianças migrantes portuguesas, não foi encontrado, até o momento, registro no contexto escolar da rede pública e privada, na cidade de João Pessoa — Paraíba, apesar da ampla investigação que se vem desenvolvendo. Isto leva a entender que os portugueses residentes nesta cidade não trazem suas crianças ou são migrantes com filhos na idade adulta, que vêm investir e procurar uma melhor qualidade de vida.

Para Ramos (2004), entre os momentos cruciais em que as crianças e os adolescentes ficam mais susceptíveis aos riscos provenientes do processo de imigração, dois deles se associam:

- ao período das grandes aprendizagens escolares, leitura, escrita, cálculo, em que as crianças encontram-se disponíveis para novas aprendizagens e novos conhecimentos escolares (seis — dez anos) [...]. Uma maior abertura da escola às realidades familiares, sociais e culturais da criança [...] vai diminuir a clivagem entre os universos de pertença da criança, inscrevendo-se numa verdadeira prevenção dos disfuncionamentos cognitivos, lingüísticos e psíquicos futuros;
- a adolescência, período de grandes transformações psicológicas e físicas, de crise de identidade, de rupturas múltiplas ("família, cultura e sociedade) e de maturação (nível de auto-afirmação, de conquista de autonomia e de adaptação sexual (p.287).

Na atualidade, o mundo social caracteriza-se, cada vez mais, por uma realidade multicultural. Desse modo, urge a necessidade de que as escolas assumam de fato um modelo de pedagogia intercultural, que promova o respeito pelas experiências e saberes diferenciados, no que tange à etnia, aos processos lingüísticos e culturais, que favoreçam o desenvolvimento psico-sociocultural dos indivíduos.

Ramos (2001) advoga que:

a comunicação e educação intercultural visam desenvolver em todos os indivíduos, pertencentes a grupos minoritários ou não, atitudes e comportamentos mais bem adaptados ao contexto da diversidade individual e grupal, desenvolver um outro olhar sobre nós mesmos e o outro, desenvolver aptidões que conduzam a um processo de conscientização cultural e a uma melhor capacidade de comunicação e de participação na interação social, assim como desenvolver uma melhor compreensão dos mecanismos psico-sociais e fatores sociopolíticos susceptíveis de originarem a rejeição, a intolerância, a violência, o racismo, o «fundamentalismo» (p. 170).

Ainda segundo Ramos (2004),

a educação intercultural na escola, introduzindo um currículo multicultural, estratégias e intervenções educativas/pedagógicas interculturais, disposições contra a discriminação, uma formação adequada de professores, metodologias e práticas adequadas às necessidades individuais das crianças e uma maior comunicação entre a escola, família e a sociedade, poderá desempenhar um papel importante na prevenção do insucesso escolar e das patologias, que podem estar na origem, promovendo a auto-estima, e o bem-estar das crianças e das famílias migrantes ou não (p. 251).

Infelizmente, essa prática ainda não é uma realidade efetiva nos dois contextos deste estudo. Relatos de crianças imigrantes brasileiras evidenciam que, na escola, há supervalorização da língua portuguesa, enquanto disciplina, às vezes, mais do que como veículo de comunicação. Às vezes, as crianças que falam o português diferente são penalizadas. Às vezes, os alunos são excelentes em matemática e em outras disciplinas, mas são "chumbados" por alguns dos professores.

Portanto, faz-se necessária uma avaliação cuidadosa de crianças imigrantes com sintomas depressivos e dificuldades escolares. Deve-se ressaltar, também, a importância de verificar se é a depressão que leva a criança a apresentar os problemas escolares, ou se são as dificuldades na escola que as conduzem a apresentar a sintomatologia depressiva. Como assinalam Dugas e Mouren (1980), existe uma correlação positiva entre insucesso escolar, doença física e sintomas depressivos na criança.

Deste modo, este estudo tem por objetivo explorar a temática da depressão, com a finalidade de identificar o índice epidemiológico dessa síndrome, e apreender as representações sociais acerca da depressão elaboradas pelas crianças e adolescentes migrantes brasileiros inseridos no contexto educacional de Portugal.

Metodologia

Amostra

A amostra foi constituída por 996 estudantes, dos quais, 868 eram portugueses e 128 crianças e adolescentes imigrantes brasileiros, todos inseridos no contexto do ensino básico do 1º, 2º e 3º ciclos. Do primeiro ciclo fizeram parte os que cursavam apenas o 4º ano; do segundo ciclo, os que cursavam o 5º e 6º anos; e do terceiro ciclo, os que cursavam o 7º, o 8º e o 9º anos. A faixa etária variava dos 09 aos 16 anos, com média de 12 anos e 05 meses, e desvio padrão de 2.95. Desses, 45,1% eram do sexo masculino e 54,9% do sexo feminino. Para acessar esse número de crianças e adolescentes brasileiras imigrantes foram percorridas oito escolas, entre as cidades portuguesas de Lisboa, Porto, Vila Real e Chaves. As características sociodemográficas encontram-se na tabela 1:

Tabela 1: Variáveis sócio-demográficas de crianças e adolescentes no contexto escolar de Portugal

Variáveis		Freq	%
Nacionalidade	Portuguesas	868	87,2
	Brasileiras	128	12,8
	Total	996	100
Escolaridade	2º ao 4º ano	411	41,3
	5º ao 6º ano	230	23,1
	7º ao 8º ano	238	23,8
	3º ciclo	117	11,8
	Total	996	100
Sexo	Masculino	448	44,9
	Feminino	548	55,1
	Total	996	100

Instrumentos

Nesta pesquisa, foram utilizados os instrumentos: *Children's Depression Inventory - CDI*; Associação Livre de Palavras; Desenho-estória com tema; Questionário Sócio-demográfico; Entrevistas em Profundidade.

Descrição dos instrumentos

O CDI — *Children's Depression Inventory* foi elaborado por Kovacs (1985). Seu objetivo geral é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescen-

tes. É um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory* (BDI) para adultos. Aplica-se em crianças e adolescentes na faixa etária dos sete aos dezessete anos. Tem sido utilizado como instrumento de *screening* na identificação das alterações afetivas, alterações de humor, de capacidade hedônica, de funções vegetativas, de auto-avaliação e de outras condutas interpessoais. O CDI utilizado neste estudo é a forma adaptada e normatizada por Gouveia et al. (1995) em uma população brasileira. Nessa versão, o CDI é constituído de 20 itens. Ele foi aplicado a todos os participantes de forma individual.

A *Técnica de Associação Livre de Palavras* (DI GIACOMO 1986) objetiva identificar as dimensões latentes dos objetos representacionais. Os pesquisadores em representações sociais utilizam esse instrumento na perspectiva de uma técnica projetiva, a partir da rede associativa dos conteúdos evocados pela pessoa em relação a estímulos indutores, realçando os conteúdos encobertos, salientes e não filtrados pela censura (NÓBREGA & COUTINHO, 2003). Para a aplicação da *Técnica de Associação Livre de Palavras*, foram utilizados três estímulos-indutores: “depressão”, “pessoa depressiva” e “eu mesmo”. A aplicação foi realizada de forma coletiva.

As *Entrevistas em Profundidade* foram aplicadas de forma individual, com uma questão norteadora centrada no referencial teórico das representações sociais, com o objetivo de confrontar os resultados obtidos para tornar o mais consistente possível. O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sociais e culturais (MINAYO, 1993). De início, pediu-se aos participantes que refletissem, por um tempo, sobre a temática *depressão*, a partir do seguinte enunciado: “Iniciaremos agora a nossa entrevista. Eu gostaria que você pensasse um pouco sobre o que você entende por *depressão*. (intervalo) Podemos começar? Fale-me tudo o que você pensou sobre *depressão*.”

O Questionário Sócio-Demográfico foi elaborado com questões acerca do perfil dos participantes.

Procedimento da coleta de dados

Uma vez feita a escolha dos estabelecimentos escolares, realizou-se o primeiro contato com os diretores e coordenadores das escolas, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa e a importância da instituição para o desenvolvimento da mesma. Após autorização, foi feita uma reunião com os professores para explicitar os objetivos e solicitar o seu apoio, respeitando os horários estabelecidos. Atendidas todas as solicitações e explicações acerca da pesquisa, iniciaram-se as aplicações dos instrumentos. Na ocasião, foram explícitos aos participantes os objetivos da pesquisa e os parâmetros éticos respeitados (o anonimato dos mesmos e a preservação de sua identidade, e que as respostas seriam analisadas em seu conjunto).

Procedimento de Descrição e Análise dos Dados

Buscando coerência entre os pressupostos teórico-metodológicos e o modo de analisar os conteúdos coletados através dos instrumentos, partiu-se para a elaboração de um plano geral de análise e tratamento dos dados.

Para análise do material coletado pelas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977), com o fim de compreender e inferir novos conhecimentos a partir das interlocuções dos participantes. A análise do conteúdo foi processada com base em procedimentos que compreendem a evidência de unidades temáticas e a constituição de categorias empíricas a posteriori. Os dados coletados por meio da *Técnica de Associação Livre de Palavras*, foram processados pelo software *Tri-Deux-Mots* (CIBOIS 1990) e analisados por meio da análise fatorial de correspondência. Quanto aos resultados obtidos pelo CDI e pelo questionário sociodemográfico, ambos foram processados pelo programa estatístico SPSS, versão 15.0.

Descrição e Análise dos Resultados

Os resultados coletados, por meio do *Children's Depression Inventory - CDI*, em crianças e adolescentes brasileiras migrantes no contexto escolar de Portugal, apontaram um elevado índice epidemiológico da depressão, 24%.

Os itens mais assinalados pelas crianças e adolescentes brasileiros, no contexto da imigração, por meio do questionário do CDI, foram:

Ficar triste muitas vezes; não ter certeza que as coisas darão certo para eles; acham que fazem errado a maioria das coisas; não se divertir; temer que coisas ruins lhes aconteçam; não gostar de si próprias; pensamento de morte; vontade de chorar freqüentemente; sentir-se preocupada quase sempre; achar que a aparência tem aspectos negativos; dificuldade de dormir; sentir-se cansado freqüentemente; sentir-se sozinha muitas vezes; não se consideram tão bons quanto outras crianças; não ter certeza que são amadas por alguém e gostarem de estar sozinhas.

Esses assinalamentos são corroborados pelos dados coletados pela entrevista e pela técnica de associação livre de palavras.

Os resultados apreendidos por meio das entrevistas fizeram emergir, em relação à temática depressão, três categorias: «*descrição da depressão*»; «*fatores etiológicos*»; e as «*conseqüências da depressão*». Em relação à primeira categoria, a depressão foi associada a três subcategorias: psico-afetiva; psicossomática e sócio-cognitiva; a segunda categoria veio associada a fatores de carência afetiva, psicossociais e socioculturais; a terceira categoria, «conseqüências», veio vinculada a duas subcategorias: «percepção da auto-imagem negativa» e «visão de mundo pessimista».

Primeira categoria «descrição da depressão»

Esta categoria diz respeito à forma como os participantes da investigação compreendem o que vem a ser depressão.

Para eles, o conhecimento construído coletivamente perpassa pela inter-relação e reinterpretação do que é propagado pelo conhecimento erudito e pela propagação dos meios de comunicação aos quais têm acesso. A referência para que se distinga o pólo social das representações do pólo individual, fica por conta do que é comum nas interpretações que os autores fazem da experiência acerca do objeto social que se está investigando.

Subcategoria: depressão ancorada nos aspectos psicoafetivos.

Conforme as interlocuções a seguir, evidencia-se a indissociabilidade entre a descrição da depressão, enquanto doença e do ser deprimido, enquanto doente:

... menina sempre triste (26) que não conseguia viver longe da família [] veio para Portugal [] ficou muito triste (13) pela separação da família [] perdeu a família [] anda sozinha [] abandonada [] infeliz [] ninguém gostava dele [] sem amigos (8) anda a chorar (18) tem medo de chumbar [] solitária (11) angústia [] vive com medo (9) perdeu um familiar [] entrou em depressão [] perdeu a mãe muito pequena [] perdeu o pai [] filho suicidou-se [] filha foi morar com o pai [] é uma dor causada pela separação (6) pessoa que não tem família [] é viver longe dos pais (5) me sinto sempre irritado [].

Esses resultados corroboram as afirmações de Coutinho (2001), que se referem às representações sociais da depressão como sendo reelaborações entre o conhecimento erudito e o conhecimento do senso comum, e das relações que estabelecem entre si, compartilhadas no grupo de afiliação e na intercessão com o contexto social no qual se encontram inseridos. Isto vem ratificar que o comportamento adotado por um grupo é resultante do modo como este se representa socialmente e de como elabora e utiliza os significados do objeto social.

Embora não exista uma definição consensual acerca da depressão, pode-se afirmar que se trata de um distúrbio que sofre a influência de variáveis biológicas, psicológicas, sociais, culturais e que se manifesta por meio de múltiplos sintomas: emocionais, como desânimo, baixa auto-estima e desinteresse por atividades outrora prazerosas; cognitivos, como pessimismo e desesperança; motivacionais, como apatia e aborrecimento; e ainda sintomas físicos, tais como perda de apetite, dificuldades para dormir e perda de energia (COMPAS, EY & GRANT, 1993; STEINBERG, 1999). Assim, pode-se afirmar que situações de perdas podem, por meio do retraimento, causar danos cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

Subcategoria: depressão ancorada nos fatores psicossomáticos

Os recortes das unidades temáticas, apresentados a seguir, revelam que a descrição da depressão ancora-se nas queixas somáticas, corroborando uma explicação bastante representativa na constelação dos sintomas utilizados pela psicologia clínica da depressão. Pois, segundo a literatura específica, crises de choro, transtornos do apetite, irritabilidade, retraimento social, diminuição psicomotora, hiper e/ou hiposonia, cefaléias, encontram-se, com frequência, na criança e no adolescente deprimidos. Os recortes das falas exemplificam bem esta subcategoria: "... doença que não deixa dormir (6) pessoa que não se alimenta bem (8) dores no corpo [] dor de cabeça [] dor de barriga []"

A designação distúrbio psicossomático não possui uma definição precisa. Frequentemente, é aplicada a distúrbios físicos supostamente causados por fatores psicológicos, a exemplo das unidades temáticas acima. A depressão pode inibir o sistema imunológico, tornando um indivíduo deprimido mais suscetível a determinadas infecções, como as causadas pelos vírus que desencadeiam o resfriado comum. Portanto, o estresse é capaz de causar sintomas físicos mesmo que não exista uma doença física, uma vez que o corpo responde fisiologicamente ao estresse emocional.

Kazdin e Marciano (1998), observaram que 80% dos jovens deprimidos, apresentam humor irritado, isolamento, perda de energia, apatia e desinteresse, dificuldade de concentração, retardo psicomotor, perturbações do sono - principalmente hipersonia -, alterações de apetite e de peso, além de sentimentos de desesperança e de culpa.

Subcategoria: depressão ancorada nos fatores sócio-cognitivo

Nessa subcategoria emergem, entre outros elementos, a dificuldade de adaptação ao contexto escolar, a aquisição da nova língua e a própria comunicação entre seus pares.

[] menina que não gostava da escola (6) porque todos os colegas gozavam dela [] nos intervalos está sempre sozinha (4) tirou nota baixa em matemática (11) discute com toda gente [] com professores [] ninguém senta perto dela [] acha que faz tudo mal [] sou meia atrasada [] tira sempre nota baixa no português [] é uma pessoa atacada por seus colegas de escola [] os colegas devia respeitar [] sente dificuldade em entrar em sala de aula []”.

Os resultados apresentaram, ainda, além da dificuldade de apreensão da nova língua, sentimentos de desvalorização, de insegurança e de exclusão, o que provoca uma baixa auto-estima e uma dificuldade de interação social, de concentração e de aprender. Em geral, o declínio no desempenho escolar pode dever-se à fraca concentração ou interesse, próprios do quadro depressivo. É comum a criança não ter amigos e dizer que os colegas não gostam dela, possuir inabilidade em se divertir (anedonia), dificuldade de se relacionar com seus pares e baixa auto-estima, descrevendo-se como estúpida, boba ou impopular.

Diante desse espaço de tensão e de conflitos inter e intrapessoais, abre-se uma lacuna para a emergência das perturbações mentais, principalmente os distúrbios psicoafetivos e, em particular, a depressão. As dificuldades do processo migrató-

rio, relativas ao contexto escolar e vivenciadas por alguns dos participantes deste estudo, coadunam-se com os resultados obtidos por Bernstein (1977). Com efeito, no imaginário dos pais e das próprias crianças, dependendo do êxito ou do fracasso escolar, a escola assume dois papéis: o de integração e de inclusão na sociedade (quando a criança obtém sucesso); e o de exclusão, reprodução de estereótipos e preconceitos (quando a criança não obtém sucesso). Assim, a instituição escolar não oferece uma efetiva igualdade de oportunidades para os diferentes grupos étnico-culturais (RAMOS 2004).

Segunda categoria: fatores etiológicos

A segunda categoria diz respeito aos fatores etiológicos da depressão e apontam para uma etiologia de múltiplos fatores.

Subcategoria: depressão associada ao fator de carência afetiva.

Nesta subcategoria, observam-se os sentimentos de carência afetiva e de rejeição, vivenciados pelos participantes, conforme as unidades temáticas a seguir:

... não gostar de ninguém [] é ser mal-amada e mal-compreendida [] pessoa que tem medo de ficar sozinha [] não se sentem aceitas pelos pais [] falta de carinho e amor [] é não ser aceito por ninguém [] pessoa que não tem carinho [] pessoa que não tem amigos.

O sentimento de rejeição é um dos mais penosos afetos que uma criança pode vivenciar e encontra-se, quase sempre, associado aos sentimentos de ausência de amor, de desvalorização, de perda da auto-estima e de frustração. O fato da criança e o adolescente se sentirem desprovidos do amor paterno e materno, facilita as dificuldades na esfera emocional, pois o amor é considerado um dos predicativos humanos essenciais ao bom desenvolvimento social e psicológico (COUTINHO, 2001).

Diversos estudos apontam para o fato de que vivências traumáticas na infância, como perda de vínculos afetivos devido tanto à morte de pais ou irmãos, quanto à privação de um ou de ambos os pais por separação ou abandono, seriam importantes fatores associados à depressão na vida adulta. Apesar disso, esses estudos reconhecem a etiologia das doenças afetivas como de natureza multifatorial (ZAVASCHI *et al.*, 2002).

Para Steinberg (2001), a criança e o adolescente que tem relacionamentos familiares afetuosos e próximos, têm mais condições de enfrentar experiências estressantes do que aqueles sem tal apoio. Visto desta maneira, o apoio familiar se constitui como o mais importante fator de proteção na adolescência.

Subcategoria: depressão associada aos fatores psicossociais

Esta segunda subcategoria associa a emergência da depressão a sentimentos de impotência ou de não-realização, face às adversidades do meio ambiente, conforme atestam as falas a seguir:

...é ver o pai sem trabalho e não ter dinheiro []
querer comprar comida não poder [] ver
os pais brigando e não poder fazer nada []
pessoa sem dinheiro [] sem casa para morar
[] pessoa que perdeu emprego []

Observa-se, nos relatos, a impossibilidade de reagir aos estímulos hostis presentes no contexto social, tais como: desemprego, moradia incerta, falta ou má alimentação; dificuldades de vida vivenciadas pelos pais. Essas interlocuções, aliadas a outros fatores, como a ausência de comunicação entre pais e filhos, e a menor atenção no desenvolvimento físico/mental, representam um antagonismo em relação aos elementos essenciais para um desenvolvimento saudável, contribuindo para a instalação da sintomatologia depressiva.

Algumas situações sociais ocasionam estados de estresses para algumas pessoas consideradas mais frágeis. Por e-

xemplo, uma alteração radical ao nível financeiro pode provocar sentimentos de frustração, que quase sempre vem acompanhada de angústia e de estresse, quando a referida situação parece irresolúvel. Este tipo de situação pode conduzir a uma depressão.

Desse modo, a crise financeira, o estancamento do processo do desenvolvimento, a ausência de trabalho, a pobreza, a ausência de perspectiva de mobilidade social, entre outras situações, estariam na raiz dos fatores psicossociais que contribuem para o êxodo migratório e, conseqüentemente, para a gênese da depressão na constelação familiar. Ainda podem ser citados os fatores genéticos ou biológicos, que podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas. A ausência de uma forte malha social ou familiar também influenciam no surgimento dessa síndrome.

Subcategoria: depressão associada a fatores cognitivos

Esta subcategoria, que associa a depressão a pensamento de morte e suicídio emergiu entre os adolescentes o que se coaduna com a literatura específica.

“... só pensa na morte [] pensa em se matar [] pensa tentar suicídio []”.

Vários estudos confirmam que, com o desenvolvimento do pensamento abstrato, há uma compreensão mais clara acerca da morte. Conseqüentemente, nos adolescentes depressivos tanto as idéias de suicídio como as tentativas alcançam uma dimensão maior. O suicídio no adolescente é particularmente considerado como a manifestação mais grave do quadro clínico da depressão. Atualmente, há uma tendência entre os autores de denominarem a tentativa de suicídio de comportamento autodestrutivo deliberado (*DELIBERATE SELF-HARM*) (PROSSER & MCARDLE, 1996; GUNNELL, 2000; HURRY, 2000).

Segundo Jamison (2000), mais de 50% dos estudantes do curso secundário pensam em se matar, e pelo menos 25% dos adolescentes que sofrem correções disciplinares têm depressão. Ao se tornarem adultos, o comportamento negativo, enraizado na personalidade, torna mais difícil tratar a depressão.

Terceira categoria: conseqüências da depressão

A terceira categoria temática, conseqüências da depressão fez com que emergissem duas subcategorias: percepção da auto-Imagem negativa e visão do mundo negativa.

Subcategoria: depressão associada à percepção da auto-imagem negativa

As interlocuções acerca dessa subcategoria caracterizam-se por uma associação direta relativa à percepção e sentimentos de menor valia voltados para o ser depressivo. O sentimento de baixa auto-estima e sentimentos de perda de confiança e desvalorização de si mesma, leva a criança e o adolescente a se recusar ou nem tentar realizar algo, seja no plano escolar ou no esportivo, evitando participar até mesmo de brincadeiras, conforme exemplos a seguir: “... *que menina feia [] sem auto-estima [] é diferente porque é gorda [] todos gozam da minha cara [] me sinto inferior [] não se sente segura []*; *eu não consigo, eu não sei fazer*”;

A auto-imagem e a auto-estima estão intimamente relacionadas e são construtos da personalidade, resultantes da interação entre o que somos, como nos vemos e como os demais nos vêem (GALLAR, 1998).

Os níveis de auto-estima influenciam a valorização e a confiança pessoal, mas também são responsáveis por êxitos e fracassos na instituição de ensino, e na relação das pessoas com os demais (CASIQUE, 2004; ROMERO *et al.*, 2005, apud FUREGATO, A.R.F. *et al.* 2006). Para esses autores, a auto-estima tem sido classificada em positiva e negativa. Quando positiva, o indivíduo possui uma satisfação interna que o preenche e o faz sentir-se feliz, valorizando sua existência. Quando negativa, sentem-se inferiores em suas capacidades e habilidades em comparação aos demais, são conformistas e não possuem espírito de luta, como é o caso das pessoas com depressão. O sentimento de inferioridade que os participantes projetam no outro, vincula a percepção da auto-imagem a uma relação social, à medida que *o sentir-se inferior é resultante de comparação social.*

Subcategoria: depressão associada à visão do mundo negativa

Esta subcategoria assinala que no imaginário da criança e do adolescente prevalecem cognições associadas a temas nefastos e negativos, conforme expresso nas interlocuções abaixo:

... para mim o mundo acabou [] já não há esperança [] está desgraçada e não há volta [] ninguém vai querer saber dela [] está doente [] nunca vai recuperar [] vejo tudo negro [] escuro [] medo que o futuro lhe reserva [].

Os relatos demonstram que as representações dos participantes, em relação à depressão, aparecem de forma, essencialmente, negativa, corroborando os aportes teóricos cognitivos de vários autores, como, por exemplo, Beck *et al.* (1997). Esses autores assinalam que a tríade cognitiva consiste no fato da pessoa deprimida apresentar uma visão negativa e persistente em relação a três aspectos fundamentais: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Através dessa interpretação errônea, o deprimido sente-se encurralado, envolvido por situações nas quais só podem ocorrer decepções, sofrimento, desamparo e desesperança. Os autores relacionam vários sintomas depressivos, como conseqüência dessa visão negativista tríplice.

Observa-se, também, que nas interlocuções mencionadas existe uma tendência dos participantes em se sentir incapazes de responder favoravelmente aos acontecimentos, às solicitações, de tomar uma decisão e de resolver um problema. Ou seja, há uma incapacidade de enfrentar o cotidiano e de sentir prazer em atividades que outrora lhe eram prazerosas.

Os esquemas cognitivos dizem respeito à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações, adequando-as às suas referências vivenciais e também como designam os padrões estáveis que categorizam e avaliam as experiências. Na organização estrutural do indivíduo deprimido, esses padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais, gerando percepções

distorcidas da realidade que se encaixam aos esquemas depressivos previamente ativados. O sujeito perde grande parte do controle sobre seus pensamentos e não se acha em condições de utilizar outros esquemas, que melhor se adaptem às situações (GOLDRAJCH, 1996). Nesse sentido, a sintomatologia da depressão surge como resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a parte psíquica, a função da mente, a forma como manifesta suas emoções e altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade.

A seguir, os resultados coletados pela "Técnica da Associação Livre de Palavras" são apresentados no Gráfico 1, onde se encontram os quatro campos semânticos elaborados pelos participantes da pesquisa, acerca da representação social da depressão. O Gráfico 1 propicia uma leitura representacional das variações semânticas culturais na organização dos campos espaciais, revelando aproximações e oposições das modalidades. Isto pode ser observado no plano fatorial, através dos dois fatores nele contemplados (F1 e F2). O somatório dos dois fatores demonstra um poder explicativo de 76,66% da variância total das respostas, evidenciando parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade.

		F2	
		pobreza1/tristeza1 doença1/pessoa q. estuda3/boa3 tristeza2 CRIANÇAS 4°, 5°, 6°, 7° ANO	pessoa q. estuda3/boa3 carente3/triste3/sorinha3
		pessoa doente2 dor1/pessoa q. sofre2 pessoa infeliz2 tristeza1 doença1 pessoa que chora2 tímida3	pessoa sem amor2/malhumor2 doença dos nervos1 coisa ruim1/morte1 CR. BRASILEIRAS saudade1 tristeza1/dor1
		choro1/stress1 CR: PORT. triste3/imag.negat.3 /estudioso3/amiga3 infeliz2/brincalhona3	sem amor3 triste2/sem amigo2 pessoa doente2 chora2
		infelicidade1/tristeza1 pessoa triste2 sofrimento1/pessoa com problema2 infeliz2/angustia2 pensa em morrer2	Adolescente imagem negativa/saudade1 dor1 pessoa.q.pensa em suicidio2 cansada2/perda1 solidão1 p.carinhosa3 droga1 sem amiga2 amiga3

Gráfico 1. Plano fatorial das Representações Sociais da Depressão no contexto escolar de Portugal

No Fator 1 (F1), linha horizontal, do lado esquerdo, encontram-se as construções das **crianças portuguesas**, em relação ao estímulo1, «depressão», representada pelo conjunto de elementos: "doença", "tristeza", "estresse", "choro" e "medo". Do lado direito, situa-se o campo semântico elaborado pelas **crianças imigrantes brasileiras** em relação ao mesmo estímulo 1, «depressão», que é representada pelo conjunto constituído dos elementos: "doença", "morte", "coisa ruim", "tristeza", "dor" e "saudade".

Analisando os dois campos semânticos assinalados, observam-se semelhanças e diferenças entre as crianças brasileiras e as portuguesas. O consensual é, em relação ao conceito da depressão, que todos os participantes consideram-na como uma doença, apesar da não especificação etiológica. A tristeza e o choro emergem como elementos figurativos nos dois grupos. Quanto aos elementos diferenciados, a depressão aparece associada aos elementos "não ter dinheiro, droga e medo", por parte das crianças portuguesas. Enquanto isso, "dor, saudade e morte" emergem como elementos diferenciados no campo semântico das crianças brasileiras. Vale salientar a emergência do vocábulo saudade, como um termo eminentemente da cultura brasileira, que segundo Aurélio (1986), se origina do latim *solitatem*, soledade, solidão, nostalgia, um sentimento de pesar pela ausência de alguém que nos é querido, refletindo assim as experiências vividas dessas crianças no contexto migratório.

Ainda no fator F1, no lado esquerdo, encontra-se o campo semântico elaborado pelas crianças portuguesas em relação ao estímulo 2 «*pessoa depressiva*»: esta é representada como "cabisbaixa", "sem amor", "mal-humor", "desanimada", "que chora" e é "infeliz". Já do lado direito do F1, as crianças brasileiras representam a «*pessoa depressiva*» como: "doente", "triste", "que sofre", "chora", "não tem amigo". Em relação ao estímulo 3 «*eu mesma*», as crianças portuguesas se auto-representam como "tímidas", "estudiosas", "amiga", "brincalhonas" e com "auto-imagem negativa". Enquanto as crianças brasileiras, se vêem como: "tristes", "amigas", "estudiosas", "sem amor" e "auto-imagem negativa".

Observa-se, nas produções semânticas dos participantes, tanto brasileiros quanto portugueses a representação social da pessoa depressiva em torno da semiologia clínica. Quanto às representações da auto-percepção, as crianças se auto-percebem de forma bastante semelhante, com exceção da expressão "sem amor" emitida pelas crianças brasileiras.

O segundo fator (F2), representado pela linha vertical, na parte superior, reflete o pensamento coletivo das crianças em relação à faixa etária. Na parte superior do gráfico, as crianças, independentemente da nacionalidade, em relação ao estímulo indutor «*depressão*», associaram-na às palavras como "doença",

"tristeza" e "pobreza". Na parte inferior deste mesmo fator, encontram-se os campos semânticos construídos pelos adolescentes de ambas as nacionalidades: para eles a depressão é desencadeada por um conjunto de elementos, como "saudade", "tristeza", "drogas", "dor", "perda", "infelicidade", "solidão" e "sofrimento".

Pode-se observar que, na elaboração dos dois campos semânticos, há uma pluralidade em relação à descrição da depressão. As crianças associam a depressão a elementos mais subjetivos e a próprias situações adversas que vivenciam no seu dia-a-dia, a exemplo da falta de atendimento das condições primárias, devido à pobreza. Por sua vez, os adolescentes representam a depressão por meio de elementos subjetivos e objetivos, associando-a tanto aos sentimentos de tristeza, dor, sofrimento e infelicidade, quanto a graves problemas de comportamento, especialmente ao uso drogas. Solomon, (2002), Coutinho, (2003, 2005), destacam que o abuso de álcool na adolescência pode ser um forte indicador de depressão. Neste mesmo campo semântico, observa-se que os adolescentes a exemplo das crianças brasileiras também associam a depressão ao vocábulo saudade, considerado, conforme já mencionado, um termo eminentemente da cultura brasileira.

Ainda no F2, na parte superior, em relação ao estímulo indutor 2, «*pessoa depressiva*», as crianças a representam como "pessoa doente", "pessoa triste" e "desanimada". Neste mesmo fator parte inferior, os adolescentes representaram a "pessoa depressiva" como "pessoa triste", "pessoa angustiada", "com problemas", "pessoa infeliz", "cansada", "sem amigos" e "que pensa em suicídio e morte".

Identifica-se nos dois campos semânticos similaridades e diversidades em relação ao estímulo 2. As similaridades se apresentam através da objetivação em "pessoa triste", e as diversidades foram que as crianças objetivaram mais nos aspectos físicos e os adolescentes, nos aspectos bio-psico-sociais.

Nesta linha de raciocínio, a pessoa deprimida é objetivada simbolicamente em suas múltiplas expressões, segundo o campo elaborado pelos adolescentes no qual a mesma é representada como "pessoa angustiada", "com problemas", "pessoa infeliz", "cansada" que expressa um desejo de um fim por meio

do suicídio e da morte. O sofrimento é sentido como insuportável e interminável o que conduz a um desejo de morte como solução para este tormento. A ideação suicida e pensamento de morte aumentam com a idade, tornando-se comum após a puberdade, quando a maturação cognitiva permite a capacidade de maior abstração (GUNNELL, 2000).

Em relação ao terceiro estímulo, «*eu mesmo*» (F2, parte superior), as crianças representam-se como: “triste”, “sozinha”, “boa”, que “estuda” e “carente”. Enquanto, os adolescentes representam-se com “auto-imagem negativa”, “carinhosa” e “amiga”.

A partir desses campos semânticos, podem ser observados diferenciações e similaridades, em relação tanto aos contextos culturais, como às faixas etárias. Quanto às diferenças da faixa etária, provavelmente podem ser associadas à questão de um maior desenvolvimento cognitivo e, conseqüentemente, a uma maior maturidade por parte dos adolescentes.

Esses dados mostram que a representação de si mesmo quando positiva, leva os participantes a objetivarem através dos sentimentos de satisfação interna que o preenche e o faz sentir-se feliz, valorizando sua existência. Quando negativa, é objetivada em sentimentos de carência afetiva e na percepção negativa da auto-imagem.

No campo semântico elaborado pelos adolescentes, observa-se uma maior associação da morte, idéia suicida à depressão. Isso corrobora com a literatura específica quando afirmam que as tentativas de suicídio e o suicídio aumentam com a idade, tornando-se comum com a puberdade.

Esses resultados corroboram os estudos desenvolvidos por Coutinho (2001) e Coutinho *et al.* (2003), acerca das representações sociais da depressão em crianças e adolescentes no contexto escolar brasileiro.

Considerações finais

As investigações e publicações, dedicadas ao estudo da depressão na criança e no adolescente, têm apresentado um desenvolvimento considerável e provêm das mais diferentes correntes teóricas e metodológicas. A literatura específica a-

presenta, do ponto de vista teórico, assinalamentos de esquemas estruturais bastante claros. Na prática, porém, nem sempre é nítido, devido, à pluralidade da etiologia e à complexidade e heterogeneidade de sua sintomatologia, as quais não permitem identificar facilmente o quadro depressivo nas suas diferentes formas clínicas. Essa dissimilitude, entre teoria e prática, dificulta o diagnóstico, o tratamento e ações preventivas, para a população de modo geral, e em particular, para crianças e adolescentes.

O fato é deveras preocupante, uma vez que nem sempre sintomas tidos como patagnômicos acham-se presentes no comportamento e nas emoções das crianças e adolescentes. Como exemplo, o humor depressivo, citado pela maioria dos estudiosos como sintoma prevalente da depressão, nem sempre é expresso. Mesmo quando ele existe, pode ser substituído por um rosto, freqüentemente sério ou um ar distante, em que os traços da fisionomia são pouco expressivos. De maneira análoga, pode ocorrer a substituição da irritabilidade e de comportamentos agressivos.

No entanto, o estado de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivo, os períodos prolongados de isolamento ou hostilidade para com a família e os amigos, o afastamento da escola ou a diminuição no rendimento escolar, o afastamento de atividades grupais e o uso abusivo de substâncias (álcool e drogas), assim como a violência física e as fugas de casa são, entre outros, indicadores de sintomas da depressão na adolescência.

Algumas características do indivíduo e do seu ambiente parecem potencializar os riscos para depressão. Entre elas estão o aumento da idade, o gênero, o baixo nível socioeconômico, os traços de personalidade específicos e a presença de fatores ambientais desencadeantes, como a perda ou o afastamento de seus pais. A presença de história familiar de depressão tem sido considerada um dos mais fortes e potentes fatores de risco para esta desordem. Entre os fatores individuais que parecem proteger os adolescentes da depressão podem ser citados: o sucesso na vida escolar, o envolvimento em atividades extracurriculares, a competência social, a auto-percepção positiva, a competência intelectual, as relações sociais positivas e

os suportes sociais adequados. Assim, a maior ou menor probabilidade de surgimento da depressão é vista como o resultado da interação de uma série de condições ambientais, especialmente o estresse, a perda e as predisposições individuais.

A depressão nessa fase do desenvolvimento apresenta natureza duradoura e pervasiva, e afeta múltiplas funções causando danos psicossociais significativos (BAHLS, 2002b), sendo considerada por (RAMOS, 1989, MIRZA & MICHAEL, 1996; WALTER, 1996) uma doença freqüentemente não reconhecida e nem adequadamente tratada. Espera-se que os resultados desse estudo venham contribuir à elucidação da etiologia da depressão em contextos culturais diferenciados, bem como de assinalamento na avaliação preventiva, além de servirem de orientações para formulações de propostas em prol dessa população.

Referências

- BAHLS, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67
- BANDIN, J. M. ; ROAZZI, A. ; SOUGEY, E. B. ; CARVALHO, T. F. R. (1998). Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo exploratório.. *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, v. 6, n. 3, p. 119-123.
- BAPTISTA, M. N. e ASSUMPCÃO JUNIOR, F. B. (1999). *Depressão na Adolescência: Uma Visão Multifatorial*. São Paulo: E.P.U.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Trad. Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- BECK, A. T; RUSH, A. J; SHAW, F. B; EMERY, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BERNSTEIN, B. (1977). *Class, codes and control: Vol. III, Towards a theory of educational transmissions*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- BIRMAHER, B.; RYAN, N. D.; WILLIAMSON, D. E.; BRENT, D. A.; KAUFMAN, J.; DAHL, R. E.; PEREL, J. & NELSON, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I.

Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry, 35(11), 1427-1439.

- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss (III)*. New York: Basic.
- BRANCO, J.M.R. (2004). *Vulnerabilidade/resiliência em filhos de imigrantes africanos. O sucesso escolar como indicador*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Aberta.
- BRENT, D. A. (1993). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 14(10), 380-388.
- CAMPBELL, S. B., COHN, J. F., & MEYERS, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- CARVAJAL, Guillermo. (2001). *Tornar-se Adolescente: a Aventura de uma metamorfose* 2ª Edição. São Paulo: Cortez.
- CASIQUE, C. (2004). *Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya-México*. Tese (Doutorado), EERP/USP, Ribeirão Preto.
- CIBOIS, U. F. R. (1990). *Tri-deux-mots*. Versão 1.1 Paris: Sciences Sociales.
- COMPAS, B.E. EY, S. GRANT, K.E. (1993). Depression in adolescence. *Am. Psychol.* Feb; 48(2): 155-68.
- COUTINHO, M. P. L. (2001^a). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- COUTINHO, M. P. L. (2001). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.
- COUTINHO, M. P. L. e col. (2003). *Representações Sociais: Abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária.
- COUTINHO, M. P. L. (2005). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa. Segunda Edição: Editora Universitária.
- COUTINHO, M. P. L. ; SALDANHA, A. (2005). *Representações Sociais: e práticas de pesquisa*. João Pessoa. Editora Universitária.
- COUTINHO, M.P. L.; MONTEIRO, F. R.; ARAÚJO, L. F. (2005) Sintomatologia Depressiva em Adolescentes do Ensino Médio: Um Estudo das Representações Sociais. *Psicologia, Ciência E Profissão*. 27 (2), 224-235

DEYKIN EY, LEVY JC, WELLS V. (1987). Adolescent depression, alcohol, and drug abuse. *Am J Public Health* 22:178-82.

DI GIACOMO, J.P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In DOISE, W. & PALMONARI, A. *L'étude des représentations sociales*. (pp. 118-138). Paris: Delchaux & Niestle.

DUGAS M, MOUREN MC. 1980. *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. Paris: PUF.

FEIJÓ, R. B.; SALAZAR, C. C.; BOZKO, M. P.; BOZKO, M.; CANDIAGO, R. H.; ÁVILA, S.; ROCHA, T. S. & CHAVES, M. L. F. (1996). O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(11), 657-664.

FERREIRA, A. B. H. (1996). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FUREGATO, A.R.F.; Silva, E.C.; Campos, M.C.; Cassiano, R.P.T.(2006). *Psiqu. Clín.* 33 (5); 239-244.

GALLAR, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo

GOLDRAJCH D. F.E.L.I.Z. (1996). Uma estratégia cognitiva comportamental para o manejo da depressão. *J. Bras. Psiquiatria* 45(12):709-712.

GOUBEIA, V. V. BARBOSA, C. A, ALMEIDA, H. J. F. & GAIÃO A.A. (1995) Inventário da Depressão infantil - CDI: estudo de adaptação em escolas de João Pessoa, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* v. 44. p. 345 -349.

GUNNELL, D. J. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*, 12 (1), 21-26.

HURRY, J. (2000). Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 12 (1), 31-36.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION - OIM - (2005). *Publication Catalogue*

JAMISON, K. R. (2000). *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. New York: Vintage Books.

KAZDIN, A. E. & MARCIANO, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. Em E. Mash & R. Barkley (Orgs.), *Treatment of childhood disorders* (2ª ed.) New York: The Guilford Press.

KOVÁCS, M. 1985. The Children's depression inventory. *Psychopharmacol. Bull.*, v. 21, p. 955-998.

KOVÁCS, M. J.; BECK, A. T. (1997). An Empirical-clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. In SCHULTERN R. J. G.; RASKIN, A. *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. (pp.125-143). New York: Raven Press.

LE GOFF, Jacques. (1991). *O imaginário medieval*. Lisboa: Editorial Estampa.

MARCELLI, d. (1995). *Les états dépressifs à l'adolescence*. Paris: Masson.

MIRZA, K. A. H. & MICHAEL, A. (1996). Major depression in children and adolescents. *Br J Hosp Med*, 55, 57-61.

MOSCOVICI, S. (1978). *Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

MOSCOVICI, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.

MOSCOVICI, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1993). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

NETO MONTEIRO, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

NOBREGA, S.M. E COUTINHO, M.P.L. (2003). O teste de associação livre de palavras. In Coutinho, M.P.L.; Lima, A.; Oliveira, F.; Fortunato, M.L. (orgs). *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar*. João Pessoa: EdUFPB, pp.67-77.

NUBER, U. (1991). *Depressão: a doença malcompreendida*. São Paulo: Pensamentos.

OLSSON, G. & VON KNORRING, A-L. (1997a). Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 277-282.

OLSSON G; VON KNORRING, A-L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 99:324-31. 21. Feijó RB, Saueressig.

PHINEY, J. S. 2004. Formação da identidade de grupo e mudança entre migrantes e seus filhos. In: DEBIAGGI, S. D.; PAIVA, J.J. *Psicologia, imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PROSSER, J. & MCARDLE, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychological Medicine*, 26, 715-725.

RAMOS, M. C. (2003). *Acção Social na Área do Emprego e da Formação Profissional*, Lisboa: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (1987). Para um melhor acolhimento da criança deficiente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (XXI), p. 333-354.

RAMOS, N. (1989). Intervenção comportamental e cognitiva nos comportamentos depressivos da criança e do adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia* (XXIII), p. 177-200.

RAMOS, N. (1993). *Maternage em milieu portugais autochtone et emigre. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de doutoramento em Psicologia. Paris V, Universidade René Descartes, Sorbonne, (I e II vol.)736 p.

RAMOS, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), 155-178.

RAMOS, N. (2004). Adaptação, Saúde e Doença em Contexto Migratório e Intercultural. In Ramos, N. *Psicologia Clínica e da Saúde*. (pp. 239-299). Lisboa: Universidade Aberta.

SANDLER, J. & JOFFE, W. (1965). Notes on childhood depression. *Int. J. Psychoanal.* 46: 88-96.

SEABRA, P. (2005). *Percursos migratórios de imigrantes brasileiros e do leste europeu em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto: Universidade Aberta.

SOLOMON, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.

STEINBERG, L. (2001). ADOLESCENT DEVELOPMENT. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, 83-110.

VIANA, S. (1997) *1º Simpósio Internacional sobre a Emigração Brasileira*, Lisboa: Casa do Brasil e CEMI - Centro de Estudos de Migrações Internacionais (outubro, 1977)

WALTER, G. (1996). Depression in adolescence. *Australian Family Physician*, 25, 1575-1582.

WEISSMAN, M. M.; WOLK, S.; GOLDSTEIN, R. B.; MOREAU, D.; ADAMS, P.; GREENWALD, S.; KLIER, C. M.; RYAN, N. D.; DAHL, R. E. & WICKRAMARATNE, P. (1999). Adolescentes deprimidos: Como ficam quando adultos. *Jama Brasil*, 3(9), 2429-2435.

WINNICOTT, D.-W (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

ZAVASCHI, M.L.S., SATLER, POESTER, VARGAS, C.F., PIAZENSKI, R. ROHDE, L.A.P. & EIZIRK, C.L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista brasileira de Psiquiatria*, 24, 189-195.

Vale do Rio Dos Sinos-RS. Especialista em Administração pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina; Mestre em Administração pela Universidade Federal da Paraíba; Formação Especializada em Psicanálise pelo Instituto de Estudos Psicanalíticos da Sociedade Psicanalítica da Paraíba; Doutoranda em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Aberta de Lisboa. Professora do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, desenvolvendo pesquisas no Núcleo "Aspectos Psicossociais de Prevenção e de Saúde Coletiva".
E-mail: iedafranken@gmail.com

José Edmundo Xavier Furtado De Sousa

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resente, Lisboa. Licenciado em Enfermagem; Mestre em Relações Interculturais pela Universidade Aberta, Lisboa; Doutorando em Psicologia Intercultural na Universidade Aberta. A sua prática clínica tem-se centrado na saúde comunitária e junto de famílias, grupos e comunidades.

E-mail: edmundo.sousa@netcabo.pt

Helena Isabel Borges Manuel

Licenciada em Enfermagem e em Relações Internacionais, Mestre em Comunicação em Saúde e doutoranda da Universidade Aberta na especialidade de Psicologia Intercultural. É investigadora na área da saúde reprodutiva em Timor-Leste. A sua actividade profissional tem sido desempenhada em Portugal, Cabo Verde, Brasil e Timor-Leste nas áreas da saúde, desenvolvimento e cooperação internacional.

E-mail: lenaborges@netcabo.pt

Lídia Correia Lopes

Enfermeira desde 1982, iniciou as suas funções no Hospital de Santa Cruz. Em 1993 terminou a Especialização em Saúde Materna e Obstétrica, tendo trabalhado no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria. Entre 1996 e 2006 foi Enfermeira Chefe do Hospital Fernando Fonseca, no Serviço de Obstetrícia. É Mestre em Comunicação em Saúde, pela Universidade Aberta. Colabora com a Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, desde 2004 como responsável da unidade curricular de Saúde Materno-Infantil, sendo actualmente assessora de Direcção da Unidade Orgânica de Enfermagem.