



**EDUARDA RAMIS PONTES**

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**

**RIO GRANDE**

**2018**

**EDUARDA RAMIS PONTES**

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e Grupos Sociais.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

**RIO GRANDE**

**2018**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

P814c Pontes, Eduarda Ramis

**Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar.** / Eduarda Ramis Pontes. – Rio Grande: FURG, 2018.

110 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, BR-RS, 2018. Orientadora: Mara Regina Santos da Silva

1. depressão. 2. criança. 3. adolescente. 4. família. 5. enfermagem familiar  
.I. Silva, Mara Regina Santos da, or. II. Título.

CDD 610

**EDUARDA RAMIS PONTES**

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 04 de julho de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Giovana Calcagno Gomes

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG**

**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Dra. Mara Regina Santos da Silva – Presidente (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dr. Alessandro Marques dos Santos – Membro externo (UCPEL)

\_\_\_\_\_  
Dra. Gabriele Schek – Membro Externo (FEMA)



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno (FURG)



Dra. Giovana Calcagno Gomes – Suplente Interno (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dra. Elaine Ferreira do Nascimento – Suplente Externo (FIOCRUZ-PI)

## **Sou feita de retalhos**

“Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...

Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

“E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de ‘nós’”.

**Autora: Cora Coralina.**

**Dedico este trabalho**

**À** minha mãe Maria Alice Mattos Ramis Pontes por ser a pessoa mais resiliente que conheço. És um exemplo de coragem e força, sem o teu amor, suporte e dedicação jamais conseguiria chegar onde estou. Te amo eternamente.

**Às** famílias das crianças e adolescentes depressivos, que por mais difícil que seja a “caminhada”, tentam fazer o melhor.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus e aos amigos espirituais que me guiam e amparam da melhor maneira possível na minha trajetória terrena.

A minha mãe, Maria Alice, por mobilizar as minhas forças, através do amor, apoio e incentivo diário.

Ao meu amado noivo, Felipe, que sempre foi meu porto seguro, pela compreensão e carinho.

A minha irmã, Fernanda, que é e sempre será amiga e companheira de todas as horas, com seu jeito peculiar, me estimulou a seguir em frente.

Ao meu cunhado, Rodrigo, um irmão que ganhei na minha vida, pelas palavras incentivadoras.

A minha tia Maria Alice e prima Andréa, por sempre estarem ao meu lado, me ajudando a seguir em frente.

A Prof<sup>a</sup>. Mara, que através de sua dedicação e paciência me construiu mestre, e ensinou-me que geralmente as mudanças são dolorosas, mas as vitórias são satisfatórias.

Ao Prof. Alessandro, uma ligação que trago de outras vidas, que jamais deixou de acreditar no meu potencial e de amparar-me em momentos difíceis.

Aos professores e demais colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, pela contribuição na minha formação.

As amigas que conquistei durante o mestrado, Fabiana, Deciane e Camila, com quem dividia alegrias e angústias.

Aos amigos que trago no coração, Sérgio, Mônica e Ivan, que me faziam esquecer, mesmo momentaneamente, que tinha obrigações a cumprir.

As famílias participantes do meu estudo, pela disponibilidade e confiança em compartilhar comigo suas experiências.

## RESUMO

PONTES, Eduarda. **Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar**. 2018. 110p. Defesa (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

A depressão infantojuvenil é um problema de saúde pública mundial. Entre as crianças e adolescentes é a doença que mais incapacita para realização das atividades diárias, repercutindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. No Brasil, de 8% a 12% da população infanto-juvenil sofre desse transtorno e estima-se que 50% desses indivíduos não recebem tratamento, o que pode causar danos permanentes no âmbito individual, escolar, familiar e social. Esse transtorno provoca mudanças significativas na vida da família podendo gerar a desarmonia no lar. Por outro lado, as famílias que mobilizam recursos e desenvolvem potencialidades para enfrentar os desafios diários, conseguem se fortalecer e seguir suas vidas de uma maneira que pode ser considerada positiva. Este estudo teve como objetivo geral: compreender os processos de resiliência que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados a esse transtorno. Especificamente, objetiva: (1) Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desse transtorno em seu cotidiano; (2) Analisar os processos-chaves de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organizacionais. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, desenvolvido com 26 familiares, pertencentes a 24 famílias que convivem diariamente com crianças e adolescentes depressivos atendidos no CAPS-i de dois municípios do Sul do Brasil. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada realizadas nos meses de dezembro/2017, janeiro, fevereiro e março/2018, posteriormente, analisados por meio da técnica de análise temática de Minayo (2013), tendo como balizadores os Processos-Chaves da Resiliência Familiar de Walsh (2016). Foram resguardados os direitos que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos, sob a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados são apresentados através de dois artigos científicos que correspondem aos objetivos específicos deste estudo. O primeiro artigo aborda a experiência de conviver com o transtorno depressivo em crianças e adolescentes a partir da percepção dos familiares, apontando que as famílias associam o desenvolvimento da depressão infantojuvenil a eventos traumáticos que acontecem geralmente no ambiente intrafamiliar ou na interação da criança/adolescente com a rede social proximal. Após o transtorno depressivo estabelecido, a família busca a reestruturação para atender as necessidades geradas pela depressão, com isso, geralmente a mãe se torna a principal cuidadora, que conseqüentemente é sobrecarregada por assumir sozinha o cuidado do filho depressivo. O segundo artigo trata os processos-chaves de resiliência utilizados pelas famílias com crianças e adolescentes depressivos, este estudo mostra distintos níveis de resiliência familiar, que são diferenciados pela utilização de agentes mobilizadores de forças como a fé, o apoio da família extensa e amigos e o suporte de saúde oferecido para a criança e o adolescente pelo CAPS-i. Com base nos resultados deste estudo, conclui-se que os enfermeiros se mantêm distantes do cuidado às famílias, repercutindo na falta de suporte emocional e instrumental para as crianças e adolescentes depressivos na sua integralidade. O que ocasiona, uma barreira no tratamento, refletindo na permanência da depressão durante todo o ciclo de vida de criança e do adolescente, ou ainda pode evoluir ao suicídio consumado deste indivíduo. Assim, este estudo tem a finalidade de gerar conhecimento para os profissionais da saúde em geral, com a perspectiva de aprofundar conhecimentos específicos acerca da depressão infanto-juvenil e seus impactos no conviver em família, além disso, que desencadeie reflexões sobre o processo de resiliência para

produção de saúde para as crianças e adolescentes com depressão e suas famílias. Demonstrando ainda, a importância da criação e implementação de Políticas Públicas voltadas especificamente para atenção à saúde mental infantojuvenil.

**Palavras Chaves:** Depressão; Criança; Adolescente; Família; Enfermagem Familiar

## ABSTRACT

PONTES, Eduarda. **Children and adolescents with depressive disorder: a study from the perspective of family resilience**. 2018. 110p. Defense (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande – FURG.

Childhood depression is a worldwide public health problem. Among children and adolescents, it is the disease that most incapacitates to perform daily activities, directly affecting the quality of life of these individuals. In Brazil, from 8% to 12% of the child and adolescent population suffers from this disorder and it is estimated that 50% of these individuals do not receive treatment, which can cause permanent damage in the individual, school, family and social context. This disorder causes significant changes in the life of the family and can generate disharmony in the home. On the other hand, families that mobilize resources and develop the potential to face daily challenges are able to strengthen and follow their lives in a way that can be considered positive. This study aims to understand the processes of resilience that help families with depressive children and adolescents in coping with the challenges associated with this disorder. Specifically, it aims to: (1) Identify how families of children and adolescents with depression perceive the presence of this disorder in their daily lives; (2) To analyze the key processes of resilience used by families in coping with infant and juvenile depression, with an emphasis on beliefs, communication processes and organizational processes. This is a qualitative, descriptive and exploratory study developed with 26 family members from 24 families living with depressive children and adolescents seen at the CAPS-i in two municipalities in the South of Brazil. The data were collected from a semi-structured interview conducted in December / 2017, January, February and March / 2018, later analyzed using Minayo thematic analysis technique (2013), using the Keys Processes of Family Resilience by Walsh (2016). The rights that deal with research involving human beings were protected under Resolution No. 466/12 of the National Health Council. The results are presented through two scientific articles that correspond to the specific objectives of this study. The first article discusses the experience of living with depressive disorder in children and adolescents from the perception of family members, pointing out that families associate the development of childhood and adolescence depression with traumatic events that usually happen in the intrafamily environment or in the interaction of the child / adolescent with the proximal social network. After the established depressive disorder, the family seeks the restructuring to meet the needs generated by depression, with this, usually the mother becomes the main caregiver, who is consequently overwhelmed by taking care of the depressive child alone. The second article deals with the key processes of resilience used by families with depressive children and adolescents, this study shows different levels of family resilience, which are differentiated by the use of agents that mobilize forces such as faith, the support of the extended family and friends, and the health support offered to the child and adolescent by CAPS-i. Based on the results of this study, it is concluded that nurses stay away from caring for families, reflecting the lack of emotional and instrumental support for children and adolescents with depression in their entirety. This causes a barrier to treatment, reflecting the permanence of depression throughout the child and adolescent life cycle, or it can evolve to the consummate suicide of this individual. Thus, this study has the purpose of generating knowledge for health professionals in general, with the perspective of deepening specific knowledge about infant and juvenile depression and its impacts on living with the family, in addition, that can trigger reflections on the process of resilience for health production for children and adolescents with depression and their families. Also demonstrating the importance of the creation and implementation of Public Policies focused specifically on children's mental health care.

**Keywords:** Depression; Child; Adolescent; Family; Family Nursing

## RESUMEN

PONTES, Eduarda. **Niños y adolescentes con trastorno depresivo: un estudio en la perspectiva de la resiliencia familiar**. 2018. 110p. (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande - FURG.

La depresión infanto-juvenil es un problema de salud pública mundial. Entre los niños y adolescentes es la enfermedad que más incapacita para realizar las actividades diarias, repercutiendo directamente en la calidad de vida de esos individuos. En Brasil, del 8% al 12% de la población infanto-juvenil sufre de ese trastorno y se estima que el 50% de esos individuos no reciben tratamiento, lo que puede causar daños permanentes en el ámbito individual, escolar, familiar y social. Este trastorno provoca cambios significativos en la vida de la familia, pudiendo generar la desarmonía en el hogar. Por otro lado, las familias que movilizan recursos y desarrollan potencial para enfrentar los desafíos diarios, logran fortalecerse y seguir sus vidas de una manera que puede ser considerada positiva. Este estudio tiene como objetivo general: comprender los procesos de resiliencia que auxilian a las familias con niños y adolescentes depresivos en el enfrentamiento de los desafíos asociados a ese trastorno. En concreto, el objetivo: (1) Identificar cómo las familias de los niños y adolescentes con depresión se dan cuenta de la presencia de este trastorno en su vida diaria; (2) Analizar los procesos claves de resiliencia utilizados por las familias en el enfrentamiento de la depresión infanto-juvenil, con énfasis en las creencias, en los procesos de comunicación y organizacionales. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, del tipo descriptivo y exploratorio, desarrollado con 26 familiares, pertenecientes a 24 familias que conviven diariamente con niños y adolescentes depresivos atendidos en el CAPS-i de dos municipios del Sur de Brasil. Los datos fueron recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas en los meses de diciembre / 2017, enero, febrero y marzo / 2018, posteriormente, analizados por medio de la técnica de análisis temático de Minayo (2013), teniendo como balizadores los Procesos Claves de la Resiliencia Familiar de Walsh (2016). Se resguardaron los derechos que tratan de investigaciones que involucran seres humanos, bajo la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados se presentan a través de dos artículos científicos que corresponden a los objetivos específicos de este estudio. El primer artículo aborda la experiencia de convivir con el trastorno depresivo en niños y adolescentes a partir de la percepción de los familiares, apuntando que las familias asocian el desarrollo de la depresión infantojuvenil a eventos traumáticos que ocurren generalmente en el ambiente intrafamiliar o en la interacción del niño / adolescente con la red proximal social. Después del trastorno depresivo establecido, la familia busca la reestructuración para atender las necesidades generadas por la depresión, con lo que generalmente la madre se convierte en la principal cuidadora, que por lo tanto es sobrecargada por asumir por sí sola el cuidado del hijo depresivo. El segundo artículo trata los procesos claves de resiliencia utilizados por las familias con niños y adolescentes depresivos, este estudio muestra diferentes niveles de resiliencia familiar, que se diferencian por la utilización de agentes movilizados de fuerzas como la fe, el apoyo de la familia extensa y amigos y el apoyo de salud ofrecido para el niño y el adolescente por el CAPS-i. Con base en los resultados de este estudio, se concluye que los enfermeros se mantienen distante del cuidado a las familias, repercutiendo en la falta de soporte emocional e instrumental para los niños y adolescentes depresivos en su integralidad. Lo que ocasiona, una barrera en el tratamiento, reflejando en la permanencia de la depresión durante todo el ciclo de vida de niño y del adolescente, o aún puede evolucionar al suicidio consumado de este individuo. Así, este estudio tiene la finalidad de generar conocimiento para los profesionales de la salud en general, con la perspectiva de

profundizar conocimientos específicos acerca de la depresión infanto-juvenil y sus impactos en el convivir en familia, además, que pueda desencadenar reflexiones sobre el proceso de resiliencia para producción de salud para los niños y adolescentes con depresión y sus familias. Demostrando además, la importancia de la creación e implementación de Políticas Públicas dirigidas específicamente para atención a la salud mental infanto-juvenil.

**Palabras Claves:** Depresión; infantil; adolescentes; la familia; Enfermería Familiar

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**NICE** - National Institute for Health and Care Excellence

**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**CAPS-i** - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**MS** - Ministério da Saúde

**SM** - Saúde Mental

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**DSM-5** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Rede de Atenção Psicossocial e seus serviços de saúde .....	34
<b>Figura 2-</b> Processos de Resiliência Familiar .....	39
<b>Figura 3-</b> Diagrama do processo de análise de dados .....	52
<b>Figura 4-</b> Esquema Artigo I .....	55
<b>Figura 5-</b> Esquema Artigo II .....	56

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
3.1 Depressão infantojuvenil .....	24
3.2 Rede de apoio social das famílias com crianças e adolescentes depressivos .....	29
3.3 Atenção a Saúde Mental infantojuvenil no Sistema Único de Saúde.....	32
3.4 O enfermeiro no cuidado às famílias de crianças e adolescentes depressivos .....	36
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>38</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
5.1 Tipo de estudo.....	48
5.2 Local do estudo .....	49
5.3 Participantes do estudo .....	49
5.4 Instrumento e técnica de coleta de dados .....	50
5.5 Procedimentos de análise dos dados.....	51
5.6 Aspectos Éticos .....	52
<b>6 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>55</b>
6.1 Artigo I.....	57
6.2 Artigo II .....	75
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO E .....</b>	<b>110</b>

## INTRODUÇÃO

A depressão é reconhecida como “o mal do século”, por ser o transtorno mental mais frequente na população mundial, tendo prevalência sobre o sexo feminino. Estimativas revelam que mais de 300 milhões de pessoas ao redor do mundo são acometidas pela doença, revelando um aumento de aproximadamente 18% dos casos entre os anos de 2005 e 2015. É a doença crônica que mais incapacita indivíduos em qualquer faixa etária e em diferentes etapas da vida, sendo uma das principais responsáveis pelo aumento da carga global dos problemas de saúde (WHO, 2012; WHO, 2017; WHO, 2017).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) refere que no ano de 2015 cerca de 50 milhões de pessoas viviam com depressão nos países localizados nas Américas e, a cada 10 pessoas depressivas, cerca de 7 não recebem o tratamento que necessitam. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de indivíduos, o que equivale a 5,8% da população nacional. É o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, onde 5,9% de pessoas apresentam depressão (WHO, 2012; WHO, 2017; OPAS, 2017).

A depressão entre a população infanto-juvenil é um transtorno de humor grave, persistente que pode variar de intensidade, causando prejuízos à vida da criança e do adolescente, além de dificultar os processos cognitivos, funcionais e de relacionamento. Os principais sintomas incluem alteração de humor, diminuição de interesse e de prazer nas atividades da vida cotidiana, perda ou ganho significativo de peso sem ter modificações na dieta diária, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade ou indecisão, pensamentos suicidas e tentativa de suicídio (DSM-5, 2014). Geralmente, para receber o diagnóstico de transtorno depressivo a criança ou adolescente deve apresentar no mínimo cinco desses sintomas, podendo esses persistirem por um período entre duas semanas até um ano, com manifestações prejudiciais envolvendo alterações nítidas de desempenho no âmbito familiar, escolar e social, não podendo ser explicadas pelo uso de substâncias psicoativas ou por causa ambiental clara como, por exemplo o luto (DSM-5, 2014).

As crianças e adolescentes emocionalmente deprimidos podem não se apresentar sempre tristes, mas habitualmente mostram-se irritáveis e instáveis, propensos a crises de raiva e comportamentos destrutivos e geralmente, tem ideias e tentativas de suicídio altamente letais. Entretanto, no início da doença a manifestação é mais leve, podendo não apresentar todos os sintomas. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

(2014), a criança e o adolescente podem manifestar três formas de depressão, o transtorno depressivo da desregulação de humor, o transtorno depressivo maior, e o transtorno depressivo persistente ou distímia (DSM-5, 2014).

Em todo o planeta, 20% das crianças e dos adolescentes apresentam sintomas de depressão, acometendo mais as jovens do sexo feminino. Evidências publicadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), no Reino Unido, apontam que a cada ano são diagnosticadas com transtorno depressivo mais de 80 mil crianças, dessas 8 mil apresentam menos de 10 anos de idade. Os dados referentes ao Brasil indicam a presença desse tipo de transtorno entre 8% a 12% da população infantojuvenil, sendo que cerca de 50% desses indivíduos não recebem tratamento, podendo desencadear na piora do quadro clínico, levando as crianças e adolescentes depressivos a tentativas de suicídio e ao suicídio. É importante destacar, que entre os anos de 2002 e 2014, a taxa de suicídio na população entre 15 e 29 anos aumentou em quase 10%, transformando o transtorno depressivo na segunda maior causa dessas mortes (WHO, 2012; ONU, 2017; CRESCER, 2015; BEMESTAR, 2017; ABP, 2012).

A depressão infanto-juvenil repercute sobre diversas áreas do viver humano, ocasionando prejuízos individuais, familiares e sociais. No domínio individual, entre os jovens de 10 a 19 anos é a doença que mais prejudica o desempenho das atividades da vida diária, devido a forma como se manifesta. No sexo feminino, com predominância ou traços mais subjetivos como sentimento de tristeza, insegurança, culpa e preocupação, percepção negativa de si própria, isolamento social, choro, baixa autoestima e sensação de incapacidade. Já os adolescentes do sexo masculino apresentam traços depressivos relacionados a problemas de conduta e desobediência. De modo geral, a depressão infanto-juvenil, acarreta danos nas relações interpessoais, essas crianças e adolescentes não conseguem se inserir nos grupos sociais, além de apresentar baixo rendimento escolar e vínculo familiar enfraquecido (DAMIÃO et al, 2011).

É consensual que a depressão infanto-juvenil também repercute na vida familiar, afetando as relações interpessoais. Geralmente pode desencadear sentimento de impotência e insegurança nos membros da família, que não se sentem capazes de cuidar da criança ou adolescente por não conhecerem a doença e, por se sentirem frustrados em ver o jovem nessa situação crítica. Os sentimentos de culpa, medo, dúvida, tristeza, desânimo, desamparo e preocupação, também, são apresentados pelos familiares, as manifestações desses sentimentos revelam a dificuldade das famílias no enfrentamento desse transtorno, gerando estresse no núcleo familiar (VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016; MARINI, et al, 2010).

O transtorno depressivo especificamente no período da infância e adolescência, é percebido pela família como um evento estressor caracterizado por tensões e conflitos, exigindo mudanças significativas na vida familiar, podendo repercutir em desarmonia no lar. No cotidiano da família a prioridade passa a ser, atender as necessidades da criança e adolescente, que incluem, entre outras, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, manejar os episódios de crise, arcar com gastos, e ainda superar as dificuldades impostas por essas tarefas (MARINI, et al, 2010; SILVA, et al, 2010).

Geralmente, em famílias de crianças e adolescentes com depressão, são as mães que assumem o papel de principal cuidador. Ao constatarem o transtorno dos filhos, essas mulheres tentam dividir seu tempo e atenção entre cuidar e administrar suas funções profissionais, familiares, conjugais e sociais. Entretanto, essa realidade não dura muito tempo, pois a criança ou adolescente depressivo exige atenção constante e o principal cuidador precisa reduzir sua carga horária de trabalho, ou até mesmo, abandonar suas atividades laborais para dedicar-se ao cuidado integral do filho. Em consequência se intensificam os prejuízos financeiros à essa família (MARINI, et al, 2010).

A dedicação exclusiva acarreta ao cuidador a desistência de planos no domínio pessoal e profissional. Muitos desistem dos sonhos e de projetos de vida, abandonando vontades pessoais e carreiras profissionais para dedicar-se completamente ao familiar doente. Essas decisões restritivas podem se expandir até a privação de situações de lazer e socialização, com vistas a priorizar o cuidado à criança ou adolescente depressivo. Essa conduta gera sobrecarga, e prejudica a saúde física e psicológica deste indivíduo (VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016; MARINI, et al, 2010).

É importante ressaltar que essa situação, não abala somente o principal responsável pelo cuidado, mas toda família. Esta se isola socialmente com a intenção de proteger a criança ou adolescente contra o preconceito e a discriminação. Seus membros tentam esquivar-se de possíveis situações constrangedoras, permanecendo em seus lares ou visitando somente parentes próximos que tem o conhecimento do transtorno e entendem o comportamento desse indivíduo. A família tem medo de ser julgada ou incompreendida pelo comportamento da criança ou adolescente depressivo, o que a leva a se isolar. Esse comportamento pode gerar o enfraquecimento da rede social primária, pois, afeta o círculo de amigos, cujo vínculo torna-se esporádico (VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016).

O enfrentamento da depressão infanto-juvenil exige da família mais do que disponibilidade de tempo, pois requer dedicação, reorientação das finanças, reorganização de tarefas e empenho para reorganizar a vida, para assim, superar a adversidade. Trata-se de uma

situação que mobiliza os familiares mais próximos, podendo acarretar conflitos no seio familiar, pois, requerem a readequação dos papéis dentro da família. Com essa mudança, o provedor pode passar a ser o principal cuidador; outro familiar pode se tornar provedor; o responsável pelas atividades domésticas além de realizar suas tarefas, auxiliará no cuidado. (MARINI, et al, 2010; SILVA, et al, 2010; VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016).

Corroborando com os autores já citados, Walsh (2012), refere que em situações de doenças crônicas, como a depressão em crianças e adolescentes, a família enfrenta múltiplos desafios como, a instabilidade emocional da criança ou adolescente, a reestruturação da dinâmica familiar, conflitos e inseguranças por parte dos familiares ao enfrentar esses desafios, falta de recursos econômicos e enfraquecimento da rede social. Com isso, a resposta da família a essas dificuldades diárias pode ser negativa, tornando-a mais vulnerável, enfraquecida e disfuncional. Já outras famílias enfrentam positivamente as adversidades muitas vezes fortalecendo seus vínculos (WALSH, 2012).

As famílias que conseguem passar por situações difíceis como a depressão infanto-juvenil, respondendo de forma positiva aos inúmeros desafios que essa condição lhes apresenta, são identificadas como resilientes. Essas famílias são mais habilidosas em lidar com as situações de crise, criando mecanismos para enfrentar os desafios e combater as adversidades, utilizando as experiências difíceis como ferramentas para a aprendizagem, o que lhes permite a superação e o crescimento individual e familiar (WALSH, 2012).

A resiliência familiar é um processo único e invariável, caracterizado pela capacidade da família renascer da adversidade fortalecida e com mais recursos. Envolve diferentes vias de superação, gerando respostas positivas em situações de crise e permite que os indivíduos sigam suas vidas da melhor maneira possível. Segundo Walsh (2016), os processos que sustentam a resiliência familiar, são formados por três domínios: Sistemas de Crenças, Processos de Comunicação, e Processos ou Padrões Organizacionais (WALSH, 2012; WALSH, 2016).

O sistema de crenças é constituído pelos valores, princípios, convicções, atitudes, hábitos, tendências e suposições que configuram os preceitos básicos que influenciam no comportamento emocional e atitudinal de indivíduos da mesma família. O sistema de crenças é o orientador das decisões desse grupo familiar, ajudando a definir o comportamento da família frente aos problemas e particularidades, influenciando diretamente em todo processo de enfrentamento da doença, que no caso deste estudo é a depressão infanto-juvenil, desde a busca por tratamento, até a superação das dificuldades que comporta (WALSH, 2016).

Os processos de comunicação referem-se a troca de informações, opiniões ou sentimentos entre os membros da família com o intuito de facilitar o funcionamento familiar

positivo. Os processos de comunicação vão além do falar e do escutar, envolve o entendimento que o outro indivíduo quer expressar, através das suas ações e das palavras ditas. A comunicação é essencial no contexto da depressão infanto-juvenil, podendo ser observada nas interações, entre os membros da família, ou até mesmo no diálogo com profissionais da saúde para esclarecimento de dúvidas a respeito da situação que viveram (WALSH, 2016).

Os processos organizacionais são caracterizados pela estruturação familiar baseada em planos e ações que visem a qualidade de vida das pessoas que formam o grupo familiar. Cada membro da família desempenha um ou mais papéis buscando o bem-estar da família e o equilíbrio da dinâmica familiar. Em situações de crise e persistente adversidade, as famílias reorganizam a estrutura familiar, mobilizam recursos e resistem ao estresse, para superar os desafios que surgem no decorrer da vida. Na depressão infanto-juvenil os Processos de Organização são responsáveis pela reorganização familiar para facilitar o enfrentamento desse transtorno (WALSH, 2016).

As famílias que criam dispositivos para conviver com a depressão infanto-juvenil fortalecem as relações entre seus membros, descobrindo dentro dessa realidade capacidades que não tinham experimentado tão intensamente, mantendo-se unidas pelo afeto, ajudando-se mutuamente e sendo flexíveis dentro dos papéis desempenhados no seio familiar. Para essas famílias, as dificuldades geradas pelas demandas da depressão infanto-juvenil existem, entretanto, são percebidas como desafios a serem superados, mantendo o grupo familiar ativo nas relações comunitárias, possibilitando a expansão de apoio a essa família (DIAS & SILVA, 2010).

É a partir do apoio da rede social que as famílias desenvolvem forças e potencialidades para lidar com as adversidades. Nessa perspectiva, o enfermeiro é um forte apoiador dentro da rede social das famílias de crianças e adolescentes depressivos, esse profissional é um agente mobilizador de potencialidades, sendo capaz de desvelar as competências de cada membro do grupo familiar e da família como um todo, assim capacitando esses indivíduos a mobilizar recursos que possibilitam o enfrentamento da depressão infanto-juvenil, na vida diária (DIAS & SILVA, 2010).

A participação da família no cuidado é primordial para o funcionamento efetivo da atenção integral à saúde mental infanto-juvenil, pelo fato do grupo familiar ser considerado um conjunto de pessoas com grande potencial de acolhimento, permitindo assim, a ressocialização de seus integrantes. Entretanto, o cuidar da criança ou adolescente com depressão requer que os integrantes da família reorganizem seu cotidiano. O processo de enfrentamento irá depender, portanto, das potencialidades que a família possui, do tipo de relação entre seus membros, da

interação dessa família com o meio no qual ela vive, e da possibilidade de apoio que a família poderá receber (BORBA et al, 2011).

As famílias de crianças e adolescentes que apresentam depressão buscam apoio junto a serviços de saúde, instituições informais, e outros indivíduos, como familiares, amigos e pessoas da comunidade, para conseguirem superar os desafios que enfrentam diariamente em decorrência desse transtorno. A interação das famílias com suas fontes de apoio proporciona o suporte para desenvolvimento de potencialidades individuais e familiares, e o enfrentamento do transtorno depressivo em crianças e adolescentes, superando assim, as adversidades que surgem no seio familiar ao longo da vida, contribuindo para o desenvolvimento do processo de resiliência familiar.

É necessário que o enfermeiro conheça os membros que compõem o núcleo familiar, compreendendo a dinâmica dessa família, atentando para suas necessidades individuais e coletivas. Esse profissional deve escutar os familiares, valorizando suas queixas, sanando suas dúvidas, traçando planos de cuidado que visem a promoção da saúde de todo esses indivíduos. Dessa forma, as práticas de cuidados do enfermeiro devem ser centradas na família e incluir esclarecimentos quanto às dúvidas sobre a depressão infanto-juvenil, além de ajudá-las a desenvolver estratégias de enfrentamento à nova realidade. (VICENTE; HIGARASHI e FURTADO, 2015; VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016).

Cabe à enfermagem adentrar a realidade assistencial que se apresenta, se sensibilizando diante dela, envolvendo suas práticas de cuidados com foco na família e na atenção integral e humanizada. Assim, a atenção à saúde da família com crianças e adolescentes que apresentam transtorno depressivo não pode ficar restrito aos conhecimentos técnicos e científicos, uma vez que o cuidado a essas famílias dentro de seu contexto exige uma ação abrangente, única e especial (VICENTE; HIGARASHI e FURTADO, 2015; VICENTE; MARCON e HIGARASHI, 2016).

Considerando que o enfermeiro é uma importante fonte de apoio, favorecendo a mobilização de potencialidades na família, participando ativamente do processo de promoção da resiliência familiar, se justifica a realização deste estudo, que pretende produzir conhecimento acerca dos processos que sustentam o enfrentamento das experiências das famílias com crianças e adolescentes depressivos. Além disso, têm a intenção de subsidiar reflexões sobre a importância dos processos de resiliência para a produção de saúde de crianças e adolescentes com depressão e suas famílias. Ademais se espera que o produto desta pesquisa, possa instrumentalizar os enfermeiros no trabalho com famílias que convivem com a depressão infanto-juvenil.

É nesta perspectiva este estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: **“Quais processos na perspectiva da resiliência familiar, que ajudam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento desse transtorno?”**

## **2 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL:**

- (1) Compreender os processos de resiliência que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados a esse transtorno.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- (1) Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desse transtorno em seu cotidiano;
- (2) Analisar os processos-chaves de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organizacionais.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Depressão infantojuvenil

A depressão infantojuvenil é uma temática recente no campo das pesquisas científicas. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes a partir dos anos 70, desenvolvendo assim os primeiros estudos. Por muito tempo, a depressão foi considerada como uma patologia que acometia somente adultos e idosos, pois os estudiosos acreditavam que as crianças teriam a personalidade imatura, e, com isso, não poderiam se deprimir. Atualmente, a depressão infantojuvenil é um problema de saúde pública mundial que exige intervenções sociais por parte do governo, sistema de saúde e instituições de ensino, com o intuito de alertar a população para essa doença tão prejudicial. (HUTTEL, et al 2011; DAMIÃO 2011).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), apresenta três formas de manifestação da depressão prevalentes no período da infância e adolescência: o transtorno disruptivo da desregulação do humor; o transtorno depressivo maior; e o transtorno depressivo persistente, também conhecido como distímia. As características comuns entre esses transtornos é o humor triste, sensação de vazio e irritabilidade, com alterações cognitivas e somáticas repercutindo na capacidade funcional do indivíduo. O que difere entre eles é o período em que a doença se manifesta, a duração do episódio depressivo e a etiologia presumida (DSM-5, 2014).

O **transtorno disruptivo da desregulação do humor** tem como principal característica a irritabilidade crônica grave, que pode se manifestar com explosões de raiva, que não condizem com o nível de desenvolvimento da criança ou adolescente. Geralmente ocorre como resposta as frustrações por meios verbais (xingamentos direcionados a outras pessoas) e comportamentais (agressões contra si mesmo ou a terceiros). Pode se manifestar, ainda, através da persistência de humor irritável ou zangado sendo reconhecido como característica pessoal, estando presente na maior parte do tempo, quase todos os dias, podendo ser observado por outras pessoas que convivem com a criança ou adolescente (DSM-5, 2014).

Para alcançar um diagnóstico clínico consistente, a criança ou adolescente deve apresentar esses sintomas em média mais de três vezes na semana, no período mínimo de um ano, em pelo menos dois ambientes (geralmente escolar e familiar). O diagnóstico deve ser aplicado em indivíduos de 7 a 18 anos, mas, se manifesta geralmente até os 12 anos. O transtorno disruptivo da desregulação do humor acomete de 2% a 5% das crianças e

adolescentes, tendo prevalência no sexo masculino. A apresentação clínica desse transtorno deve ser cuidadosamente distinguida das manifestações de outras condições relacionadas, principalmente do transtorno bipolar na infância, pois as crianças com o padrão de sintomas do transtorno disruptivo da desregulação do humor, quando ingressam na adolescência e na vida adulta tipicamente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtorno de ansiedade, ao invés do transtorno bipolar (DSM-5, 2014).

O **transtorno depressivo maior** é caracterizado pelo humor deprimido, acentuada diminuição de interesse e prazer em todas ou na maioria das atividades, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inapropriada (esses sentimentos podem se manifestar pela auto recriminação e culpa por estar doente, ou sua origem pode ser de episódios delirantes), diminuição da capacidade de pensamento, diminuição da concentração e aumento da indecisão. Esses sintomas apresentam-se na maior parte do tempo, quase todos os dias (DSM-5, 2014).

Além disso, esse transtorno pode acarretar ao doente a perda ou ganho significativo de peso corporal. Especificamente em crianças, é caracterizado pelo insucesso de obter o peso esperado em relação ao crescimento. Apresentam-se também como sintomas, os pensamentos recorrentes de morte (pensamentos sobre a sua própria morte, ou a morte de familiares, amigos ou desafetos), ideação suicida recorrente com ou sem um plano específico e a tentativa de suicídio. No transtorno depressivo maior os índices de tentativas de suicídio são mais altos no gênero feminino, mas as taxas de suicídio prevalecem no sexo masculino. Esse transtorno acomete até três vezes mais mulheres, geralmente tendo a primeira manifestação na adolescência. (DSM-5, 2014).

Para receber o diagnóstico de transtorno depressivo maior a criança ou adolescente deve apresentar cinco ou mais sintomas, no período mínimo de quinze dias, sendo que um dos sintomas apresentados deverá ser o humor deprimido ou a perda de interesse e de prazer. Salienta-se que em períodos de luto, ruínas financeiras na família, perdas por desastres naturais, diagnóstico de doenças graves, e incapacidade recente, a manifestação desses sintomas pode ser entendida como resposta apropriadas a essas diferentes situações de perda. Entretanto, é necessário um julgamento clínico baseado nas particularidades do indivíduo (DSM-5, 2014).

O **transtorno depressivo persistente ou distímia** é a consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno dístimico, apresentando como sintomatologia o humor deprimido. Em crianças pode se manifestar ainda como humor irritável, mudanças do padrão alimentar, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, problemas na concentração, dificuldade de tomar decisões e sentimento de desesperança. Para receber o

diagnóstico de transtorno depressivo persistente a criança ou adolescente deve apresentar dois ou mais sintomas por um ano, para se caracterizar como distímia. Dentro desse período o indivíduo jamais esteve sem os sintomas por mais de dois meses (DSM-5, 2014).

Esse transtorno com frequência apresenta um início precoce na infância e adolescência, incidindo durante toda a vida adulta, caracterizando-se como uma doença crônica. A depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e os episódios depressivos maiores podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. As crianças e adolescentes que apresentam sintomas do transtorno depressivo maior por mais de um ano devem receber o diagnóstico de distímia, além do de transtorno depressivo maior. Em casos do transtorno depressivo persistente, quando os sintomas aumentam até o nível de transtorno depressivo maior, eles provavelmente retornaram a um nível inferior. Entretanto, os sintomas depressivos têm menos probabilidade de desaparecer em determinado período de tempo no contexto do transtorno depressivo persistente do que em um episódio depressivo maior (DSM-5, 2014).

A depressão infanto-juvenil é uma doença crônica de origem multicausal, por ser composta de inúmeros fatores considerados preditivos do transtorno. Nesse sentido, os fatores de risco, para depressão infanto-juvenil incluem ter prévio histórico de depressão de um dos pais, presenciar eventos estressantes frequentes, perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo, sofrer abuso sexual, sofrer violência física, receber pouco ou nenhum suporte social, apresentar baixa escolaridade, baixo rendimento escolar, problemas crônicos de saúde como diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, apresentar problemas de relacionamento, separação dos pais, ser do sexo feminino, possuir baixa autoestima, ter um baixo repertório de enfrentamento e de habilidades sociais, sofrer experiências de violência no lar, comunidade ou escola, trabalhar no período da infância, ter diagnóstico de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline e fazer uso de substâncias psicoativas. (AVANCI et al.2009; MIQUILIN, et al, 2015; CAMPOS, PRETTE e PRETTE, 2014; DSM-5, 2014; RUTEL, 2011).

O ambiente no qual a criança vive tem uma forte relação com o desenvolvimento da depressão desta faixa etária. Apesar de a depressão infanto-juvenil poder ter a origem genética e biológica, os aspectos psicossociais negativos aumentam a probabilidade do desenvolvimento de eventos estressores, desencadeando patologias de origem mental. Situações de vulnerabilidade como, desestruturação familiar, instabilidade financeira, pobreza, dificuldades de acesso a saúde e educação, e fatores ambientais desfavoráveis no período da infância e adolescência, podem interferir na qualidade de vida destes indivíduos, refletindo em problemas no desenvolvimento que poderia ser normal, se não fosse por esses fatores (MATOS; et al, 2015).

Dentre os principais fatores de proteção para depressão infanto-juvenil, estão a empatia, o autocontrole e a utilização de habilidades sociais. Os adolescentes com maior frequência de comportamento empático criam condições mais favoráveis às relações de amizade e intimidade, estabelecendo uma maior rede de apoio, o que facilita a obtenção de ajuda e afeto. Apresentar comportamentos de autocontrole significa conhecer as próprias emoções, sentimentos e o padrão comportamental individual perante as situações possivelmente estressantes, essa experiência permite a aprendizagem de exposição e tolerância a sentimentos negativos (tristeza, raiva, frustração) que, geralmente repercute na preservação a saúde ou na escolha de opções menos danosas a mesma (CAMPOS, PRETTE e PRETTE, 2014).

Dessa forma, a não utilização das habilidades sociais pode contribuir para a rejeição pelos colegas e aumentar a probabilidade de ser excluído de grupos, gerando sentimentos de baixa autoestima, que repercutem em dificuldades em iniciar e manter relacionamentos interpessoais. As habilidades críticas de socialização na cultura brasileira podem ser exemplificadas com o costume de apresentar-se a um grupo de pessoas, cumprimentar os outros e despedir-se. Algumas classes de habilidades sociais podem ser tomadas como fatores de proteção à depressão na adolescência e que déficits ou dificuldades em apresentá-las pode constituir fator de risco (CAMPOS, PRETTE e PRETTE, 2014)

Segundo Cruvinel & Boruchovitch (2011), crianças depressivas tem dificuldade de perceber os sentimentos de tristeza, medo e a alegria, com isso, se a criança não percebe suas emoções, dificilmente terá alguma reação para neutraliza-las. A regulação emocional mais apresentada pelos participantes deste estudo foi a estratégia de realização de atividades prazerosas e agradáveis, incluindo brincadeiras, diversão e passeios em seu cotidiano. Os controles do pensamento com o intuito de barrar os sentimentos de tristeza, medo e pensamentos destrutivos, foram pouco mencionados. Então, as crianças fazem maior uso de estratégias que alteram o comportamento do que estratégias cognitivas, voltadas para a mudança de pensamento para lidar com suas emoções.

A depressão infanto-juvenil é altamente prejudicial a qualidade de vida, repercutindo negativamente na vida escolar, social e familiar. Crianças a adolescentes depressivos tem maior risco de recorrência da doença na vida adulta, aumentando as chances de futuros desajustamentos, podendo causar danos físicos e psicológicos permanentes. Além disso, a depressão infantil costuma apresentar altas taxas de comorbidade, as mais comuns são: transtorno de ansiedade, de conduta, desafiador opositivo e de déficit de atenção. O aparecimento desses transtornos aumenta a severidade da depressão, assim como sua presença

costuma indicar uma evolução mais grave e um pior prognóstico (AVANCI et al.2009; MIQUILIN, et al, 2015; HUTTEL, et al 2011).

O que dificulta o diagnóstico da depressão infanto-juvenil é as suas inúmeras formas de manifestação e suas particularidades. Esses fatores prejudicam um diagnóstico precoce, e em muitos casos os sintomas passam despercebidos, além de serem interpretados como característica normal do comportamento, ou até mesmo a manifestação de outras patologias. Nesta lógica, a depressão infanto-juvenil pode não ser reconhecida por parte dos profissionais e familiares, o que ocasiona no diagnóstico tardio e agravamento do quadro depressivo, ou até mesmo as crianças e adolescentes podem não receber o tratamento adequado para esse transtorno (DSM-5, 2014; BARBOSA e BARBOSA, 2012).

No caso das crianças, as condutas perigosas, com alto potencial de prejuízos físicos, ou até mesmo risco de suicídio, podem ser percebidas como simples brincadeiras da idade, justificadas pelo fato da criança não ter noção do perigo que está correndo. Já por parte dos adolescentes, o comportamento irritadiço e agressivo passa por rebeldia característica da adolescência. Por outro lado, crianças e adolescentes deprimidos e isolados, são considerados com bom comportamento, por se manterem quietos e não chamarem a atenção dos pais (BARBOSA e BARBOSA, 2012).

### 3.2 Rede de apoio social das famílias com crianças e adolescentes depressivos

As famílias com crianças e adolescentes que sofrem transtorno depressivo enfrentam desafios em diferentes aspectos no processo de conviver com a doença. Apesar de muitas famílias passarem pelas mesmas circunstâncias, apresentando as mesmas dificuldades e problemas, cada uma delas carrega suas vivências e particularidades, diferenciando assim, as suas reações ao lidarem com esses desafios. Essa resposta única gerada por cada família influencia diretamente no modo como a criança ou adolescente convive com o transtorno. Geralmente as famílias que conseguem enfrentar a depressão infanto-juvenil recebem apoio de elementos específicos da rede social. Tal fato auxilia a reorganização da rotina da família para atender a necessidade da criança e adolescente depressivo, alcançando assim, relacionamentos familiares eficientes, um bom cuidado e melhores índices de aceitação do tratamento e melhora por parte do doente (VICENTE, MARCON e HIGARASHI, 2016).

A rede social é a estrutura onde os indivíduos e/ou famílias interagem, desenvolvendo relações interpessoais estreitas ou formais, criando e mantendo vínculos, formando identidade social, a partir dos hábitos, crenças e valores característicos daquela rede. As redes sociais possuem dois segmentos, a rede primária e a rede secundária. A rede primária ocorre em um plano microssocial, é composta por relacionamentos pessoais, relações familiares, relações com amigos, vizinhos e colegas de trabalho, nesta rede o vínculo é estabelecido por meio da confiança, do companheirismo e da reciprocidade. A rede secundária ocorre em um plano macrossocial, e é dividida em rede secundária formal e rede secundária informal (SOUZA, SOUZA e TOCANTINS, 2009; GUARÁ, 2010; GERMANO e COLAÇO, 2012).

A rede secundária formal é constituída por instituições sociais públicas de caráter oficial, como Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Hospitais, Creches, Escolas, Universidades, Programas de Assistência Social e outras instituições, que prestam serviços de acordo com as demandas das pessoas, buscando a igualdade e o bem-estar social, através do vínculo de direito. Já a rede secundária informal tem origem na rede primária, quando há necessidades ou dificuldades em comum entre os indivíduos que compõem a mesma rede, e a partir disso, um grupo de pessoas organiza um auxílio ou serviço. Essa rede dura somente até o problema acabar (SOUZA, SOUZA e TOCANTINS, 2009; GUARÁ, 2010).

Entretanto, se a rede secundária informal perdurar, ela tende a se formalizar tornando-se uma rede secundária do terceiro setor. As redes secundárias de terceiro setor são associações, cooperativas, fundações e organizações da sociedade civil, que prestam serviços sem fins lucrativos. Os vínculos formados nesta rede são fundados na solidariedade e no direito. Em

contrapartida, as redes secundárias de mercado, que também são consideradas como redes secundárias informais, fazem referência as atividades econômicas rentáveis. Nessa dimensão os vínculos são formados apenas quando há troca de dinheiro por um serviço específico (GUARÁ, 2010).

De um modo geral, todos os indivíduos têm uma rede de relacionamentos sociais. As pessoas que interagem nesse sistema podem receber ou não o apoio que necessitam. Quem determina se o apoio é ofertado, é o próprio indivíduo e/ou família através de sua percepção. Nesse sentido, a rede social pode ser considerada um sistema social formado por possíveis fontes de apoio ao indivíduo e/ou famílias. Evidencia-se que a rede social e o apoio social são conceitos interligados, mas não tem o mesmo significado. Enquanto isso, a rede é uma teia social, composta por elementos que podem ou não dar auxílio. O apoio social é aquilo que o indivíduo e/ou família percebe como ajuda (SANTANA, ZANIN e MANIGLIA, 2008; GUARÁ, 2010). O apoio social pode ser apoio instrumental e emocional. O apoio instrumental é caracterizado como ajuda financeira, compartilhamento de responsabilidades e tarefas, e o fornecimento de informações com vistas a realizar educação em saúde. Já o apoio emocional é referente a dispensação de sentimentos como afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o doente ou sua família (HAYAKAWA; et al, 2010).

No contexto das famílias com crianças com depressão, as instituições religiosas fazem parte da rede social e atuam como importantes apoiadores sociais. A religiosidade é exposta como forte elemento para a luta diária, através da fé ocorre o aumento e fortalecimento da esperança de uma vida melhor para si e para sua família. Salienta-se, que o apoio social oferecido nas práticas religiosas é norteado pelas relações de amizade e ajuda mútua, servindo como amenizador de dor e sofrimento, auxiliando no processo de enfrentamento da doença mental no ambiente familiar e social. O CAPS-i também é citado como apoio social, pois é uma instituição de saúde que aumenta a efetividade da assistência e cuidado aos infantes doentes, pois oferecem suporte necessário para desenvolvimento de grupos terapêuticos com profissionais especializados, promovendo o esclarecimento de dúvidas, facilitando o entendimento, enfrentamento e aceitação do transtorno mental infantil, ajudando assim a harmonia na dinâmica familiar (BRUSAMARELLO et al, 2011; VICENTE; HIGARASHI & FURTADO, 2015).

Ainda, a família extensa é apontada como fonte de apoio social, pois os familiares oferecem suporte emocional, recursos financeiros e auxílio no cuidado da criança, diminuindo a sobrecarga física e emocional do principal cuidador. É importante ressaltar, que a doença mental infantil pode desencadear o fortalecimento ou a fragilização das relações familiares, a

deseestrutura ou reestruturação varia para cada família, pois cada indivíduo tem uma forma exclusiva de enfrentar a doença mental, o que pode influenciar de forma negativa ou positivamente dentro da dinâmica familiar (GARCIA et al, 2012; VICENTE, HIGARASHI e FURTADO, 2015).

Neste contexto, dentro da Atenção Primária à Saúde, os serviços de Unidades Básicas de Saúde e Estratégia em Saúde da Família, fazem parte da rede social, e são apontados pelas famílias como apoiadores sociais, pois promovem a qualidade de vida das crianças e adolescentes com transtornos mentais, apoiando suas famílias no cuidado e na sua inserção social. Além das unidades de saúde, as creches e grupos escolares são grandes apoiadores da família, pois ajudam a identificar alterações de comportamento precocemente, tendo autonomia de requisitar a família uma avaliação, que posteriormente poderá levar a criança ou adolescente ao tratamento adequado. Salienta-se, que o apoio dos serviços de atenção básica e as instituições de educação, fortalecem o apoio social em relação a intervenções por territórios, pois oferecem para a família o auxílio necessário para a criação de dispositivos para enfrentar as adversidades diárias sem que saiam do ambiente comunitário (TSZESNIOSKI et al, 2015).

### **3.3 Atenção à saúde mental infantojuvenil no Sistema Único de Saúde.**

No Brasil, o movimento de defesa e promoção dos direitos das crianças e adolescentes ganhou destaque a partir dos anos 80, com a inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988, determinando que é de responsabilidade da família, sociedade e Estado garantir os direitos fundamentais das crianças e adolescentes. Em 1989 foi promulgado pelo Decreto nº 99.710, de 21/11/1990 a Convenção dos Direitos da Crianças, consagrando assim os valores baseados no respeito à dignidade e nos Direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

Em 1990, é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reafirmando os direitos já garantidos, buscando a proteção integral desses indivíduos. O ECA prioriza a proteção em qualquer circunstância, precedência de atendimento nos serviços públicos, preferência na formulação e na execução das políticas públicas e preferência na destinação de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. A doutrina de proteção integral visa garantir através de leis e de outros meios a proteção e a promoção do desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade a essa parcela da população. No âmbito dos direitos a vida e a saúde, o ECA atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade de promoção e efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento o desenvolvimento pleno (BRASIL, 2014).

Com isso, o SUS, por meio das Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, assume as responsabilidades sanitárias com as crianças, adolescentes e suas famílias, garantindo o acesso a saúde integral, universal e equânime às gestantes, parturientes, nutrizes, recém-nascidos, crianças e adolescentes. É essencial o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de forma pactuada entre as esferas municipais, estaduais e federais, com articulação intersetorial, de acordo com especificidades de cada região, atendendo as necessidades da população infanto-juvenil. O SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social da população infantojuvenil (BRASIL, 2010).

Se uma criança ou adolescente apresentar sofrimento psíquico não será possível considerá-lo saudável, pois é consensual que sua plenitude só é efetiva se houver produção saúde mental. A atenção psicossocial desses indivíduos atualmente busca um atendimento integral de base comunitária, que visa a reinserção familiar, social e cultural. Entretanto, ainda não há uma política nacional de saúde mental infantojuvenil. Nesse sentido, o Ministério da

Saúde elaborou seis princípios básicos para uma futura política nacional de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005).

A primeira diretriz é encarar a criança e o adolescente como um sujeito, portador de opiniões, vontades e particularidades, portanto direitos e deveres. Tal noção implica a responsabilidade que essas pessoas têm sobre a sua demanda e seus sintomas, ainda reforça a ideia da criança ou adolescente depressivo como ser único, necessitando assim de um projeto terapêutico singular. A segunda é o acolhimento universal, caracterizado pela abertura das portas dos serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil, sendo imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda, identificando as necessidades, propondo alguma intervenção inicial e, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento. A terceira é o encaminhamento implicado e corresponsável, que se explica através em um trabalho conjunto entre os serviços para melhor atendimento, possibilitando que o paciente segue o serviço necessário (BRASIL, 2005).

A quarta diretriz corresponde a construção permanente da rede. É necessária a construção diária de uma rede de profissionais, ações e serviços para garantir o acesso a saúde mental a crianças e adolescentes. A quinta é o trabalho no território, é o acompanhamento do paciente dentro do seu ambiente, é o lugar psicossocial onde a vida acontece, é o local onde mais se estabelece relação com a rede social e de relacionamento do paciente e da sua família. A última diretriz é a intersectorialidade na ação do cuidado. Os serviços de atenção psicossocial infanto-juvenis devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes (BRASIL, 2005).

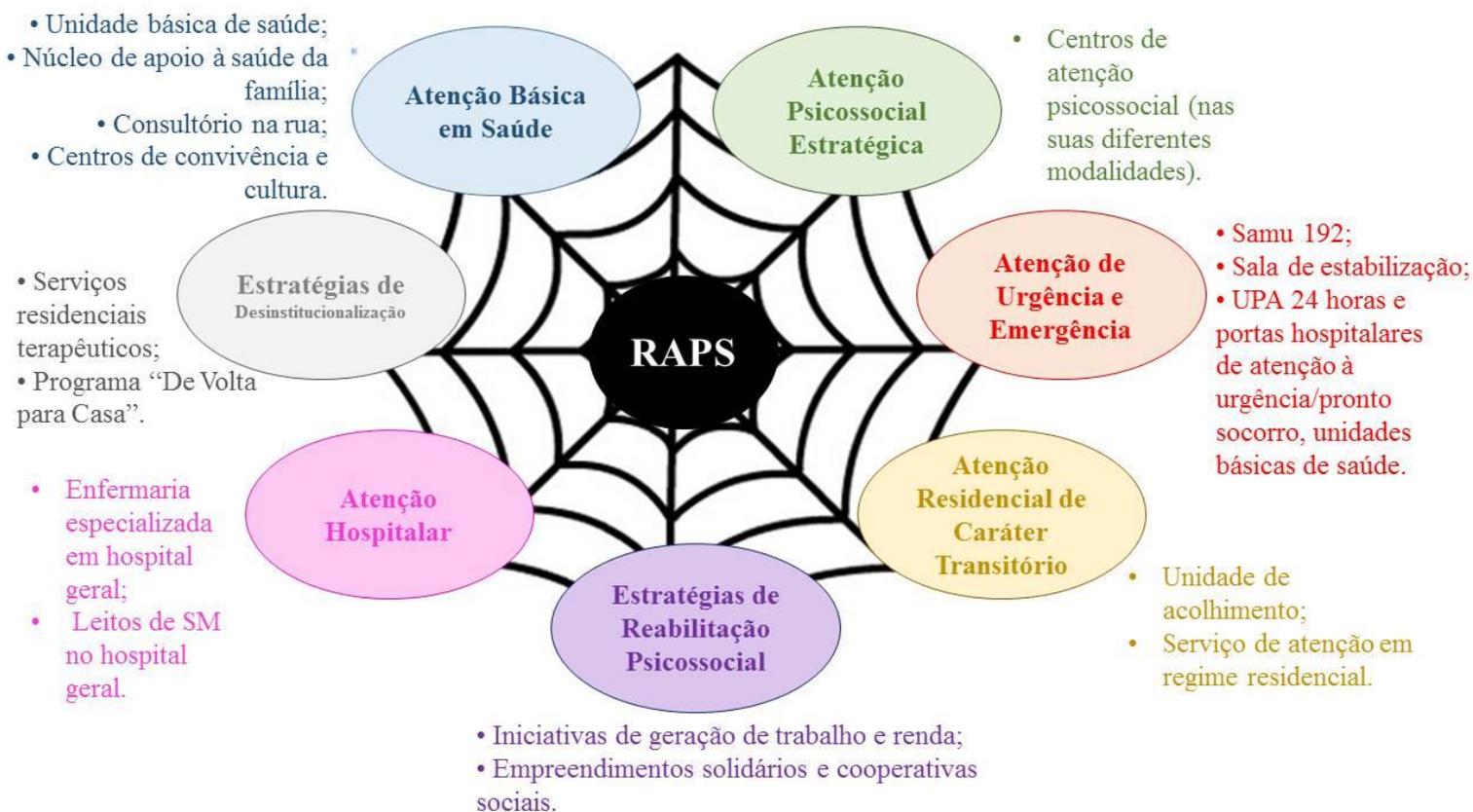
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), está em consonância com as diretrizes da futura PNSMIJ, constituída pela portaria MS/GM nº3.088, de 23/12/2011. A RAPS prevê a criação, ampliação e articulação de serviços voltados a saúde mental dos doentes mentais. A RAPS tem como objetivos gerais ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção e, garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014).

Como objetivo específico a RAPS procura promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo, promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com

transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede. Deve regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2014).

A RAPS organiza-se nos seguintes serviços, de acordo com a Figura 1.

**Figura 1-** Rede de Atenção Psicossocial e seus serviços de saúde



**Fonte:** Elaborada pela autora.

Diretrizes ministeriais sugerem que os cuidados em saúde mental infantojuvenil se desenvolvam nos serviços de saúde, nos três níveis de atenção. Na atenção básica os atendimentos ficam sob responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF). No nível secundário acontecem através dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-i) e ambulatorios. No nível terciário a atenção é realizada pelos hospitais gerais que articulados a uma rede intersetorial têm como maior meta a inclusão social de seus usuários (DELFINI e REIS, 2012).

Corroborando com Delfine e Reis (2012), o Ministério da Saúde (2014), afirma que o SUS oferece atenção integral a saúde mental infantojuvenil através dos serviços distribuídos nos diferentes níveis de atenção. Na atenção básica oferece para realização de atendimento as Estratégias Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipe de Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, os Centros de convivência e cultura. Na Atenção Psicossocial Estratégica conta com o CAPS-i e, na Atenção residencial de caráter transitório, tem a Unidade de acolhimento infanto-juvenil. Na Atenção de urgência e emergência são todos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências. Na atenção hospitalar são os hospitais Psiquiátricos e os leitos em Saúde Mental (SM) nos Hospitais Gerais (DELFINI e REIS, 2012; BRASIL, 2014).

Apesar do SUS contar com a RAPS que presta um suporte geral aos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, os serviços especializados voltados exclusivamente para a saúde mental infanto-juvenil, é o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS-i) e a Unidade de acolhimento infanto-juvenil. O CAPS-i é um serviço aberto de caráter comunitário, que trata a depressão infanto-juvenil e outros transtornos mentais de origem biológica e relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas em indivíduos de até 18 anos, sendo estabelecido em municípios com população maior de que 70 mil habitantes (BRASIL, 2014; MATOS, et al, 2015).

Através disso, é necessária a implementação de serviços de base comunitária e a criação de políticas públicas voltadas para a saúde mental infantojuvenil com o intuito de melhorar a rede social e o apoio a esses seres e suas famílias. A atenção básica e a ESF tem sido considerada lugar privilegiado para cuidados em saúde mental infanto-juvenil, já que por sua proximidade com a comunidade, a equipe multiprofissional se depara com as reais necessidades da população, que frequentemente apresenta problemas de saúde mental. A criação de vínculo com as famílias e parcerias com instituições de ensino podem ser os recursos estratégicos adequados para o enfrentamento da depressão infantojuvenil (DELFINI e REIS, 2012)

Para oferecer o suporte e amparo aos jovens depressivos e suas famílias, é necessária a implantação de uma rede social formada por um conjunto de serviços (serviços de saúde, serviços comunitários e Ongs), instituições (instituições de ensino e religiosas) e indivíduos (família extensa, amigos, vizinhos, profissionais da saúde) com vínculos sociais que se relaciona com o objetivo de melhorar a condição de Saúde Mental Infanto-juvenil a nível federal, estadual, municipal e comunitário. Neste sentido, famílias com crianças com depressão buscam o apoio da rede social, para o enfrentamento das barreiras impostas pelo transtorno depressivo no seu cotidiano (VICENTE; HIGARASHI e FURTADO, 2015).

### **3.4 O enfermeiro no cuidado às famílias de crianças e adolescentes depressivos**

O Enfermeiro deveria estar presente em todos os serviços de atenção aos jovens depressivos e suas famílias, entretanto, ganha mais destaque na atenção básica, nos serviços de UBS e ESF, na atenção secundária nos CAPS-i. Esse profissional, geralmente, é o integrante da equipe de saúde que mantém um maior vínculo com a família, possibilitando a mobilização, recursos e fortalecimento de potencialidades com o intuito de promover o processo de resiliência familiar.

No âmbito da atenção primária a crianças e adolescentes com transtorno depressivo, os enfermeiros atuantes em equipes de ESF têm como responsabilidade planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando uma assistência integral aos usuários do SUS, levando em consideração a humanização e as necessidades da população. O enfermeiro exerce um papel importante na criação de vínculos com as famílias e comunidade em geral, pois ele é o profissional identificado como o cuidador. Especificamente, o acolhimento, é a forma de cuidado mais explícita na atenção à saúde mental infanto-juvenil, com isso, os enfermeiros devem acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, respeitando as particularidades dos indivíduos e das famílias (AMARANTE et al, 2011).

A ESF disponibiliza uma assistência à saúde focada em ações de promoção, proteção, recuperação à saúde e prevenção de doenças, de forma integral e contínua priorizando a criação de vínculos e a reconhecimento das necessidades da comunidade moradora do território de abrangência. É importante salientar que esse atendimento do enfermeiro é integral, longitudinal e sempre centrado na família, levando os profissionais a entender, perceber e avaliar todo o processo de adoecimento da criança e adolescente depressivo, considerando os aspectos individuais, familiares, socioeconômicos e culturais (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Além disso, é primordial que o enfermeiro assuma o papel de educador em saúde, enfocando a troca de conhecimentos entre os profissionais e usuários, com vistas a extinguir preconceitos, sanar dúvidas e orientar a família sobre a depressão infanto-juvenil, buscando capacitar a família para o cuidado, fortalecendo as potencialidades individuais e familiares, reabilitando com mais facilidade a saúde da criança e do adolescente depressivo, contribuindo para a participação da comunidade nas ações de saúde. (REIS et al, 2013).

É importante destacar que a saúde mental infanto-juvenil não abrange somente o indivíduo doente, mas também a sua família. Com isso, é necessário que o enfermeiro crie vínculo com os integrantes do grupo familiar, conhecendo as particularidades de cada

indivíduo, identificando assim, as prioridades e necessidades não somente da criança e do adolescente depressivo, mas da família como um todo. Na ESF geralmente o acolhimento às famílias é feito primeiramente de forma grupal, na visita a residência da família e, posteriormente, se necessário, de maneira individual no próprio serviço de saúde. Essa conduta requer uma equipe multiprofissional e transdisciplinar, além da disponibilidade de tempo e de uma infraestrutura adequada para atender da melhor maneira possível essa família. Nesta forma de atenção à saúde, o atendimento é caracterizado no cuidado por necessidade e não por demanda, contribuindo para a participação da comunidade nas ações de saúde, com ênfase na promoção da escuta e do acolhimento dos usuários e suas reais necessidades (OLIVEIRA, PERREIRA, 2013).

Na Atenção Secundária em Saúde Mental infanto-juvenil estão os Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenil (CAPS-i). São serviços de base comunitária, que prestam atendimento médico, de psicologia e enfermagem diariamente as crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo os causados pelo uso de crack, álcool e outras drogas, contando ainda, em dias alternados com oficinas terapêuticas de artes e música. Este serviço tem como principais objetivos a inserção social da população infanto-juvenil mentalmente doentes, por meio de ações integrais e humanizadas, servindo como forte serviço de substituição do modelo asilar (BRASIL, 2015).

O cuidado de enfermagem no CAPS -i, tem enfoque na atenção humanizada a criança e adolescente com transtorno e sua família, buscando fornecer apoio, orientações, esclarecimentos, para estimular o cuidado por parte da família, promovendo a ressocialização do doente. Além disso, o enfermeiro busca auxiliar o desenvolvimento físico, mental e emocional do usuário, apoiando a família no processo saúde-doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida para todos os envolvidos, através do vínculo afetivo e social. Essa conduta exige do enfermeiro iniciativa e criatividade, para desenvolver um cuidado específico para cada criança e adolescente, atendendo as necessidades individuais e familiares, levando em consideração a realidade social, cultural, econômica e política da família (SOARES et al, 2011).

O cuidado ao paciente no CAPS-i é feito de forma individual por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é definido por um conjunto de ações de saúde, propostas a partir da articulação de uma equipe multiprofissional, com vistas a criar condutas terapêuticas únicas para cada indivíduo, com o intuito de sanar as necessidades de saúde dos usuários. Salienta-se que esse plano é passível de mudanças mediante uma avaliação da equipe, podendo ser alterado a partir da aderência do tratamento por parte do doente e seus familiares (BRASIL, 2014).

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa estuda os processos que ajudam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios diários desse transtorno, tendo como referencial teórico o conceito de resiliência familiar, segundo Froma Walsh (2016). Para esta autora, resiliência familiar é uma resposta positiva da família às adversidades da vida, é um processo que vai além de sobreviver, fugir ou passar por uma prova angustiante, é a capacidade de renascer, resistir, reestruturar-se, fortalecer-se e crescer, permitindo que seus membros assumam suas vidas (pessoal e familiar) fortalecidos e com mais recursos.

Nesse sentido, em momentos de crise, muitas famílias que se unem, enfrentam as dificuldades juntas, apoiando-se mutuamente, desenvolvendo uma confiança compartilhada em que possam se unir para superar as adversidades, com isso, seus relacionamentos se tornam mais ricos e amorosos do que se não tivessem enfrentado essas dificuldades (WALSH, 2016). Nessa perspectiva, a depressão infanto-juvenil pode servir para a família como um despertar para a realidade, pois essa adversidade repercute nos indivíduos como um sinal de alerta para as prioridades elencadas no momento, aumentando a atenção para o que realmente importa em suas vidas.

A resiliência familiar deve ser entendida por meio de uma visão sistêmica. A família e o mundo social ganham um contexto mais amplo, que abrange as interações mútuas de processos individuais, coletivos e ambientais. Nesse sentido, a depressão em crianças e adolescentes, não afeta somente o indivíduo depressivo, repercute em toda a família e até mesmo na comunidade na qual ela está inserida (WALSH, 2016).

O grupo familiar pode gerar respostas positivas à depressão infanto-juvenil, criando processos de proteção que estimulam a resiliência, diminuindo o impacto das adversidades, promovendo a superação dos desafios. Por outro lado, esse transtorno pode desencadear respostas negativas, aumentando a vulnerabilidade de todos. Salienta-se que alguns processos familiares podem desencadear eventos estressantes. No entanto, todas as famílias têm potencial para a resiliência (WALSH, 2016).

Froma Walsh (2016), afirma que na resiliência familiar é possível identificar os processos fundamentais que podem fortalecer as potencialidades para a superação de problemas como a depressão infanto-juvenil, enfrentando desafios diários em situação de vida particulares. Os elementos fundamentais do processo no funcionamento eficiente da família são: **Sistemas**

de Crenças, Padrões ou Processos Organizacionais e Processos de Comunicação, conforme Figura 2.

**Figura 2-** Processo de Resiliência Familiar

**Fonte:** Elaborada pela autora.



É importante destacar que esses processos podem ser organizados de diversas maneiras, à medida que se ajustam a diferentes grupos familiares, pois cada família possui suas particularidades e vivências, gerando respostas únicas à depressão infanto-juvenil e aos desafios diários relacionados a esse transtorno (WALSH, 2016).

### **Sistemas de Crença: Coração e Alma da Resiliência**

O Sistema de Crença é um guia de todo funcionamento familiar, sendo considerado poderoso na resiliência. É por meio das crenças que os indivíduos interpretam suas vidas,

podendo perceber suas vivências de forma positiva ou negativa. As crenças estão no amago das pessoas, influenciando o entendimento da vida (individual e familiar), definindo a realidade e repercutindo no futuro. Os sistemas de crenças são premissas básicas que orientam ações, guiam reações emocionais e informam decisões (WALSH, 2016).

Neste contexto, as famílias com crianças e adolescentes com depressão, enfrentam o transtorno, através dos significados das experiências já vivenciadas (experiências já vividas no âmbito individual ou familiar, incluindo as vivências passadas pelos familiares antepassados), e as experiências que ainda estão por vir (planos, sonhos e esperanças para o futuro), vinculando crenças culturais, crenças religiosas e interação com a rede social. Segundo Walsh (2016), as crenças facilitadoras aumentam as possibilidades das famílias superarem seus problemas, enquanto as crenças restritivas perpetuam as adversidades, restringindo o processo de resiliência familiar. Já nas crenças ratificadoras, os indivíduos que compõe o grupo familiar se sentem valorizados, o que contribui para a superação dos momentos de crise.

Na capacidade de extrair sentido da adversidade pode se observar o **valor afiliativo** quando os indivíduos que compõe o grupo familiar compartilham crenças, e o relacionamento em família é de extrema importância em suas vidas. A busca de satisfação com os relacionamentos reforça o envolvimento e o investimento mútuos, pois os indivíduos se doam e lutam para fazer o melhor, quando percebem o esforço do outro para manter o bem-estar da família, assim, estabelecem processos de conexões e comunicação organizacional no seio familiar (WALSH, 2016).

Com isso, um relacionamento se fortalece quando a crise é interpretada como um desafio familiar a ser compartilhado, enfrentado e superado junto. Essa relação mostra a união entre seus membros. Assim, as conexões familiares são processos importantes nos enfrentamentos das adversidades. As famílias que estabelecem laços de confiança são mais capazes de enfrentar as dificuldades, e as respostas positivas são mais frequentes quando os familiares acreditam que podem recorrer uns aos outros (WALSH, 2016).

A **orientação do ciclo de vida** se refere às diferentes etapas de vida que a família atravessa ao decorrer dos anos. Essa transição exige dos indivíduos a reestruturação na dinâmica familiar. Grupos familiares com bom funcionamento tendem a ter uma percepção mais apurada das vivências do passado, dos acontecimentos do presente, e o que está por vir, no futuro. As famílias resilientes são mais habilitadas a aceitar a passagem do tempo, enfrentando com mais facilidade os desafios. Essas famílias conseguem superar os traumas do passado com maestria, utilizando suas experiências como aprendizado, desenvolvendo uma inteligência emocional para superar os desafios no presente, evitando adversidades futuras (WALSH, 2016).

Neste contexto, famílias que identificam as mudanças de comportamento das crianças e adolescentes com depressão como um comportamento doentio, e não como fases de transição de crescimento, procurando alternativas para a melhora desses indivíduos, mostram-se resilientes, pois o enfrentamento da doença, por mais desafiador que seja, pode proporcionar a esses jovens e suas famílias um presente com muitos significados e um futuro mais promissor em relação a qualidade de vida e ao fortalecimento de vínculos e laços de confiança entre todos os envolvidos (WALSH, 2016).

O **senso de coerência** pode ser entendido como a capacidade da família em interpretar a adversidade como desafio e a crise passa ser administrável. O senso de coerência é a calma perante situações de estresse, é o resolver os problemas por mais complicados que eles sejam, é a capacidade de esclarecer a natureza do problema, tornando-o mais simples, ordenado, previsível e explicável. O senso de coerência dá ao indivíduo um domínio sobre a vida, estimula a autoconfiança, e a criação de estratégias de enfrentamento, contribuindo muito para o bem estar mental e a estabilidade da saúde (WALSH, 2016).

As **avaliações de crises, situações de angústias e recuperação** podem ser diferentes dependendo da família que lida com o evento estressante. Essa variabilidade se dá por causa dos recursos individuais e familiares particulares, considerando o fato de um evento estressante ser ou não considerados como um problema. As angústias familiares dependendo da sua proporção podem ser interpretadas como parte da vida real, fazendo com que as próprias famílias enfrentem e superem as suas dificuldades de outra forma, muitas vezes sem o auxílio de profissionais da saúde. Salienta-se que os indivíduos resilientes buscam ajuda quando necessário, recorrendo à rede social como as fontes de apoio (família, amigos, profissionais, religião, serviços de saúde, entre outros) (WALSH, 2016).

A área da **perspectiva positiva** mostra-se através da **iniciativa ativa e da perseverança**, que são dois elementos fundamentais na resiliência. Ser perseverante é ter atitude e determinação. Na perspectiva resiliente é ter a capacidade de enfrentar com potência e persistir diante da adversidade opressiva. As famílias abaladas pela depressão infanto-juvenil vivem incertezas, apresentando muitos medos e angústias, mas através do amor e da união familiar reúnem forças para enfrentar a realidade que amedronta (WALSH, 2016).

Com isso, a **coragem e o encorajamento** dos familiares, amigos e comunidade estão diretamente interligados. O encorajamento da rede social, por meio do apoio pode construir e manter a coragem em situações extremamente opressivas. Além disso, a coragem individual, demonstrada por uma pessoa em situação de crise, pode encorajar outros indivíduos que estão passando por adversidades a enfrentar seu desafio com mais força e valentia, ou até mesmo,

pode despertar inspiração em pessoas que não passam por crises. Então, é importante que as crianças e adolescentes que apresentam depressão sejam encorajados a superar essa adversidade e que suas famílias recebam o incentivo para procurar o tratamento desses doentes, sem serem julgadas, mas sim encorajadas (WALSH, 2016).

Além disso, o **otimismo** é considerado o poder do pensamento positivo. Acredita-se que ao contrário do pessimismo, o otimismo é uma habilidade que facilita a superação dos momentos difíceis. Então, famílias e indivíduos que tem uma visão mais otimista da vida, possuem a capacidade de contestar os pensamentos negativos, tornando-se mais esperançosos e alegres, enfrentando melhor situações de estresse e de crise. O otimismo e o pessimismo são habilidades aprendidas ou desaprendidas no decorrer da vida. Com isso, indivíduos e famílias que tendem a ser otimistas podem desenvolver domínio e reações, nas quais as pessoas passam a acreditar que seus esforços e ações podem funcionar (WALSH, 2016).

A **confiança compartilhada na superação das dificuldades** pode ser entendida como a certeza de que por mais forte que a adversidade pareça ser a superação é certa. Em lares que a resiliência familiar existe, percebe-se a confiança inabalável entre os membros da família ao enfrentar os problemas. Essa convicção de que todos os familiares estão empenhados na **concentração de forças e no potencial**, individual e familiar, desenvolvendo recursos para a superação das adversidades, aumentam o otimismo, tornando os membros da família ativos no processo de resolução, reforçando os esforços individuais para enfrentamento, promovendo ainda a resiliência relacional (WALSH, 2016).

As famílias resilientes dominam a **arte do possível**, conseguem criar um panorama total de situação problemática, encarando-a como um desafio, reconhecendo suas restrições e recursos, aceitando os limites do potencial, direcionando seus esforços para o que é possível. Neste contexto, as famílias podem não ter domínio sobre o resultado do evento estressante. Entretanto, tem controle sobre suas escolhas, podendo descobrir maneiras de participar ativamente do processo de desdobramento das adversidades, minimizando os impactos do que não é possível interferir (WALSH, 2016).

A **área de transcendência e espiritualidade** no processo de resiliência familiar corresponde aos **valores mais amplos e os propósitos** são obtidos, além das crenças familiares. É por meio da herança cultural e da fé espiritual que os indivíduos encontram um significado para a vida e para os desafios que a acompanham. Geralmente, as famílias incorporam sistemas de valores transcendentais que ultrapassam os limites de sua experiência e conhecimento. Esses valores, propósitos e significados servem como uma bússola moral, fazendo com que a família encare sua realidade, buscando um significado e sentido. Em situações de adversidades como a

depressão infanto-juvenil, as famílias podem fortalecer ou abalar os valores, mas o que importa é manter a ligação com valores mais profundos, que alicerçam valores fundamentais que incentivem o grupo familiar a lutar em prol de dias melhores (WALSH, 2016).

Muitas das Crenças Fundamentais são orientadas pela **espiritualidade**. A espiritualidade engloba diferentes crenças sobre a vida e a sua origem. Compreendem um grande investimento de valores básicos e internos que promovem um senso de significado, sensação de inteireza interior e conexão com o mundo, com os seres que nele habitam, com um ou mais seres supremos, com a natureza e o universo na sua totalidade. Além disso, a espiritualidade pode incluir experiências divinas, que são sagradas ou místicas e que dificilmente podem ser explicadas através do vocabulário popular e das imagens comuns. A espiritualidade convida a expansão da consciência, e esse fenômeno aumenta a responsabilidade de forma grandiosa, criando percepções diferentes acerca de si mesmo, percebendo realidades locais até universais (WALSH, 2016).

As famílias resilientes possuem mais inspirações para resolver problemas, pois a **criatividade** costuma nascer das dificuldades. A imaginação permite criar novas possibilidades e iluminar o caminho da superação. As ideias para solucionar problemas podem ter origem nos atos que deram certos de outras pessoas. Nesse sentido, muitas pessoas e famílias podem ser incentivadas a enfrentar seus problemas se espelhando em **heróis** da vida real, que são criativos, esforçados, batalhadores e conseguem vencer seus desafios (WALSH, 2016).

Os problemas que surgem no decorrer da vida devem ser usados como instrumentos para o **aprendizado, mudança e crescimento**. As famílias resilientes extraem os significados das adversidades, utilizando-as como lições para o futuro. Esses indivíduos acreditam que seus sofrimentos os tornaram melhores e mais fortes do que seriam se não tivessem vivido e superado as dificuldades. É importante destacar que a resiliência pode ser estimulada mesmo quando o problema pode não ser resolvido, ou quando ele pode se repetir, pois a medida que os eventos são assimilados, passam a ter novos significados e se mostram novas oportunidades (WALSH, 2016).

### **Os Padrões Organizacionais**

As famílias desenvolvem sua dinâmica baseadas em normas internas e externas, reforçadas por sistemas culturais e de crença da própria família, visando um bom funcionamento familiar. Neste contexto, cada sistema familiar tem seus próprios padrões de regulação, reagindo as adversidades dentro das suas particularidades. Contudo, essas famílias

precisam criar uma estrutura **flexível** e **estável**, possibilitando a reestruturação sem perder sua força como unidade familiar (WALSH, 2016).

Atraves disso, famílias resilientes conseguem manter a estabilidade quando enfrentam adversidades que requerem **mudanças** na dinâmica e estrutura familiar. Isso é possível, pois os membros da família confiam uns nos outros e desempenham seus papéis da melhor maneira possível pois tem a certeza do esforço mútuo de todos os envolvidos. Além de desempenhar seus compromissos, podem inclusive assumir as responsabilidades de outros membros (que podem estar ausentes ou debilitados), com vistas a manter o bem estar familiar (WALSH, 2016).

A **conexão familiar** pode ser descrita como o equilíbrio da unidade familiar. Os indivíduos apresentam um interesse pelo bem estar individual e coletivo, respeitando as diferenças entre si, recorrendo um ao outro, buscando **apoio mútuo** e **colaboração** para a resolução dos problemas apresentados no decorrer da vida. A conexão pode ser avaliada em termos de proximidade e hierarquia. A união familiar pode se manter mesmo quando os indivíduos não estão presentes fisicamente, quando são muito autônomos e independentes, quando tem opiniões e comportamentos diferentes, pois o que irá se sobrepor é o conforto e a segurança proporcionados pelos relacionamentos, verdadeiros, afetivos e generosos que acontecem entre essas pessoas no seio familiar (WALSH, 2016).

Neste sentido, os **limites familiares** são parte de um sistema composto por um conjunto de regras que determinam os papéis e os **compromissos** de cada membro da família. As alianças formadas por famílias resilientes são flexíveis e vistas como um trabalho em equipe. As tarefas são compartilhadas e cada familiar dá o seu máximo para alcançar o bom funcionamento familiar, podendo substituir um ao outro quando necessário. Geralmente, os pais e mães de uma família assumem o papel de líderes, educando, protegendo e orientando os demais familiares. (WALSH, 2016).

As famílias com bom funcionamento, consideradas resilientes, mantêm-se ativas como parte de uma rede, interagindo ativamente com o mundo externo. Neste emaranhado, na vinculação mais próxima, encontra-se a família ampliada e a rede social. Quando as famílias não conseguem resolver os seus problemas, acabam recorrendo à família ampliada, amigos, vizinhos e serviços comunitários, pois geralmente esses elementos oferecem conexões vitais que proporcionam informações, serviços concretos, apoio, companhia e repouso, além de promover a segurança e a solidariedade, que ajudam a família a se reestabelecer nas situações de crise (WALSH, 2016).

É evidente que situação econômica da família repercute nas relações familiares. Muitas famílias estão em crise não por problemas na família em si, mas pelos recursos financeiros escassos e outros problemas sociais. Em famílias que vivem em situações de pobreza e decadência urbana, as tensões familiares por falta de renda são explícitas. Geralmente nas famílias contemporâneas, os homens e as mulheres trabalham. Essas famílias estruturam suas vidas baseadas na renda que ganham, entretanto, se um desses provedores perde seu emprego, a família tem que se reestruturar, o que pode levar a conflitos no ambiente familiar. Em famílias que convivem com a depressão infanto-juvenil essa realidade também é presente, pois um dos provedores, na maioria das vezes a mãe, pode abandonar seu emprego para se tornar a principal cuidadora, o que repercute nas finanças da família (WALSH, 2016).

### **Os Processos de Comunicação**

É consensual que a boa comunicação é primordial para o funcionamento familiar. As expectativas de boa comunicação variam em relação à cultura, faixa etária e até mesmo à percepção individual. A comunicação pode ser definida como troca de informações (verbais ou não-verbais), resolução de problemas socio-emocionais, e prática/instrumental. A comunicação tem duas funções, uma delas tem aspecto de conteúdo, transmitindo informações factuais, opiniões ou sentimentos. O outro aspecto define a natureza do relacionamento que está ligada à hierarquia de status ou de autoridade (WALSH, 2016).

Em situação de crise repentina ou de estresse prolongado a comunicação pode sucumbir, e, são nesses momentos, que a comunicação deve se fortalecer, pois ela é essencial no processo de resiliência familiar. Com isso é necessário que os esforços de intervenção sejam focados em aumentar a competência dos membros da família para se expressar e reagir às necessidades e preocupações e para negociar a mudança do sistema para satisfazer as demandas em situações de crise (WALSH, 2016).

A **clareza** na comunicação é importante para o funcionamento eficaz da família. Os indivíduos devem utilizar uma linguagem clara, direta, específica e honesta, falando a verdade e transmitindo o que pensam. Salienta-se que as mensagens devem ser transmitidas diretamente às pessoas que são destinadas. Quando a comunicação é vaga ou transmitida por outra pessoa ela pode ser distorcida, o que pode levar a mal entendidos ou a situações não resolvidas. Viver com a adversidade torna-se mais compreensível e administrável quando as informações e as percepções dos familiares são compartilhadas entre eles e quando os significados dos eventos e suas implicações são discutidos abertamente e amplamente (WALSH, 2016).

É essencial que os membros da família expressem seus **verdadeiros sentimentos**, sendo eles sentimentos de **amor, ternura, esperança, gratidão, consolação, felicidade**, até mesmo o **medo, raiva, tristeza e desapontamento**. O se comportar alegremente, quando na verdade sente-se triste, causa na família um estado de confusão, pois os familiares percebem que há algo errado e encontram explicações equivocadas para justificar esse comportamento, ou sentem-se culpados pela situação. O compartilhamento aberto das emoções, encoraja e reforça a confiança mútua e a união familiar, auxiliando no bom funcionamento da família (WALSH, 2016).

É importante resaltar, que em situações de crise constante, a comunicação aberta não significa deixar seus sentimentos a mostra e falar, constantemente, sobre o problema. É importante que a realidade da situação adversa seja reconhecida e que os membros da família recorram um ao outro para extrair o significado, conseguindo assim se apoiar e reorganizar suas vidas. Com o passar do tempo, à medida que surgem novas necessidades, os membros da família devem se sentir livres para se expressar (WALSH, 2016).

A expressão aberta de sentimentos positivos é vital para contrabalançar interações negativas. Os relacionamentos podem tolerar conflitos consideráveis, se houver a expressão de amor, apreciação, respeito e **interação prazerosa** entre a família. O **humor compartilhado** pode ser uma fonte de força da família em meio às dificuldades. O humor pode ajudar a família a aliviar as tensões, a desintoxicar as situações ameaçadoras, facilitar conversas, facilitar a expressão de ternura e afeição, diminuir a ansiedade, colocar os membros mais a vontade, ajudar a enfrentar a perspectiva otimista, aliviar cargas pesadas, desfazer uma reação defensiva e facilitar um confronto direto. Encorajar o humor, pode proporcionar aos familiares rirem uns com os outros revitalizando uma família angustiada (WALSH, 2016).

A boa comunicação mostra-se também nos **processos eficazes para a resolução de problemas**, se tornando essencial para o funcionamento da família, especialmente quando se lida com crises repentinas ou desafios persistentes. As famílias resilientes conseguem administrar bem o conflito, tolerando a adversidade, utilizando a habilidade de lidar ou resolver os problemas que surgem no dia a dia. Inicialmente a **resolução dos problemas familiares** se dá a partir do reconhecimento do problema por parte da família. Após isso, é necessária a comunicação entre os familiares e aqueles que podem construir recursos potenciais. Essa comunicação possibilita a elaboração de um plano de ação que permite construir recursos potenciais para resolver com eficiência todos ou a maior parte dos problemas (WALSH, 2016).

Quando o problema é identificado, é necessário que os membros da família se envolvam em uma **discussão criativa**. Nesse momento todos os familiares falam e são escutados, todas as contribuições são respeitadas e valiosas, a família discute sobre os seus recursos e seus

impedimentos, considerando várias opções que beneficiem a todos. A abertura para novas soluções para o enfrentamento de desafios é uma característica das famílias resilientes. Na resolução de problemas o **processo de negociação** do que será melhor para a família é tão importante quanto o resultado. A negociação engloba expor e aceitar as diferenças, trabalhando em prol do bem estar de toda família (WALSH, 2016).

A negociação relacionada às importantes decisões da vida, geralmente não ocorre de modo fácil e pode envolver **conflito**, sofrimento e raiva. Em famílias resilientes, esses conflitos não duram muito tempo, pois a tolerância para com os conflitos permite a discordância e reconhecimento explícito das diferenças, com a resolução por meio de acordo, compromisso e nova estruturação do problema. O gerenciamento eficaz do conflito, requer uma boa comunicação. O desacordo pode existir, mas é fundamental aprender a enfrentar essa situação sem agressividade (WALSH, 2016).

Para desencadear o processo de resiliência em famílias que passam por situações adversas e para haver um funcionamento familiar bem sucedido a crença poderosa do **controle ativo** deve ser posta em prática, tanto da resolução dos problemas diários, quanto no enfrentamento de grandes desafios da vida. A família precisa **acreditar** que irá conseguir enfrentar e vencer as adversidades da melhor maneira possível. Ela deve ser **criativa e colaborativa**, achando unida algum modo de **ser bem sucedida no processo e no resultado** (WALSH, 2016).

A cada **sucesso familiar** a confiança e as competências dos membros da família crescem exponencialmente, capacitando-os a enfrentar desafios maiores. Quando ocorre o **fracasso**, os membros da família não são atacados ou definidos como inadequados. Esse **erro serve como aprendizado**, para o erro não ser cometido novamente, **dericcionando os esforços ou experimentando nova tática** para resolver os problemas (WALSH, 2016).

Em famílias resilientes, quando um problema potencial surge, os familiares se unem, enfrentam rapidamente, discutem acerca da adversidade e de forma clara e aberta, e lidam com os aspectos práticos e emocionais. Desta forma **pró-ativa**, uma crise pode ser evitada. A não pro-atividade pode tornar o problema latente a ponto de acumular complicações, tornando os desafios mais difíceis de serem superados. Ao enfrentarem os problemas unidos e rapidamente, os familiares passam a prevenir novos problemas e evitar crises, pois esses indivíduos acreditam e potencializam suas competências individuais e familiares, melhorando sua capacidade de dar e aceitar orientações, se autoregulando e se reorganizando, negociando diferenças, conseguindo uma resolução coerente e eficaz dos problemas para toda a família (WALSH, 2016).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A abordagem qualitativa, responde a questões específicas de acordo com a proposta da pesquisa, justificando-se pelo fato de se preocupar com o aprofundamento da compreensão de um fenômeno social, de maneira que possibilita aos pesquisadores os estudarem em seu ambiente natural, e compreendê-los a partir dos significados que as pessoas lhes conferem. Dessa forma, trabalham com o universo dos significados motivos, aspirações, crenças, valores e as atitudes de determinado grupo social (GIL, 2010; RICHARDSON, 2011; APPOLINÁRIO, 2012).

Quanto a sua finalidade este estudo pode, também, ser caracterizado como um estudo descritivo e exploratório já que busca compreender, com a maior exatidão possível, os fatos e fenômenos correspondentes a influência da rede social do desenvolvimento do processo de resiliência em famílias com crianças e adolescentes com depressão. É descritivo porque tem a finalidade de conhecer as características de determinado fenômeno, a partir de registro, análise, classificação e interpretação desse fenômeno, sem que o pesquisador interfira ou os manipule. Trata-se, portanto, de um estudo que explora a subjetividade dos sujeitos que dele participam (GIL, 2010).

Exploratório, ainda, pois proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. Enquanto que a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2010).

Salienta-se que a proposta metodológica possibilita uma aproximação com o objetivo do estudo, ou seja, compreender os processos que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados a esse transtorno, com um método investigativo que contempla a perspectiva das subjetividades dos sujeitos, a partir de suas vivências como seres praticantes do cuidado.

## 5.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS- i) localizados em dois municípios do sul do Brasil, que foram identificados como CAPS-i A e CAPS-i B. O CAPS-i é uma unidade estratégica da RAPS. É constituído por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, realizando atendimentos em crianças e adolescentes com até 18 anos, que apresentam transtornos mentais de origem biológica ou ambiental em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASL, 2015).

O CAPS-i A, está localizado em um município com população estimada de 209.378 pessoas. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.49 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Possui 45 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2017). O CAPS-i A conta com uma equipe multiprofissional composta por: um enfermeiro, três psicólogos, dois assistentes sociais, um médico psiquiatra, um fonoaudiólogo, um técnico de enfermagem, dois técnicos em artes, cinco psicopedagogos e três educadores sociais. Estes profissionais realizam os atendimentos por demanda espontânea da população, ou ainda por encaminhamentos de outros serviços sociais, judiciais e de saúde. O CAPS-i A funciona diariamente de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

O CAPS-i B, está localizado em um município com população estimada de 344.385 pessoas. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.55 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Possui 97 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2017). O CAPS-i B conta com uma equipe multiprofissional composta por: dois enfermeiros, dois médicos psiquiatras, um médico pediatra, cinco psicólogos, uma assistente social, um técnico de enfermagem, um técnico em artes, um professor de música e um educador físico. Estes profissionais realizam os atendimentos por demanda espontânea da população, ou ainda por encaminhamentos de outros serviços sociais, judiciais e de saúde. O CAPS-i B funciona diariamente de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

## 5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os familiares que convivem diariamente com crianças e adolescentes com depressão atendidas nos CAPS-i, de dois municípios do sul do Brasil. O número de participantes do estudo foi de 26 familiares que convivem diariamente com a

depressão infantojuvenil, pertencentes de 24 famílias. Estes foram identificados por um código formatado para manter seu anonimato, formado pela letra maiúscula “F” de familiar, seguida da letra maiúscula “A” para indicar um dos municípios e “B” para indicar o outro município. Inclui, também um algarismo que corresponde a ordem de realização das entrevistas. Exemplo da identificação do participante: (FA1; FB2; FB3; FA4...).

Os critérios de inclusão dos participantes nesse estudo incluem: ser familiar e conviver diariamente com a criança ou adolescente diagnosticados com depressão; ser familiar e conviver diariamente com a criança ou adolescente que apresentam no mínimo cinco sintomas da depressão, de acordo com o DSM5; ter idade mínima de dezoito anos; a criança ou adolescente deve estar fazendo acompanhamento no CAPS-i no período da coleta de dados.

Os critérios para exclusão dos participantes do estudo são: ser familiar de criança ou adolescente com depressão, mas não estar presente no CAPS- i no período de coleta de dados; ou estar impossibilitado de responder verbalmente as perguntas.

#### **5.4 Instrumento e técnica de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, um da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob parecer nº 182/2017 (Anexo A), e o outro da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (CEPAS/ACSCRG) sob o parecer nº 010/2017 (Anexo B), nos meses de dezembro de 2017, janeiro, fevereiro e março de 2018, através de entrevista semiestruturada (Apêndice A). O roteiro de entrevista é composto por quatro partes. A primeira é dedicada a caracterização dos participantes da pesquisa, incluindo informações sobre: gênero, idade, raça, grau de escolaridade, religião, estado civil atual, atividade profissional/ocupação, renda familiar, local onde vive/residência, número de pessoas que moram na residência.

A segunda é voltada para a caracterização das crianças e adolescentes com transtorno depressivo que convivem diariamente com os participantes da pesquisa, incluindo informação sobre: gênero, idade, raça, grau de escolaridade, religião, parentesco com o participante do estudo, manifestações sintomáticas mais proeminentes, tempo que a criança ou adolescente recebeu o diagnóstico de depressão, se ainda não tiver recebido o diagnóstico, quanto tempo apresenta os sintomas da depressão, tempo que a criança ou adolescente faz acompanhamento no CAPS-i.

A terceira está direcionada para investigar a percepção dos familiares acerca da depressão infanto-juvenil em suas vidas, para a qual foi utilizado uma vinheta para proporcionar

a reflexão do participante. A partir desta vinheta, o participante foi questionado sobre o que representa e como tem sido para ele e os demais membros da família viver com uma criança ou adolescente com transtorno depressivo; e os momentos mais marcantes vivenciados pela família.

A quarta parte do roteiro de entrevista remete aos recursos intra e extra familiares que são utilizados pelas famílias para lidarem com a depressão infanto-juvenil, incluindo aspectos relacionados a comunicação diária entre os membros da família; onde buscam ajuda quando precisam; que tipo de ajuda recebem em cada um dos lugares (ou pessoas) que procuram; e em que momento procuraram cada um dos recursos?

As entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada no interior do CAPS-i e gravadas perante autorização dos participantes do estudo. Os dados foram transcritos na íntegra, evitando a perda de informações e possibilitando sua posterior análise. Estes foram armazenados no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família Enfermagem e Saúde (GEPEFES), sob a responsabilidade das pesquisadoras, durante cinco anos, para que sejam utilizados para maiores esclarecimentos. Foram adotadas todas as medidas de confidencialidade, com particular ênfase nas informações coletadas, e também com relação a garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

## **5.5 Processo de análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos à técnica de análise temática, inspirada em Minayo (2013), utilizando como balizadores teóricos os processos-chaves da resiliência familiar, segundo Walsh (2016). A análise temática consiste em identificar os núcleos do sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência seja significativa para o objeto em estudo.

Os dados foram submetidos a análise temática, desenvolvido em três etapas, iniciando pela identificação dos núcleos do sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência foram significativas para elucidar o objeto em estudo. Nesta primeira etapa, denominada pré-análise foi realizada leitura flutuante, com a identificação dos primeiros elementos que posteriormente constituíram os núcleos temáticos. Esses elementos foram organizados na forma de tabela para auxiliar a classificação e agregação dos dados (MINAYO, 2013).

Em seguida foram agrupados os elementos identificados na etapa anterior, tomando como critério a presença de expressões ou palavras significativas identificadas no discurso dos

familiares e criados os núcleos temáticos intermediários. Posteriormente, esses núcleos temáticos intermediários foram submetidos a classificação por sentido que aproximavam os dados correspondentes. A terceira etapa foi dedicada a formação dos núcleos temáticos finais, bem como a interpretação tendo por base o referencial teórico escolhido para orientar a pesquisa (MINAYO, 2013).

Assim, a análise temática é constituída por três etapas, as quais estão representadas na Figura 3.

**Figura 3-** Diagrama do processo de análise de dados



**Fonte:** Elaborada pela autora.

## 5.6 Aspectos Éticos

Primeiramente, foram solicitadas ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem-COMPESQ (Anexo C), as declarações de concordância e permissão para desenvolver este estudo. Posteriormente o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob parecer nº 182/2017 (Anexo A), ainda o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde

da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (CEPAS/ACSCRG) sob o parecer nº 010/2017, (Anexo B). Após a aprovação do CEPAS/FURG e CEPAS/ACSCRG, foram solicitadas as Instituições coparticipantes, (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC Rio Grande/RS e Gerencia do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura de Pelotas/RS) as declarações de concordância e permissão para desenvolver este estudo, tendo em vista que este dispõe da segurança, compromisso e resguardo dos participantes do estudo, nelas recrutados (Anexo D, E).

A participação na pesquisa foi formalizada através da assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), ficando uma arquivada com a professora, orientadora do estudo, e a outra de posse dos participantes. Como em qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, mas, especialmente se tratando de famílias que convivem com a depressão de crianças e adolescentes, a pesquisadora envolvida neste projeto se compromete a respeitar os direitos inalienáveis dos familiares, sem acarretar perigo de vida ou exacerbar os danos à saúde dos participantes (COREN, 2013).

No que diz respeito aos riscos e aos benefícios, identificam-se riscos mínimos referentes a possíveis situações de constrangimento ou desconforto dos participantes por responderem questões do roteiro de entrevista. Diante dessas situações, um psicólogo (profissional particular, custeado pela mestranda), estará à disposição para auxiliar os participantes. Como benefícios, acredita-se que a pesquisa contribuirá para o conhecimento científico para a área da Enfermagem, especialmente, a Enfermagem em Saúde Mental, podendo impactar em melhoras na qualidade de vida das crianças e adolescentes com depressão e suas famílias, pois pode contribuir na identificação dos processos que sustentam a resiliência familiar em famílias com crianças e adolescentes que apresentam transtorno depressivo, possibilitando a discussão de novas estratégias necessárias para a atenção a saúde dos indivíduos com depressão infanto-juvenil e suas famílias.

Em todas as etapas desta pesquisa, foram respeitadas as determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 2013). Dentre essas, a garantia de sigilo, anonimato e privacidade, o direito de interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, sem que essa decisão venha a acarretar qualquer prejuízo aos jovens ou às suas famílias. É importante destacar que embora o estudo faça referência às crianças e adolescentes com depressão estes não foram os participantes, mas suas histórias de vida foram tratadas de acordo com os princípios que asseguram proteção, respeito, privacidade de suas histórias, conforme prevê o ECA (BRASIL, 2006).

Aos participantes foi assegurado o caráter confidencial e privativo de sua participação; o direito ao anonimato (com a utilização de código para evitar a identificação pessoal, a escolha de local reservado para realização da entrevista). Além desses, está garantido o direito a obter esclarecimentos de qualquer dúvida que venham a apresentar ao longo de sua participação, assim como a liberdade de retirar seu consentimento, podendo em qualquer momento deixar de integrar a pesquisa como participante, sem que lhes traga qualquer prejuízo. Enfim, foram respeitados todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa. Também lhes foi resguardado os direitos que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos, sob a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Salienta-se que os resultados deste estudo foram divulgados por meio de artigos publicados em revistas e participação em eventos na forma de pôster e tema livre. Os materiais e dados coletados serão exclusivamente utilizados para fins previstos no protocolo e para publicação. Declaramos ainda que não há conflito de interesse entre a pesquisadora e os participantes do estudo, sendo de responsabilidade da pesquisadora a condução científica do projeto em questão.

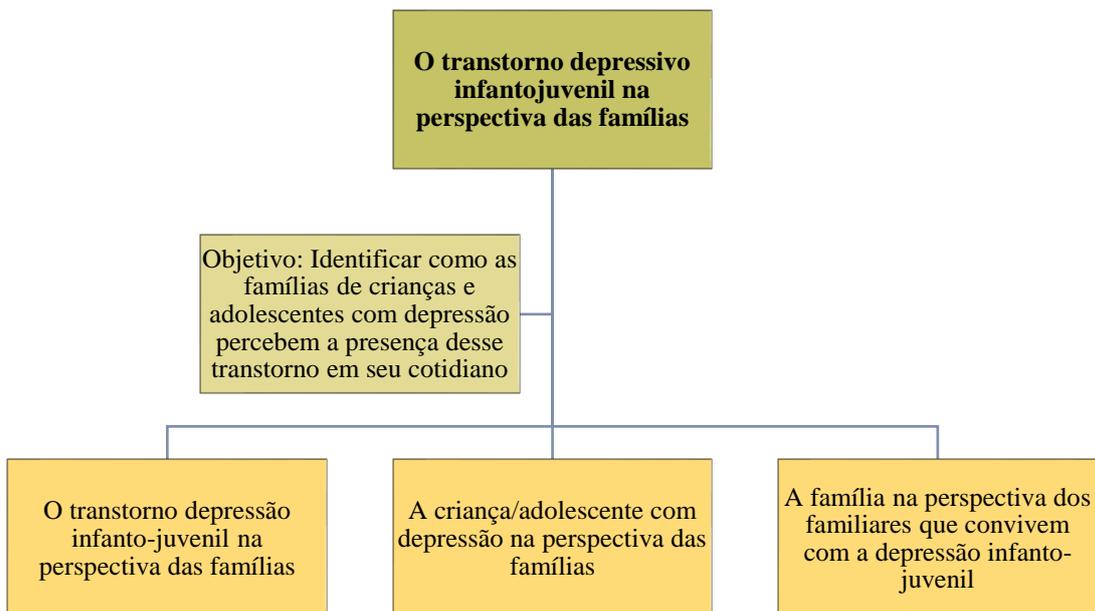
## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão dos dados do estudo no formato de dois artigos. O primeiro intitulado “ **O transtorno depressivo infantojuvenil na perspectiva das famílias** ”, responde o primeiro objetivo específico da dissertação ou seja:

*Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desse transtorno em seu cotidiano.*

Três núcleos temáticos agrupam os resultados do artigo I: (1) O transtorno depressão infanto-juvenil na perspectiva das famílias; (2) A criança/adolescente com depressão na perspectiva das famílias; (3) A família na perspectiva dos familiares que convivem com a depressão infanto-juvenil, conforme Figura 4.

**Figura 4** – Esquema Artigo I



**Fonte:** Elaborada pela autora

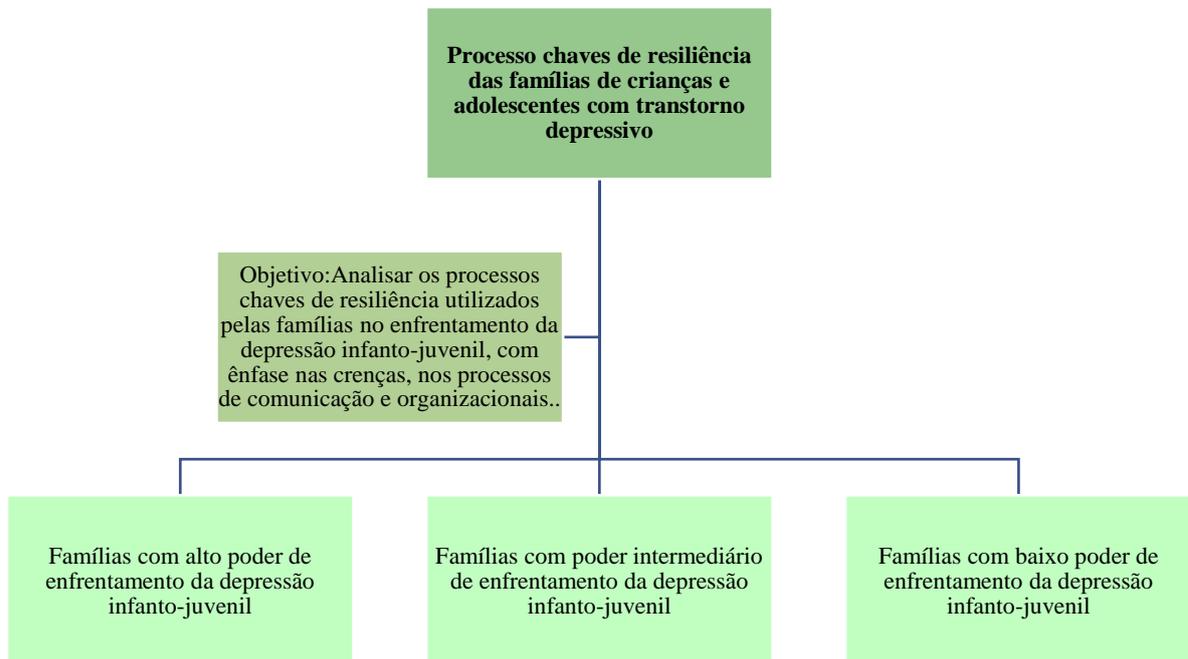
Salienta-se que este artigo será encaminhado e está nas normas da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

O segundo artigo “ **Processo chaves de resiliência das famílias de crianças e adolescentes com transtorno depressivo** ”, responde o segundo objetivo específico da dissertação ou seja:

*Analisar os processos chaves de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organizacionais.*

Três núcleos temáticos agrupam os resultados do artigo II: (1) Famílias com alto poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil; (2) Famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil e; (3) Famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil, conforme Figura 5.

**Figura 5** – Esquema Artigo II



**Fonte:** Elaborada pela autora

Salienta-se que este artigo será encaminhado e está nas normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP (REUSP).

## 6.1 ARTIGO I

### O TRANSTORNO DEPRESSIVO INFANTOJUVENIL NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS

#### Resumo:

**Objetivo:** Identificar a experiência de conviver com o transtorno depressivo em crianças e adolescentes a partir da percepção dos familiares. **Métodos:** Estudo qualitativo, orientado pela concepção de resiliência familiar da Walsh (2016), realizado com 26 familiares que convivem diariamente com crianças/adolescentes depressivos, atendidos em dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-i). A coleta de dados foi realizada no período entre dezembro de 2017 e março de 2018. Os dados foram analisados por meio de análise temática. **Resultados:** As famílias associam o desenvolvimento da depressão infantojuvenil a eventos traumáticos que acontecem geralmente no ambiente intrafamiliar ou na rede social proximal. Após o transtorno depressivo estabelecido, a família busca a reestruturação para atender as necessidades geradas pela depressão. Geralmente a mãe se estabelece como principal cuidadora, e é sobrecarregada por assumir sozinha o cuidado do filho depressivo. **Conclusão:** Os enfermeiros se mantêm distante do cuidado às famílias, repercutindo na falta da integralidade no suporte emocional e instrumental para as crianças/adolescentes depressivos.

**Descritores:** Depressão; Criança; Adolescente; Família; Enfermagem Familiar.

#### Introdução

A depressão infanto-juvenil é um problema de saúde pública mundial. Entre as crianças e adolescentes é a doença que mais incapacita para realização das atividades diárias, repercutindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos<sup>(1)</sup>. Os principais sintomas incluem alteração de humor, diminuição de interesse e do prazer nas atividades da vida cotidiana, perda ou ganho significativo de peso sem ter modificações na dieta diária, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade ou indecisão, pensamentos suicidas e tentativa de suicídio<sup>(2)</sup>.

As crianças e adolescentes emocionalmente deprimidos podem não se apresentar sempre tristes, mas irritáveis e instáveis, propensos a crises de raiva e comportamentos destrutivos, geralmente, tem ideias e fazem tentativas de suicídio altamente letais<sup>(2)</sup>. Em todo o mundo, 20% das crianças e dos adolescentes apresentam sintomas de depressão, sendo que esse transtorno acomete mais as jovens do sexo feminino. Os dados referentes ao Brasil indicam que esse tipo de transtorno está presente entre 8% e 12% da população infanto-juvenil, sendo que cerca de 50% desses indivíduos não recebem tratamento, o que pode desencadear na piora do quadro<sup>(3-4)</sup>.

A depressão infanto-juvenil repercute sobre diversas áreas do viver humano ocasionando prejuízos individuais, familiares e sociais. No domínio individual, entre os jovens de 10 a 19 anos, é a doença que mais prejudica, devido a forma como se manifesta. De modo geral, a depressão infanto-juvenil, acarreta danos nas relações interpessoais, o que dificulta a inserção das crianças e adolescentes nos grupos sociais, além de apresentarem baixo rendimento escolar e vínculo familiar enfraquecido<sup>(5)</sup>.

No âmbito familiar a depressão infanto-juvenil pode desencadear sentimento de impotência e insegurança nos familiares, pois esses indivíduos não se sentem capazes de cuidar da criança ou adolescente por não conhecerem a doença e por se sentirem frustrados em ver o jovem nessa situação crítica. As manifestações desses sentimentos revelam a dificuldade das famílias no enfrentamento desse transtorno, gerando estresse no núcleo familiar<sup>(6-7)</sup>.

O transtorno depressivo especificamente no período da infância e adolescência, é percebido pela família como um evento estressor caracterizado por tensões, conflitos e desarmonia, o que exige mudanças significativas na organização da vida familiar. No cotidiano da família a prioridade passa a ser as necessidades da criança e adolescente, que incluem, entre outras, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, manejar os episódios de crise, arcar com gastos, e ainda superar as dificuldades impostas por essas tarefas<sup>(6,8)</sup>.

Essas mudanças no cotidiano, repercutem através da readequação dos papéis dentro da família. Geralmente, em famílias de crianças e adolescentes com depressão, são as mães que assumem o papel de principal cuidador. Ao constatarem o transtorno dos filhos, essas mulheres tentam dividir seu tempo e atenção entre cuidar e administrar suas funções profissionais, familiares, conjugais e sociais. Essa dedicação exclusiva acarreta ao cuidador a desistência de planos no domínio pessoal e profissional<sup>(6-7)</sup>.

Muitos desistem dos sonhos e de projetos de vida, abandonando vontades pessoais e carreiras profissionais para dedicar-se completamente ao familiar doente. Essas decisões restritivas podem se expandir até a privação de situações de lazer e socialização, com vistas a priorizar o cuidado à criança ou adolescente depressivo. Essa conduta gera sobrecarga, e prejudica a saúde física e psicológica deste indivíduo. É importante ressaltar que essa situação, não abala somente o principal responsável pelo cuidado, mas toda família. Esta se isola socialmente com a intenção de proteger a criança ou adolescente contra o preconceito e a discriminação<sup>(6-7)</sup>.

Considerando, que a depressão infanto-juvenil gera diversos impactos no cotidiano da família, e que é a partir da percepção da realidade vivenciada que a família enfrenta ou não a

depressão infanto-juvenil e os desafios associados a este transtorno, este estudo tem como objetivo identificar a experiência de conviver com o transtorno depressivo em crianças e adolescentes a partir da percepção dos familiares.

### **Método**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, orientado pela concepção de resiliência familiar da Walsh (2016), realizado com 26 familiares que convivem diariamente com crianças e adolescentes com depressão, atendidos em dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS-i), localizados em dois municípios do sul do Brasil.

Como critérios de inclusão na pesquisa foram considerados: ser familiar e conviver diariamente com a criança ou adolescente diagnosticados com depressão de acordo com o DSM5; ter idade mínima de dezoito anos; e a criança ou adolescente estar fazendo acompanhamento no CAPS-i, no período da coleta de dados. Como critério de exclusão considerou-se o fato do familiar apresentar dificuldade ou estar impossibilitado de responder verbalmente as perguntas do roteiro de entrevista.

A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados por um código, formado pela letra maiúscula “F” de familiar, seguida pela letra maiúscula “A” para indicar um dos municípios e “B” para indicar o outro município. Inclui, também, um algarismo que correspondente a ordem de realização das entrevistas. Exemplo da identificação do participante: (FA1; FB2; FB3; FA4...).

O município “A” tem população estimada de 209.378 habitantes. Possui 45 estabelecimentos de saúde e uma taxa de mortalidade infantil média de 11.49 para 1.000 nascidos vivos<sup>(9)</sup>. Já o município “B” com população estimada de 344.385 habitantes possui 97 estabelecimentos de saúde e uma taxa de mortalidade infantil média de 13.55 para 1.000 nascidos vivos<sup>(9)</sup>.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer nº 182/2017). Foram utilizadas entrevista semiestruturada, aplicadas no período entre dezembro de 2017 e março de 2018, as quais foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram submetidos a análise temática, desenvolvido em três etapas, iniciando pela identificação dos núcleos do sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência foram significativas para elucidar o objeto em estudo. Nesta primeira etapa,

denominada pré-análise foi realizada leitura flutuante, com a identificação dos primeiros elementos que posteriormente constituíram os núcleos temáticos. Esses elementos foram organizados na forma de tabela para auxiliar a classificação e agregação dos dados<sup>(10)</sup>.

Em seguida foram agrupados os elementos identificados na etapa anterior, tomando como critério a presença de expressões ou palavras significativas identificadas no discurso dos familiares e criados os núcleos temáticos intermediários. Posteriormente, esses núcleos temáticos intermediários foram submetidos a classificação por sentido que aproximavam os dados correspondentes. A terceira etapa foi dedicada a formação dos núcleos temáticos finais, bem como a interpretação tendo por base o referencial teórico escolhido para orientar a pesquisa<sup>(10)</sup>. Assim, três núcleos temáticos resultaram do processo de análise.

## **Resultados**

### **Caracterização dos participantes do estudo**

Dentre os 26 participantes, pertencentes a 24 famílias, 21 eram mães, dois eram avós, dois pais e um tio, todos usuários periódicos dos dois CAPS-i integrados neste estudo. Uma das mães (FB11) que acompanhava o filho adotivo era do lar e tinha um relacionamento homossexual com a mãe biológica (FB10) do menino. Um dos pais (FB4) acompanhava o filho adotivo porque a mãe estava em uma gestação de risco (FB5). Outro participante (FA23) é tio do adolescente com depressão e assumiu o tratamento do sobrinho, pois esse foi abandonado pelos pais. Este participante tem 32 anos, é estudante e no momento da coleta de dados estava desempregado.

Em relação ao estado civil, 14 participantes são casados, quatro solteiros, sete divorciados e uma viúva. No que diz respeito à atividade ocupacional, sete participantes se denominam do lar; quatro são empregadas domésticas, três são aposentados, duas são secretárias, duas são vigilantes, uma é professora, um é conselheiro tutelar, uma é moto boy, um é gerente comercial, uma é manicure, uma é auxiliar de produção, uma é vendedora, e um é desempregado.

Sobre a renda familiar, cinco famílias vivem com menos de um salário mínimo, 10 famílias com até um salário mínimo, oito famílias com até dois salários mínimos e três famílias com até três salários mínimos. Em relação a constituição familiar, 18 famílias têm até três pessoas que moram na residência, sete famílias têm entre quatro e seis pessoas e uma família tem mais de 10 residentes na mesma casa.

Salienta-se que 10 crianças e adolescentes com depressão realizam o tratamento nos CAPS-i há menos de seis meses, seis fazem seu tratamento de seis meses até um ano, duas crianças e adolescente com mais de um ano até dois anos, quatro de três a quatro anos, dois de cinco a seis anos e uma criança realiza tratamento no CAPS-i a oito anos. A seguir, a Tabela 1 mostra outras características dos familiares e das crianças e adolescentes com Transtorno Depressivo.

**Tabela 1- Caracterização dos participantes e das crianças e adolescentes depressivos.**

<b>Familiares que convivem diariamente com a depressão infanto-juvenil</b>	<b>Número de familiares</b>	<b>Crianças e Adolescentes com transtorno depressivo</b>	<b>Número de crianças e adolescentes</b>
<b>Gênero:</b>		<b>Gênero</b>	
Feminino	<b>23</b>	Feminino	<b>17</b>
Masculino	<b>3</b>	Masculino	<b>9</b>
<b>Raça:</b>		<b>Raça</b>	
Branca	<b>20</b>	Branca	<b>21</b>
Parda	<b>4</b>	Parda	<b>3</b>
Negra	<b>2</b>	Negra	<b>2</b>
<b>Grau de escolaridade:</b>		<b>Grau de escolaridade</b>	
Ensino Fundamental Incompleto	<b>9</b>	Ensino Fundamental Incompleto	<b>22</b>
Ensino Fundamental Completo	<b>1</b>	Ensino Médio Incompleto	<b>3</b>
Ensino Médio Completo	<b>13</b>	Ensino Médio Completo	<b>1</b>
Ensino Superior Incompleto	<b>2</b>		
Ensino Superior Completo	<b>1</b>		
<b>Religião:</b>		<b>Religião</b>	
Acredita em Deus	<b>10</b>	Acredita em Deus	<b>14</b>
Católica	<b>6</b>	Católica	<b>4</b>
Evangélica	<b>5</b>	Evangélica	<b>5</b>
Umbandista	<b>5</b>	Umbandista	<b>2</b>
		Wicca	<b>1</b>
<b>Idade:</b>		<b>Idade:</b>	
De 30 a 40 anos	<b>16</b>	Até 12 anos	<b>10</b>
De 41 a 50 anos	<b>8</b>	Entre 13 e 18 anos	<b>16</b>
De 61 a 70 anos	<b>2</b>		

**Fonte:** Elaborada pela autora.

#### **A percepção dos familiares acerca do viver com crianças ou adolescentes depressivos**

A percepção dos familiares sobre a vivência com a depressão infanto-juvenil foi descrita pelos participantes do estudo a partir de diferentes perspectivas, as quais foram agrupadas em três núcleos temáticos, considerando a dimensão que mais enfaticamente foi destacada pelo familiar quando descrevia a experiência: (1) **O transtorno depressão infanto-juvenil na perspectiva das famílias;** (2) **A criança/adolescente com depressão na perspectiva das**

**famílias; (3) A família na perspectiva dos familiares que convivem com a depressão infanto-juvenil.** O primeiro núcleo engloba os aspectos relativos à forma como a família concebe o problema, as causas, os sintomas e o tratamento. No segundo núcleo foram incluídas as características pessoais da criança ou adolescente com depressão, na visão das famílias e, no terceiro, o impacto do transtorno depressivo na organização da família e os apoios necessários e/ou disponíveis.

### **(1) O transtorno depressão infantojuvenil na perspectiva da família**

A maioria (24) dos participantes considera a depressão como uma doença que precisa ser tratada. Somente dois familiares (FB20 e FA26) a consideraram como um comportamento inadequado, decorrente da falta de educação e da necessidade de chamar atenção.

*Sempre disse para o meu marido que tinha algo errado, minha filha não é assim, está doente (FB6).*

*Não ponho panos quentes acho que uma boa porcentagem dessa depressão dela é sem-vergonhice, por vezes, tenho vontade de pegar um chinelo e tacar por cima (FB20).*

Quando questionados acerca do que consideram como causa desencadeadora da depressão infanto-juvenil, 15 participantes indicaram a rejeição de um ou ambos os pais; 11 devido à perda de pessoas significativas por morte ou separação dos pais; 8 apontaram o bullying sofrido no ambiente escolar, 6 referem o abuso sexual; e 2 familiares apontaram a transsexualidade do adolescente. Sendo que 12 participantes apontaram apenas um determinante, os participantes FB4, FB5, FB8, FB9, FB12, FB13, FB17, FB18, FB19, FA21, FA22 e FA26 apontaram dois determinantes e o FB10 e FB11 apontaram três determinantes.

*Ela foi rejeitada pelo pai desde a barriga, nunca teve um contato de amizade, de abraço, carinho, nunca deu uma atenção, ele [pai] sempre olhou para ela como se ela fosse um estorvo (FB12).*

*Ela já sofreu muito bullying, mexiam, puxavam o cabelo, porque sempre teve um cabelão comprido, não tinha o que dizer, mas as meninas sempre falavam, as vezes, falavam da roupa, porque sempre andou bem arrumada, mas as maiores sempre provocavam, acho que aquilo ali era coisa da escola, mas ela se chateava muito (FB17).*

*Minha filha é assim porque sofreu abuso [sexual], e não percebi (FB1).*

*Ele se fechou para os sentimentos e começou a regredir em algumas coisas, depois da morte do irmão, e com o abuso [sexual] piorou, sofreu um abuso na casa do pai, de um outro menino (FB10).*

*A depressão é porque “ela” [o filho] era diferente, mas naquela época não sabia muito das coisas, achava que era um gay, um travesti, só que não, é totalmente diferente, era mais difícil entender, porque é um trans [transsexual], agora entendo (FB18).*

*A enfermeira do CAPS i me disse: Mãe – a sua filha se identifica como menino, assume o gênero masculino. Ouvindo isso quase chorei, me senti em luto, como se minha filha tivesse morrido! É assim que me sinto, estou com um menino, terei que o conhecer, criei durante treze anos uma menina, o amor é o mesmo, mas, preciso de um tempo (FB9).*

*Crio ela desde bebezinha, me chama de mãe, mas na verdade sou avó, a mãe dela é drogada, o pai nem se sabe quem é, chora muito falando nisso, sempre foi assim (FB2).*

No que diz respeito aos sintomas, 18 familiares perceberam que as crianças e adolescentes com depressão se mantinham isolados socialmente, 15 familiares indicaram que as crianças e adolescentes são desorganizados e desleixados, 13 referem a irritação e agressividade, 12 apontaram o baixo rendimento escolar, 12 a tristeza e o choro aparentemente sem motivo, 8 alucinações auditivas, 6 alucinações visuais, 6 participantes indicaram a falta de higiene pessoal, 4 mudanças no padrão de alimentação e 3 mudanças drásticas de aparência.

O familiar FB3 referiu que sua filha apresentou somente dois sintomas, os participantes FB2, FB7 e FA23 apontaram que as crianças ou adolescentes que eles convivem apresentam três sintomas, 5 participantes (FB1, FB4, FB5, FB13 e FA21) indicaram quatro sintomas, 7 familiares (FB10, FB11, FB15, FB16, FB18, FA22 e FA26) indicaram cinco sintomas, 3 familiares (FB6, FB12 e FA25) apontaram seis sintomas e os participantes FB8 e FB9 referiram sete sintomas. Já os participantes FB14, FB17, FB19, FB20 e FA24 não perceberam nenhum sintoma ou mudança de comportamento nos seus filhos, sendo diretamente surpreendidos pela tentativa de suicídio ou a solicitação de tratamento por parte da criança e adolescente com transtorno depressivo.

*Ela começou a se isolar socialmente, era uma criança que fazia amizade facilmente, todo mundo adorava ela, de repente foi se isolando até não ter mais amigos (FA22).*

*Ele sempre foi muito agressivo, já me ameaçou com uma faca, e tirei a faca dele, tinha que tirar tudo que era perigoso de perto (FB5).*

*No final de 2016, ela começou a ter umas crises de pânico no colégio, tinha medo de ir para o colégio e quando ia, começava a chorar, ou pedia para vir embora mais cedo, isso prejudicou as notas e foi o ano que rodou (FB15).*

*Ela vê coisas e ouve vozes, tem mania de achar que as pessoas não gostam dela, que estão olhando, então vê uma pessoa e me diz porque aquela mulher está me olhando (FA25).*

*Teve uma vez que ela passou três dias sem comer, foi bem na época que estávamos arrumando a festa de 15 anos dela, dizia que não ia comer, até que um dia perguntei: Tu queres que compre um caixão ou queres que alugue um vestido de 15 anos? (FB15).*

*Ela sensualizava, foi uma briga em casa por causa das roupas, quando víamos ela pegava as roupas e cortava bem curto, queimávamos, para ela não usar essas*

*roupas curtas, a maquiagem escondia, mas ela sempre foi muito vaidosa, liberava aos poucos, pois só tem 12 anos, mas está sempre tentando se sensualizar (FA26).*

*Na verdade, nenhum de nós percebeu nada, foi tudo muito rápido, em uma semana deu toda essa reviravolta na nossa vida... Ele pediu para se internar, disse que queria ficar, que estava com medo, pois já tinha tentado se matar. Foi a pior coisa que eu já ouvi (FB14).*

Evidencia-se neste contexto que os participantes deste estudo fundamentam a depressão como uma doença que precisa ser tratada. Todavia, a maioria deles, acusam como forte influência na doença a organização familiar, a rejeição de um dos pais, o estigma e preconceito no seio familiar, a violência física, psíquica e, até o abuso sexual. No meio social, a criança e adolescente sofre a extensão destes preconceitos na escola e na comunidade em que mantem suas relações extrafamiliares.

## **(2) A criança e/ou adolescente com transtorno depressivo na perspectiva das famílias**

Através do relato dos participantes do estudo, constata-se que 11 crianças e adolescentes com transtorno depressivo apresentavam comorbidades associadas. Dentre elas, cinco tem crises convulsivas (FB2, FB4, FB5, FB19 e FA21), 2 apresentam déficit de atenção (FB6 e FB14), três têm síndrome do pânico (FB9, FB16 e FB15) e 2 tem transtorno disfórmico corporal (FB15 e FB26). Uma dessas adolescentes (FB15) apresenta síndrome do pânico associada ao transtorno disfórmico corporal.

*Porque além da depressão tem convulsão, eles dizem [os médicos] que já nasceu com isso, que não tem cura (FB2).*

*Ele tem muita dificuldade em aprender, esse déficit de atenção que tem, me deixa quase louco, brigamos para ensinar, às vezes se concentra, daqui a pouco se distrai, agora essa medicação a Risperidona, faz ficar mais focado (FB14).*

*Ela teve síndrome do pânico, foi em maio do ano passado (2017), falei com a minha patroa, ela me deu férias, porque não queria deixar ela sozinha, dormíamos na sala, porque não conseguia dormir, e ficávamos com ela, dormia no sofá cama (FB16).*

*Ela começou a ter crises de pânico no colégio (FB15).*

No que diz respeito a integridade física das crianças e adolescentes com transtorno depressivo, 12 participantes (FB4, FB5, FB6, FB8, FB14, FB16, FB18, FB19, FB20, FA21, FA23, FA24) revelaram que estes já tentaram suicídio, através de enforcamento, atropelamento, cortes, medicamentos e afogamento. Alguns tentaram suicídio mais de uma vez, as filhas da FB16 e FB6 tentaram através de cortes e medicamentos; o filho de FB8 por meio de enforcamento e afogamento; e o filho de FA21 através de enforcamento e cortes.

*Meu filho estava no último da depressão, tentou se matar enforcado, com 4 anos de idade. Dede então, tenta se matar com fios, com cordas, com tesouras, tudo que vê pela frente (FA21).*

*Me sinto muito angustiada, deprimida, porque não gosto de deixar ela sozinha, para evitar que faça alguma loucura, pois, de uma outra vez que ela passou mal porque tomou os remédios da minha mãe. A minha filha ficou toda torta, parecia que ia ter um derrame, um infarto, ficou com os olhos todos virados para cima. (FB16).*

*Ela ficou internada, fez desintoxicação, todos os procedimentos, porque tomou muito medicamento (FB20).*

*Ele disse que tentou cortar os pulsos duas vezes, pesquisou na internet como se matar, qual a maneira certa de se cortar os pulsos (FB14).*

*Ela tentou suicídio, esse dia foi um dos piores momentos da minha vida, porque tudo indicava que a minha filha estava morta. Tinha ido se matar na ponte (FB18).*

Além disso, 14 participantes (FB2, FB3, FB6, FB8, FB9, FB12, FB15, FB16, FB17, FB18, FA21, F124, FA25, FA26) referem que suas crianças e adolescentes praticam autoagressão, sendo que os meios mais utilizados são cortes no corpo, açoitamento, tapas e socos, visando causar dores físicas. Três destes utilizam mais de uma técnica de autoagressão, o filho de FB8 se auto agrediu com cortes, açoitamento, tapas e socos e as filhas de FB6 e FB15 com cortes, tapas e socos. Apresentam ideação suicida 12 das crianças e adolescentes, familiares de FB3, FB4, FB5, FB10, FB11, FB12, FB13, FB14, FB15, FB16, FB17 e FA21. Somente um adolescente filho do FB14 foi internado por apresentar risco a própria vida.

*Ele diz que vai se matar, que vai se atirar na frente de um carro (FB5).*

*Descobri que se cortava, não tinha percebido porque era meio do ano, ela andava de mangas compridas e não via, então por acaso entrei no quarto dela e vi com os braços cortados. Ela tirava a gilete do apontador, às vezes, se cortava com barbeadores, prestobarba, e com os apontadores de lápis, para mim mais chocante foi a questão dela se cortar, aquilo ali para mim foi o limite, aquilo ali tinha que parar (FB9).*

*Se cortar fundo não, ela já se raspou assim nas pernas (FB25)*

*Qualquer coisa fica brava e fica gritando, começa a se bater com as mãos, se auto agride (FB2).*

*Nunca tentou se matar, se corta os braços, mas fala que tem vontade de morrer para deixar todo mundo em paz, porque assim ia descansar e todos iriam ser feliz (FA26).*

*Ele nunca tentou se matar, mas já disse que queria morrer para ficar com o irmão... até me entregaram uns desenhos que fazia, explicaram que os desenhos queriam dizer que queria morrer para ficar junto com o irmão, a partir disso encaminharam ao psiquiatra (FB10).*

*Ele diz que quer morrer... Ele diz que o carro pode bater e arrancar nossas cabeças (FB11).*

*Nunca tentou suicídio, mas chora e se pergunta porque foi nascer, porque está assim, diz ter vontade de morrer (FB13).*

O enfrentamento da depressão infanto-juvenil pelos familiares tem uma maior proporção quando as comorbidades da doença afetam a estrutura e a base familiar. Neste estudo, se observou que a doença depressiva está associada as comorbidades, e os familiares definem o momento em que a doença depressiva se inicia. Entretanto, os vários fatores concomitantes dificultam a percepção da família neste contexto. Ao mesmo tempo que crianças e adolescentes estão deprimidos emergem a ideação e tentativa de suicídio, a síndrome do pânico, a automutilação e autoagressão, acarretando, no âmbito da família uma percepção distorcida e confusa do que é a depressão e seus fatores associados.

### **(3) A família na perspectiva dos familiares que convivem com a depressão infanto-juvenil.**

Quando questionadas sobre o funcionamento familiar, FB1, FB9, FB10, FB11 e FB15 se consideram uma família unida, que se esforça para superar as adversidades e ter uma boa convivência com a família nuclear e extensa.

*O acompanhamento no CAPS-i nos ajudou bastante, porque começamos a entender melhor os problemas, conseguimos aceitar e tentamos resolver, porque agora estou sempre com ela, não gosta de sair para rua sozinha, tem medo de sair, então estou sempre com ela, onde ela vai vou junto, onde vou ela vai também (FB1).*

*É um momento crítico e pode chegar a um ponto mais crítico ainda, mas isso serviu para unir ainda mais eu e o meu marido, ele lutou junto comigo o tempo todo. Ele traz ela para o CAPS, busca o remédio, ela chora abraçada com ele (FB9).*

*Somos bem unidos. Falamos que somos 4, mesmo não sendo mais [filho primogênito faleceu], somos quem nos apoiamos, é complicado lidar com o pai dele, o pai ameaçou tirar ele, foi para a justiça, falou que era louca, então o juiz decidiu que deveria pagar pensão até para mim, mas não paga, nem para o guri, então imagina para mim (FB10).*

*Nós conversamos bastante, somos muito unidas. Eu digo para ela: tudo isso vai passar e a gente vai ficar mais forte (FB15).*

Por outro lado, em 6 famílias (FB7, FB14, FB16, FA21, FA23 e FA24) as relações entre seus membros são desarmoniosas, os vínculos são frágeis, a comunicação é falha e o relacionamento com a família extensa é difícil. Ainda, 15 familiares entendem que suas famílias possuem relações conturbadas, com brigas, discussões e agressões físicas e/ou verbais diariamente.

*A relação é muito difícil, porque é uma pessoa que não podes tirar ela da zona de conforto, mexeu com ela de qualquer jeito, grita, vai direto na ferida, se ela te disser alguma coisa que te atingiu, fica feliz, ela acha o máximo. Com a irmã, ela faz bullying até não poder mais, ela faz comigo, com a irmã, com a avó. O objetivo dela é colocar-nos no chão, a convivência é muito difícil (FA22).*

*Não sei se é por causa de todos esses problemas, mas não tenho mais paciência. Às vezes, tenho vontade de largar tudo e internar ela, para poder ficar um pouco quieta e sozinha, é muito problema, todos os dias é briga (FA26).*

Com o intuito de preservar as crianças e os adolescentes com depressão, 21 participantes (FB1, FB2, FB3, FB4, FB5, FB7, FB8, FB9, FB10, FB12, FB13, FB14, FB15, FB16, FB17, FB18, FB20, FA21, FA23, FA24 e FA15) relatam ter mudado seus hábitos para atender as necessidades associadas a depressão infanto-juvenil. Eles referem que se privam de estudar, trabalhar ou sair para atividades de lazer, devido a necessidade de acompanhar as crianças e adolescentes no CAPS-i, de administrar as medicações, além da necessidade de aproximação para convivência de mais horas diárias, com o intuito de supervisionar o comportamento por medo que as crianças ou adolescentes com depressão se auto mutilarem. Em consequência, 18 participantes (FB1, FB2, FB3, FB4, FB5, FB8, FB12, FB13, FB14, FB16, FB17, FB18, FB20, FA21, FA23, FA24, FA25 e FA26) dizem se sentir sobrecarregados física e mentalmente em decorrência do seu dia-a-dia.

*Me privo de muitas coisas para cuidar dele, o ano passado tive que parar de estudar, porque andava se machucando e tomando vinagre com sal (FB8).*

*Deixo de fazer tudo para cuidar dela. É como se tivesse uma criança que não andasse, que necessitasse de cuidados 24hs por dia (FB12).*

*Me sinto muito sobrecarregada, sou eu para tudo, porque meu marido não entende ela. Ele não entende que além de tudo ela é jovem e está doente. O meu filho entende que ela está doente, mas ele também é jovem, não quero que ele se preocupe, não quero que tome essa responsabilidade para ele, mas mesmo assim tenta me ajudar (FA24).*

Oito familiares (FB6, FB7, FB9, FB10, FB11, FB15, FB19 e FB22) não se sentem sobrecarregados por conviver e cuidar de uma criança ou adolescente com transtorno depressivo e 8 participantes (FB1, FB6, FB10, FB11, FB12, FB19, FB22 e FB26) não mudaram seus hábitos de vida após a manifestação do transtorno.

*Não mudei o meu jeito com ele, isso não afetou no nosso dia-a-dia (FB11).*

*Para mim a depressão da minha filha não influencia nada, cuidaria todos do mesmo jeito, para mim cuidar dela não me dá trabalho nenhum (FB1).*

Com relação a percepção de apoio, 13 participantes do estudo se sentem apoiados pelas famílias nucleares, extensas e/ou os amigos. FB12, FB16 e FB17 relatam receber apoio de suas patroas, sendo que FB12 também é apoiada por sua mãe. FB1, FB4, FB18 e FB22 recebem apoio dos filhos, enquanto que FB11 e FA21 sente-se apoiada por seus companheiros (maridos ou esposas) e F15 pela irmã

*A minha patroa me apoia, converso bastante com ela, uma desabafa com a outra (FB16).*

*A minha filha mais velha é o meu maior apoio, ela é o meu ombro amigo (FB18).*

*O meu marido me apoia, corre com o meu filho para tudo, coisa que o pai dele verdadeiro nunca fez (FA21).*

Por outro lado, 13 participantes do estudo (FB2, FB3, FB5, FB6, FB7, FB8, FB13, FB14, FB19, FB20, FA23, FA24 e FA25) referem que não se sentem apoiados em nenhum sentido. Eles não reconhecem nem a família, nem o CAPS-i como fontes de apoio.

*Não tenho apoio de ninguém, meu marido e minha mãe não entendem as coisas, não tenho com quem conversar, minha irmã já é morta, então desabafo sozinha, choro sozinha (FB6).*

Os participantes FB2, FB4, FB6, FB7, FB8, FB9, FB12, FB13, FB16, FB19, FA21, FA22, FA23, FA24, FA25 e FA26 apontaram a fé como uma força para superar as adversidades associadas a depressão infanto-juvenil. Por outro lado, os participantes FB1, FB3, FB5, FB6, FB7, FB9, FB10, FB11, FB14, FB15, FB17, FB18, FB20 e FA24 referem utilizar como mobilizador de potencialidades o amor pela família. É importante salientar, que somente os participantes FB6, FB7, FB9 e FA24 verbalizaram que mobilizam forças através de sua fé e do amor pela família.

*Tiro forças de Deus e da fé que tenho, sem ele não estaria aqui hoje. É com ele que converso todos os dias, Ele é o meu apoio com certeza (FA23).*

*Sempre pensei nelas, a minha força vem delas, se não fossem minhas filhas, eu já teria feito alguma bobagem (FB15).*

Nesta temática, a família para os familiares e a depressão infanto-juvenil se demonstrou que há uma sobrecarga familiar, principalmente, em um dos familiares, sendo na maioria das vezes, recaindo sobre a progenitora, a mãe cuidadora. Salienta-se que muitas destas famílias possuem um apoio mutuo, a cuidadora se apoia no cônjuge e também, na família extensa. Outras pessoas do convívio social, como os amigos, os patrões se aproximam pela preocupação com a cuidadora principal. Outro importante destaque é a confiança trazida pela fé, seja no contexto religioso, ou na expressão da espiritualidade, como forma de aceitação a predestinação da doença na família.

## **DISCUSSÃO**

Na perspectiva das famílias acerca da depressão infanto-juvenil, o resultado de maior prevalência para o desencadeamento do transtorno depressivo foram eventos traumáticos,

denominado pela família de rejeição ou abandono de um ou ambos os pais. Outros desencadeantes, estão pautados na violência intrafamiliar, experienciada por abuso sexual; na perda de entes queridos por morte ou separação dos cônjuges; a forte repressão familiar com as questões de ordem sexual e sexualidade, no caso dos adolescentes transexuais. Além disso, o afastamento parental pelo uso de álcool e outras drogas.

E, no âmbito escolar, o sofrimento de “*bullyng*”, identificados pelos familiares cuidadores, a partir da reclusa da criança e do adolescente em continuar a frequentar a escola, a baixa no rendimento escolar, e também, pelo relato das crianças e adolescentes que comunicam aos pais, as humilhações sofridas por colegas da escola. Isto, gerava, manifestações de sofrimentos psíquico constante através de choro, tristeza e baixa autoestima.

O ambiente familiar pode ser um desencadeador de estresse infanto-juvenil, em virtude da desestrutura familiar na constância de desavenças parentais, a morte de alguém significativo e as situações de separação dos cônjuges, são promotores de diversos conflitos emocionais que interferem, diretamente, no comportamento de toda a família. Todavia, essa sobrecarga emocional atinge sobremaneira a criança e o adolescente neste convívio familiar, pois a modificação do ambiente interfere na expectativa futura da criança e do adolescente<sup>(11)</sup>.

Evidencia-se, neste contexto, que o ambiente familiar pode afetar aspectos da saúde social e emocional da criança e do adolescente, a fim de prevenir uma interferência negativa na construção da pessoa, ou seja, criança ou adolescente para o seu desenvolvimento normal<sup>(11)</sup>, é importante que as famílias, deste estudo, se reorganizem para atender as necessidades de saúde tanto familiar, quanto da criança e do adolescente que convivem neste cotidiano conturbado.

As experiências negativas no âmbito familiar, podem desencadear a depressão infanto-juvenil, as vivências em um lar violento, com presença de abuso físico, emocional, sexual ou até mesmo negligência por parte dos familiares, podem gerar nas crianças e adolescentes sintomas depressivos. Através desta manifestação a criança fica mais suscetível ao sofrimento de “*bullyng*” por pares no ambiente escolar, percebida como uma experiência social tóxica, que contribui para o sofrimento psíquico<sup>(8)</sup>.

Além dos sintomas de depressão, as características pessoais, como a opção sexual e escolha de gênero, são apontados como fatores de risco para o “*bullyng*”. As crianças e os adolescentes transexuais enfrentam o preconceito no ambiente familiar e escolar devido seu “*status*” social desfavorecido, pois existem estigmas sociais que permeiam tanto a doença mental, quanto a transsexualidade, além de haver uma associação entre esses dois fatores, que

consecutivamente geram situações marcadas por experiências de estresse social, como rejeição familiar, “*bullying*”, violência, vitimização e discriminação<sup>(12)</sup>.

Na percepção de uma das famílias, deste estudo, a depressão se manifesta, porque o adolescente apresenta uma condição diferente – ser um transexual. Todavia, no contexto de outra família, desse mesmo estudo, a responsabilização por esta conduta é fruto da idade, visto que o adolescente, ainda está em constante mudanças tanto de identificação, quanto de formação da personalidade, além das mudanças hormonais que favorecem a expectativa de gênero, ou seja, ser homem ou mulher, e além disso, se identificar com os pares do mesmo sexo ou do sexo diferente.

Neste contexto, a depressão infanto-juvenil acomete mais a faixa etária dos adolescentes (13 a 18 anos), prevalecendo sobre o sexo feminino<sup>(3,2)</sup>, em indivíduos da raça branca que estão cursando o ensino fundamental<sup>(14)</sup>. Sendo que no sexo feminino, a manifestação do transtorno tem predominância ou traços mais subjetivos como sentimento de tristeza, percepção negativa de si própria, isolamento social, choro e baixa autoestima. Já os adolescentes do sexo masculino apresentam traços depressivos relacionados a problemas de conduta e desobediência, propensos a crises de raiva e comportamentos destrutivos, geralmente, tem ideias e tentativas de suicídio altamente letais<sup>(15)</sup>.

Em concordância com a literatura, neste estudo, o predomínio é de adolescentes do sexo feminino, da raça branca, que estão cursando o ensino fundamental. Todavia, em relação a manifestação do transtorno depressivo, as crianças e adolescentes de ambos os sexos apresentaram isolamento social, tristeza e choro sem explicação, irritação e agressividade, e outros sintomas que variam entre traços subjetivos e de comportamento.

É importante salientar, que a maioria dos participantes, perceberam a presença da sintomatologia depressiva nas crianças e adolescentes. Contudo, cinco famílias não perceberam nenhum sintoma e foram surpreendidas diretamente com a tentativa de suicídio dos familiares. A decisão de cometer suicídio ocorre de forma lenta, geralmente essa situação de risco é agravada quando o indivíduo é acometido pela depressão, com isso, quem tenta suicídio ou se suicida manifestou anteriormente algum sinal ou sintoma com relação a depressão e/ou ideação suicida<sup>(16-17)</sup>.

Neste estudo, as crianças e adolescentes com depressão que causam risco a própria vida, apresentam mais casos de tentativas de suicídio do que ideação suicida sem tentativas de suicídio, mesmo não efetivando a ideação suicida, a criança ou adolescente, traz preocupações a família. Por isso, para a família, às vezes, é difícil entender as manifestações da doença, a

percepção dos pais quanto a severidade da doença depressiva, está na condição da avaliação da perturbação emocional estipulada ao se pensar na gravidade da doença, relacionadas, principalmente, dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais<sup>(18-19)</sup>.

Nas famílias estudadas a depressão infanto-juvenil repercute no funcionamento familiar, aproximando-se com os achados na literatura, pois o transtorno depressivo especificamente no período da infância e adolescência, é percebido pela família como um evento estressor caracterizado por tensões e conflitos, exigindo mudanças significativas na vida familiar, podendo repercutir em desarmonia no lar. Neste estudo, alguns cuidadores identificaram que a depressão infanto-juvenil se origina a partir de eventos psicológicos vividos a partir de experiências familiares, principalmente, quando a própria família propicia o “*bullying*”, o cansaço em cuidar, as dificuldades de entender o processo de doença instalado no seio familiar<sup>(6-7,19)</sup>.

A partir deste contexto, emerge a sobrecarga familiar em cuidar a criança e/ou adolescente com depressão. Se evidenciou que a principal cuidadora, geralmente, é a mãe que além de manter as tarefas de cuidadora do lar e desempenhar outras funções fora do domicílio, tem como prioridade o cuidado com as necessidades da criança e/ou adolescente doente. Ao desenvolver estas tarefas coloca seus interesses pessoais em segundo plano, abdicando das interações sociais, lazer, desmotivando-se as práticas laborais e ainda, fica suscetível a desenvolver algum tipo de doença psiquiátrica, como a depressão<sup>(20-24)</sup>.

Neste estudo, as evidências com a literatura confirmam que as mães são as principais cuidadoras. Em determinadas famílias são elas que, exclusivamente, cuidam dos filhos doentes. Algumas enfrentaram a doença com a convicção que seria um evento passageiro, ou seja, que tudo seria resolvido rapidamente, entretanto, experimentam com o tempo a sobrecarga da doença, nas suas mais diversas manifestações, o cansaço físico e psíquico.

O cansaço físico pela múltipla jornada de diferentes tarefas que cumprem, cuidados aos filhos, cuidado do lar e a jornada de trabalho. A sobrecarga psíquica evidenciada, neste estudo, é presente quando a cuidadora sofre com a própria doença do filho e sente-se impotente em poder ajuda-lo, os momentos de solidão retratado no abandono do cônjuge e o distanciamento de familiares na instalação da doença, e ademais, nas ocasiões que não suporta mais o cuidar e age com recusa ao filho, com pensamentos de renúncia daquela situação que o sobrecarrega.

### **Considerações Finais**

Neste estudo, a percepção da família frente a depressão infanto-juvenil está pautada nos eventos estressores do próprio convívio e relações familiares. A doença depressiva inicia no

seio familiar, a partir das relações conturbadas e se estende para as relações sociais no meio externo da família, na rede social proximal. Observa-se que as condutas da criança e adolescente no convívio social são frutos experienciados no grupo familiar, visto a sobrecarga emocional que incorporam do viver em família. Salienta-se, que neste momento, a família é um dos fatores desencadeante da doença. Mesmo que, não intencional, o produto que deveria desenvolver aspectos positivos para o desenvolvimento de uma criança e adolescente saudáveis, é de certa forma, interrompido pelo próprio comprometimento familiar.

Com a doença depressiva já estabelecida a família procura a reestruturação para atender as necessidades geradas pela depressão infantojuvenil. A organização familiar é pautada, primeiramente, com a escolha do principal cuidador, geralmente, é assumido pela mãe, que muitas vezes se apropria destes cuidados com o intuito de proteger seu filho doente, todavia perde outros papéis de sua identidade, pois abdica da vida pessoal e profissional, para cuidar das demandas vivenciadas pela depressão no seio da família. A sobrecarga destes cuidados repercute tão negativamente na saúde deste cuidador, que muitas vezes, há sofrimento psíquico pela preocupação que estes cuidados requerem, em virtude da gravidade da doença depressiva que repercute no atentar contra a própria vida.

Neste contexto, se requer do Enfermeiro um olhar atento, primeiro, para estas famílias em situação de vulnerabilidade. Segundo, para as crianças e adolescentes em situação de risco iminente de vida, pois se evidenciou a sobrecarga no relato dos cuidadores, a desestruturação psíquica e comprometimento mental, que envolve as crianças e adolescentes acometidos pela depressão.

Assim, este estudo tem a finalidade de gerar conhecimento para os profissionais da saúde em geral, com a perspectiva de aprofundar conhecimentos específicos acerca da depressão infanto-juvenil e seus impactos no conviver em família. Todavia, se evidencia que ainda são incipientes os estudos que reforçam e aprofundam um conhecimento específico da depressão em crianças e adolescentes, de forma temporal, ou seja, o início da doença, os fatores desencadeantes, sua instalação e progressão nos diferentes ciclos de vida da criança ou adolescente, e a organização da família para enfrentar estes diferentes contextos e reagir estruturadamente para produzir saúde.

### **Referências Bibliográficas**

- 1.WHO. World Health Organization. Depressão. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acessado 01 set. 2017.
2. DSM-5. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre. Artmed, 2014. 155p.

3. ONU/WHO. **Nações Unidas do Brasil/World Health Organization**. OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas>. Acesso: 13 jul. 17.
4. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Depressão Infantil**. 2012. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=16817> Acessado em 06 set. 2017.
5. Cummings EM, Koss KJ, Davies PT. Prospective Relations between Family Conflict and Adolescent Maladjustment: Security in the Family System as a Mediating Process. *J Abnorm Child Psychol*. 2015 April ; 43(3): 503–515. doi:10.1007/s10802-014-9926-1.
6. Reis TB, Machado RCBR, Pimenta RAF, Tacla MTGM, Sorgi GMF, Rocha EL. Vivência materna frente ao transtorno mental de crianças e adolescentes. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*. v.15, n.2, p 102-7, 2015.
7. Vicente JB, Marcon SS, HIGARASHI, I.H. Living with mental disorder in childhood: feelings and reactions of the family. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, v.25, n.1, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>. Acesso em 10 ago. 2017.
8. Haemelen ALV et al. Friendships and Family support reduce subsequent depressive symptoms in at-risk adolescents. *Plos One* 11(5): eo153715, 2016.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de População. Edição 2017. Disponível em: [www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e](http://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e) Acessado em: 12/07/2018.
10. Minayo MCZ. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.
11. Matos MB, Cruz ACN, Dumith SC, Dias NC, Carret RBP, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7):2157-2163, 2015.
12. Reisner SL, Vettese R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, Mimiaga M. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2015 March ; 56(3): 274–279. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.264.
13. WHO. World Health Organization. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Genebra. 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf). Acessado em 15 jul.2017.
14. Coutinho MPL, Oliveira MX, Pereira DR, Santana IO. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Aval. psicol.* [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Jul 12]; 13(2): 269-276. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712014000200014&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200014&lng=pt).
15. Loecherer J et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* 60 (2018) 1–14. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/clinpsychrev](http://www.elsevier.com/locate/clinpsychrev) Acessado em: 05/07/2018.
16. Braga LL; Dell’Aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso) Acessos em 12 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>

17. Botega NJ. Comportamento Suicida: Epidemiologia. *Psicol. USP* vol.25 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004> Acessado em: 12/07/2018.
18. Resende C, Santos E, Santos P, Ferrão A. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. *Nascer e Crescer* [Internet]. 2013 Set [citado 2018 Jul 12]; 22(3): 145-150. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt)
19. Antunes HM, Campos CJG, Lima GMPA, Ferraz ILG. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo na infância: Estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 21(2), abril a junho de 2016, 157-166.
20. Campelo LLCR, Costa SME, Colvero LA. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp):197-204. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acessado em: 08/07/2018.
21. Batista CF, Bandeira M, Oliveira DR. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9):2857-2866, 2015.
22. Macedo EC, Silva RL, Paiva MS, Ramos MNP. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul.-ago. 2015;23(4):769-77. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em: 08/07/2018.
23. Santos DCS, Bandeira M. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF,9(1) 88-104, janeiro-junho de 2015.
24. Cursino IG, Cursino RSTF, Vieira SCM. Qualidade de vida de cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro autista: uma revisão da literatura. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 67-78, abr/jun 2016.

## 6.2 ARTIGO II

### Processo de resiliência das famílias de crianças e adolescentes com transtorno depressivo

Eduarda Ramis Pontes<sup>1</sup>, Mara Regina Santos da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS – Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS – Brasil.

Correspondência:

Mara Regina Santos as Silva

General Osório, s/nº

Campus da Saúde- FURG

CEP: 96201-900 Rio Grande, RS, Brasil.

Fone: (53) 32330315/32338855

Fax: (53) 32338843

E-mail: [marare@brturbo.com.br](mailto:marare@brturbo.com.br)

Manuscrito extraído de dissertação\*

#### Resumo:

**Objetivo:** Analisar os processos chaves de resiliência utilizados pelas famílias com crianças e adolescentes depressivos, com ênfase nas crenças, nos processos organizacionais e de comunicação. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, orientado pela concepção de resiliência familiar, segundo Walsh (2016), desenvolvido com 26 familiares que convivem diariamente com crianças e adolescentes com depressão, os quais são atendidos em dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS-i) localizados em dois municípios do sul do Brasil. A coleta foi realizada no período de dezembro de 2017 a março de 2018. **Resultados:** Emergiram três núcleos temáticos da análise dos dados. Famílias com alto poder

de enfrentamento da depressão infanto-juvenil; Famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil e; Famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil. **Conclusão:** O enfermeiro pode se tornar uma importante fonte de apoio, favorecendo a mobilização de potencialidades na família, auxiliando na promoção da resiliência familiar.

**Descritores:** Depressão; Criança; Adolescente; Família; Enfermagem Familiar.

## **Introdução**

A depressão entre a população infantojuvenil é um transtorno grave, persistente que pode variar de intensidade, causando prejuízos à vida da criança, do adolescente e de sua família, além de dificultar os processos cognitivos, funcionais e de relacionamento social <sup>(1)</sup>. Na família afeta principalmente as relações entre seus membros, que, via de regra, modificam seus hábitos e comportamentos para atender as necessidades das crianças e adolescentes depressivos. Em síntese, a família passa a enfrentar conflitos individuais e coletivos, a instabilidade emocional da criança ou adolescente, a reorganização dos papéis familiares, as novas tarefas e a reorientação das finanças. Com tudo isso, a família precisa mobilizar suas potencialidades e utilizar seus recursos internos e externos para superar essas adversidades <sup>(2-3)</sup>.

As famílias que conseguem passar por situações difíceis como a depressão infanto-juvenil, respondendo de forma positiva aos inúmeros desafios que essa condição lhes apresenta, são identificadas como resilientes. Essas famílias são mais habilidosas em lidar com as situações de crise, criando mecanismos para enfrentar os desafios e combater as adversidades, utilizando as experiências difíceis como instrumentais para a aprendizagem, o que lhes ajuda no longo processo de superação e de crescimento individual e familiar <sup>(3)</sup>.

A resiliência familiar é um processo único e invariável, caracterizado pela capacidade de seus membros em enfrentar as adversidades, aprender com a experiência, saindo dela fortalecida e com mais recursos. Além disso, envolve diferentes vias de superação, gerando respostas positivas em situações de crise permitindo assim, que os indivíduos sigam suas vidas. Segundo Walsh (2016), os processos que sustentam a resiliência familiar, são formados por três domínios: Sistemas de Crenças, Processos de Comunicação, e Processos ou Padrões Organizacionais <sup>(3-4)</sup>.

O Sistema de Crenças é constituído pelos valores, princípios, convicções, atitudes, hábitos, tendências e suposições que configuram os preceitos básicos que influenciam no comportamento emocional e atitudinal de indivíduos da mesma família. O Sistema de crenças é o orientador das decisões desse grupo familiar, ajudando a definir o comportamento da família

frente aos problemas e particularidades, influenciando diretamente em todo processo de enfrentamento da doença, que no caso deste estudo é a depressão infanto-juvenil, desde a descoberta da doença, busca por tratamento, até a superação das dificuldades que comporta <sup>(4)</sup>.

Os Processos de Comunicação referem-se a troca de informações, opiniões ou sentimentos entre os membros da família com o intuito de facilitar o funcionamento familiar positivo. Os Processos de comunicação vão além do falar e do escutar, envolve o entendimento do que o outro indivíduo quer expressar, através das suas ações e das palavras ditas. A comunicação é essencial no contexto da depressão infanto-juvenil, podendo ser observada nas interações, entre os membros da família, ou até mesmo no diálogo com profissionais da saúde para esclarecimento de dúvidas a respeito da situação que viveram <sup>(4)</sup>.

Além disso, as famílias que convivem com o transtorno depressivo em um de seus membros devem utilizar métodos de comunicação claros e honestos, transmitindo realmente o que pensam e sentem. Muitas vezes, as crianças e adolescentes depressivos se comportar alegremente, embora sintam-se tristes, o que causa na família um estado de confusão, pois os familiares percebem que há algo errado. Nessas situações, geralmente encontram explicações equivocadas para justificar esse comportamento, ou sentem-se culpados pela situação <sup>(4)</sup>.

Os Processos Organizacionais são caracterizados pela estruturação familiar baseada em planos e ações que visem a qualidade de vida das pessoas que formam o grupo familiar. Cada membro da família desempenha um ou mais papéis buscando o bem-estar da família e o equilíbrio da dinâmica familiar. Em situações de crise e persistente adversidade, as famílias reorganizam a estrutura familiar, mobilizam recursos e resistem ao estresse, para superar os desafios que surgem no decorrer da vida <sup>(4)</sup>.

Na depressão infanto-juvenil os Processos Organizacionais são responsáveis pela reorganização familiar para facilitar o enfrentamento desse transtorno. Nesse sentido, cada sistema familiar tem seus próprios padrões de regulação, reagindo as adversidades dentro das suas particularidades. Contudo, essas famílias precisam criar uma estrutura flexível e estável, possibilitando a reestruturação sem perder sua força como unidade familiar, favorecendo assim o fortalecimento da conexão familiar, do compromisso, colaboração e apoio mútuo <sup>(4)</sup>.

As famílias que criam dispositivos para conviver com a depressão infanto-juvenil fortalecem as relações entre seus membros, descobrindo em si mesmas capacidades que não tinham experimentado tão intensamente, mantendo-se unidas pelo afeto, ajudando-se mutuamente e sendo flexíveis nos papéis desempenhados no seio familiar. Para essas famílias, as dificuldades geradas pelas demandas da depressão infanto-juvenil existem, entretanto, são

percebidas como desafios a serem superados, mantendo o grupo familiar ativo nas relações comunitárias, possibilitando a expansão de apoio a essa família <sup>(5)</sup>.

Com base nessa perspectiva teórica, o objetivo deste estudo é analisar os processos-chaves de resiliência utilizados pelas famílias com crianças e adolescentes depressivos, com ênfase nas crenças, nos processos organizacionais e de comunicação.

## **Metodologia**

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, orientado pela concepção de resiliência familiar, segundo Walsh (2016), desenvolvido com 26 familiares que convivem diariamente com crianças e adolescentes com depressão, os quais são atendidos em dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS-i) localizados em dois municípios do sul do Brasil.

Os critérios de inclusão dos participantes nesse estudo incluem: ser familiar e conviver diariamente com a criança ou adolescente diagnosticados com depressão; ser familiar e conviver diariamente com a criança ou adolescente que apresentam no mínimo cinco sintomas da depressão, de acordo com o DSM5; ter idade mínima de 18 anos; a criança ou adolescente deve estar fazendo acompanhamento no CAPS-i no período da coleta de dados. Como critério de exclusão foi considerado: ser familiar de criança ou adolescente com depressão, mas não estar presente no CAPS- i no período de coleta de dados; ou estar impossibilitado de responder verbalmente as perguntas.

Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por um código, formado pela letra “F” de familiar, seguida da letra “A” para indicar um dos municípios e “B” para indicar o outro município, e ainda precede um numeral que corresponde a ordem de realização das entrevistas (FB1 ou FA26).

Ressalta-se que os dois CAPS-i funcionam diariamente de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde e contam com uma equipe multiprofissional, porém, o município “A” tem população estimada de 209.378 pessoas, com taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.49 para 1.000 nascidos vivos, possuindo 45 estabelecimentos de saúde. Já o município “B” com população estimada de 344.385 pessoas, com taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.55 para 1.000 nascidos vivos, possuindo 97 estabelecimentos de saúde <sup>(6)</sup>.

A coleta foi realizada no período de dezembro de 2017 a março de 2018, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ao qual a pesquisa está vinculado, sob o parecer nº 182/2017. A participação na pesquisa foi formalizada através da assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os dados

foram analisados através da análise temática <sup>(7)</sup>, utilizando como balizadores teóricos os Processos Chaves da Resiliência Familiar. Salienta-se foram resguardados todos os direitos que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos, sob a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## **Resultados**

### **Caracterização dos participantes**

Um total de 26 familiares, pertencentes a 24 famílias que convivem diariamente com a Depressão infanto-juvenil participaram deste estudo. Destes, 23 são do sexo feminino e três do sexo masculino, com predominância da raça branca (20), seguida de quatro pardos e dois negros. Quanto a idade, 16 participantes têm entre 30 a 40 anos; oito tem de 41 a 50 anos; e dois entre 61 e 70 anos. No que diz respeito ao grau de escolaridade, um participante possui ensino superior completo; dois respondentes possuem ensino superior incompleto; 13 completaram o ensino médio e um tem ensino fundamental completo; nove participantes com ensino fundamental incompleto.

No que se concerne à religião, seis familiares são católicos, cinco são evangélicos e cinco umbandistas e 10 participantes não estão vinculados a uma religião especificamente, mas referem acreditar em Deus. Em relação ao estado civil, 14 participantes são casados, quatro solteiros, sete divorciados e um viúvo. No que diz respeito a atividade ocupacional, sete participantes se denominam do lar, quatro participantes são empregadas domésticas, três são aposentados, duas são secretárias, duas são vigilantes, uma é professora, um é conselheiro tutelar, uma é moto boy, um é gerente comercial, uma é manicure, uma é auxiliar de produção, uma é vendedora, um é desempregado.

No que diz respeito a renda familiar, cinco famílias vivem com menos de um salário mínimo, 10 com até um salário mínimo, oito com até dois salários mínimos e três com até três salários mínimos. Quanto a constituição familiar, 18 famílias têm até três pessoas morando na residência, sete famílias têm entre quatro e seis pessoas e uma família tem mais de 10 pessoas residindo na mesma casa.

### **Caracterização das crianças e adolescentes com depressão familiares dos participantes do estudo**

Em relação ao parentesco, 23 crianças/adolescentes são filhos do participante do estudo; dois são netos e um é sobrinho. Já em relação ao gênero, 17 crianças/adolescentes com depressão são do gênero feminino e 9 do gênero masculino, tendo predominância a raça branca com 21 crianças/adolescentes, seguida de três pardos e dois negros. Quanto a idade, 12 têm até

12 anos e 16 têm entre 13 e 18 anos. No que diz respeito ao grau de escolaridade, 22 estão cursando o ensino fundamental, três estão cursando o ensino médio e uma já possui ensino médio completo. Dez crianças/adolescentes realizam o tratamento para depressão no CAPS-i a menos de seis meses, seis fazem tratamento no mínimo a seis meses até um ano, duas crianças e adolescente com mais de um ano até dois anos, quatro de três a quatro anos, dois de cinco a seis anos e uma criança realiza tratamento no CAPS-i a oito anos.

Com relação aos **processos de resiliência**, a análise dos dados permitiu agrupar os participantes deste estudo em três núcleos temáticos: Famílias com alto poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil; Famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil e; Famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil. Esses grupos foram selecionados utilizando como critério o discurso das famílias sobre a maneira como enfrentam a depressão, com ênfase especificamente nos três domínios elencados no referencial teórico deste estudo, ou seja, os sistemas de crenças, o processo de comunicação, e os processos ou padrões organizacionais.

### **Famílias com alto poder de enfrentamento a depressão infantojuvenil**

Este grupo está constituído por 5 participantes (FB1, FB9, FB10, FB11 e FB15) que correspondem a quatro famílias, pois dois participantes (FB10 E FB11) pertencem à mesma família que é constituída por um casal homossexual feminino e um filho de 9 anos, que tem ideação suicida, embora nunca tenha atentado contra a própria vida. O irmão desta criança faleceu afogado há 2 anos. Do ponto de vista econômico, esta família se sustenta com dois salários mínimos.

A família da participante FB1, é composta por mãe e dois filhos, a filha primogênita é uma adolescente depressiva que trabalha na venda de produtos recicláveis juntamente com sua mãe que também já sofreu depressão. A família da participante FB9 é constituída pela mãe, o padrasto e a filha; a mãe é professora com histórico de depressão, o padrasto é vendedor de automóveis, a filha adolescente é transgênero, e pratica automutilação diariamente. A família da participante FB15 é constituída pela mãe e duas filhas. A mãe recebeu o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e recebe uma pensão do governo, a filha primogênita tem 15 anos, é depressiva e síndrome do pânico.

Em relação ao Sistemas de Crenças, estas participantes entendem que a depressão infanto-juvenil representa uma experiência de aprendizado, pois a partir desta, a família passou a valorizar momentos comuns, como conversas em família e os programas simples de lazer. Nesta perspectiva, a Depressão infantojuvenil não se apresenta para a família unicamente como algo danoso, mas, com uma função potencialmente agregadora que, se bem explorada, é capaz de fortalecer as relações entre os membros da família. A fé é um agente mobilizador de forças, as famílias utilizam a fé como crença facilitadora para o desenvolvimento da esperança e otimismo.

*Eu só tenho fé que um dia vai melhorar, um dia tudo vai ficar bem, eu só peço para Deus me dar forças (FB1).*

*[A depressão] serviu para unir ainda mais eu e o meu marido, porque ele lutou junto comigo o tempo todo, ele traz ela [filha] para o CAPS, ele busca o remédio, ela chora abraçada com ele (FB9).*

*Quando me sinto desesperada procuro a minha religião... Minha força vem de Deus (FB9).*

*Eu rezo, peço forças a Deus (FB11).*

*Nós [mãe e filha] conversamos bastante, nós somos muito unidas, eu digo para ela, tudo isso vai passar e a gente vai ficar mais forte (FB15).*

*Sempre pensei nelas, a minha força vem delas [filhas], se não fossem minhas filhas, já teria feito alguma bobagem (FB15).*

No que diz respeito a padrões organizacionais, as FB1, FB9, FB10, FB11 e FB15 entendem que é mais fácil enfrentar a depressão infanto-juvenil com a união da família, com isso, os familiares se aproximam e apoiam-se. Todos colaboram e abdicam de seus interesses pessoais para o bem-estar coletivo, com isso, todos os familiares acompanham as crianças e adolescentes no CAPS-i, auxiliam no manejo em momentos de crise, administram medicações, e se precisam de auxílio financeiro, recebem apoio da família extensa.

*Se me falta alguma coisa a minha outra guria me ajuda bastante, por exemplo se eu preciso de dinheiro emprestado, ela me dá, também me escuta e me ajuda com a irmã [filha depressiva] (FB1).*

*Eu recebo todo apoio, ele [marido] me dá e dou a ele, vice-versa (FB9).*

*Na reforma na casa meu pai ajudou, porque cobraram da gente a reforma da casa para dar um espaço exclusivo para ele [filho].... Minha companheira é meu apoio, acho que eu sou apoio dela também (FB10).*

O processo de comunicação acontece de forma clara, quando um indivíduo for se comunicar com outro utiliza palavras simples e objetivas, sempre confirmando se o real sentido da mensagem foi transmitido corretamente. Os membros da família revelam os reais sentimentos, sejam eles, angustias, medos, tristeza, alegria, empatia ou plenitude. Essas famílias não tentam camuflar seu estado emocional, se por algum motivo o indivíduo não está

emocionalmente estável, isto é revelado. Neste contexto, demonstrar os reais sentimentos auxilia os indivíduos a estabelecer confiança dentro do seio familiar.

Todos os membros da família se empenham para solucionar os problemas diários associados a depressão infantojuvenil, ocorre a troca de papéis diariamente para acompanhar a criança no CAPS-i, supervisionar o doente em casa, principalmente no caso das crianças e adolescentes com risco eminente de suicídio, deve-se atentar para qualquer mudança comportamental, e ainda, realizar as demais tarefas relativas ao cuidado.

### **Famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infantojuvenil**

Este grupo é constituído por 7 participantes (FB7, FB14, FB16, FB20, FA21, FA23 e FA24) de 7 famílias. A família da participante FB7 é composta por avó, mãe e filha, sendo que mãe e filha têm depressão. No que diz respeito a renda familiar, a família se sustenta com a aposentadoria da avó e a pensão que a mãe recebe do governo. A família do participante FB14 é formada por pai e três filhos, o filho caçula tem 15 anos e é depressivo, já tentou suicídio e sofreu uma internação psiquiátrica, essa família se sustenta através da renda de gerente comercial do pai.

A família da FB16 é composta por mãe, pai e filha, a mãe trabalha de empregada doméstica e o pai abandonou o emprego para se dedicar ao cuidado da filha depressiva de 15 anos em casa. A família FA21, é formada por mãe, padrasto e três filhos, o filho de 12 anos é depressivo, e já tentou suicídio inúmeras vezes, a família se sustenta através da venda de material reciclável.

A família do participante FA23 constitui-se por avó, tio, mãe, padrasto e filho depressivo de 15 anos. Entretanto, quem assume o papel de principal cuidador é o tio, estudante e desempregado. Moram na residência a avó, o tio e o adolescente, a renda familiar é de dois salários mínimos da aposentadoria da avó. A participante FA26 tem uma família composta por avós, mãe, pai e filha de 12 anos morando sob o mesmo teto, a filha é depressiva e pratica automutilação, no que diz respeito a renda familiar, se dá pela aposentadoria dos avós, e os salários dos pais.

Em relação aos Sistemas de Crenças, para essas famílias a depressão infanto-juvenil serviu como alerta para questões relativas ao comportamento da criança ou adolescente, a família começou a se preocupar com alterações de humor repentinas, crises de choro e

mudanças na aparência. No que diz respeito ao cuidado diário, os membros da família participam do cuidado, mas o fazem de maneira desmotivada, pois abdicam de seus interesses pessoais, mudando suas rotinas, o que gera conflito. Entretanto, neste núcleo, a fé além de ser um mobilizador de otimismo e esperança é o apoio em momentos de solidão e sobrecarga.

*Talvez pelo fato de orar, de saber que isso não vai permanecer, então por isso consiga equilibrar.... Convivo com essa situação querendo mudar, não aceito [a depressão], mas pela fé creio que isso tudo tem remédio, que não é permanente.... Às vezes, as pessoas têm fé, mas não sabem que tem essa força para amenizar a dor, mas tem uma saída é só confiar (FB7).*

*Eu tive que fazer a família se unir mais com tudo isso [tentativa de suicídio da filha], olhamos mais para dentro, tivemos que nos unir porque foi um baque, tomamos um susto muito grande, ainda mais dela que nós não esperávamos, porque ela é uma guria muito inteligente (FB20).*

*Me sinto muito sobrecarregada, porque meu marido não entende ela [filha depressiva], não entende que além de tudo é jovem e está doente, o meu filho entende que ela está doente, mas também é jovem, não quero que se preocupe, não quero que tome essa responsabilidade para ele, mas mesmo assim ele tenta me ajudar (FB24).*

*Não gosto de demonstrar meus sentimentos, não quero preocupar eles [mãe e sobrinho] (FA23).*

*Tiro forças de Deus e da fé que tenho, sem Ele não estaria aqui hoje. É com Ele que converso todos os dias, Ele é o meu apoio com certeza (FA23).*

*Rezo muito, peço para Deus me dar forças, me ajudar, porque não é fácil, preferia estar passando essa situação, queria sofrer no lugar dela, porque é a minha filha é minha guriazinha, crio forças por ela também, penso que tenho que ser forte para apoiar ela, só quero que a minha família seja feliz de novo (FA24).*

Quanto ao Padrão Organizacional, embora os membros da família entendam que a união permitiria responder as demandas geradas pela depressão infanto-juvenil com menos sofrimento, essa aproximação acontece de forma desmotivada pela necessidade de abdicar os interesses pessoais para a readequação de papéis. Geralmente ambos os genitores assumem responsabilidades geradas pela depressão infanto-juvenil, mas quando abdicam de seus interesses em prol do cuidado, se estabelece um ambiente estressante e conflituoso. Com isso, diferentes membros da família acompanham as crianças/adolescentes no CAPS-i, e se por ventura necessitam de auxílio financeiro, a família extensa e os amigos oferecem esse apoio.

*A minha patroa me apoia, eu converso bastante com ela, uma desabafa com a outra... ela [patroa] me ajuda, eu peço dinheiro para ela (FB16).*

*Tínhamos que optar por eu ou o meu marido sair do emprego, mas como tinha menos tempo de serviço, optamos por ele sair porque já tinha 4 anos e o seguro seria maior, mas vejo que tem dias que ele está muito estressado (FB16).*

*O meu marido me apoia, ele corre com o meu filho para tudo, coisa que o pai dele verdadeiro nunca fez, e ele já me jogou isso em cara (FA21).*

Os Processos de Comunicação nesta família se estabelecem geralmente através de palavras de duplo sentido, além disso, a falta de paciência para explicar seus atos e sentimentos dificulta a criação de vínculos. Os membros da família camuflam seus reais sentimentos para não preocupar os demais, ou se comportam de maneira avessa as suas emoções para sua própria proteção, pois sabem que não serão entendidos por parte dos familiares. Essa condição estabelece dificuldades para resolução dos problemas diários, muitas vezes os problemas são resolvidos, porém acabam gerando conflitos.

### **Famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil.**

Este grupo é constituído por 14 participantes (FB2, FB3, FB4, FB5, FB6, FB8, FB12, FB13, FB17, FB18, FB19, FA22, FA25 e FA26) e 13 famílias. Os participantes FB4 e FB5 são da mesma família. As participantes FB3, FB6, FB12, FB13, FB17, FB18, FB19 e FA22, compartilham uma família nuclear, geralmente composta por mãe, pai e filhos ou mãe e filhos, possuem geralmente renda familiar de um salário mínimo. Os participantes FB2, FB4, FB5, FA25 e FA26, compartilham o convívio intrafamiliar com a família nuclear e extensa, essas famílias geralmente compartilham o mesmo teto com avós, pais, tios, filhos, genros e noras, tendo renda familiar de até dois salários mínimos.

Quanto aos Sistemas de Crenças, para as famílias dos participantes FB2, FB3, FB4, FB5, FB6, FB12, FB13, FB17, FB18, FB19, FA22, FA25 e FA26, enfrentam a depressão como uma doença que permanecerá durante muitos anos, ou até mesmo não terá cura. Desta forma, se estabelece o principal cuidador, que oferece suporte a criança/adolescente com depressão, assumindo sozinho as responsabilidades do cuidado, sendo sobrecarregado, mas cuida da melhor maneira possível dentro das suas possibilidades, geralmente não recebe nenhum tipo de apoio emocional e acaba se conformando com esta situação. Neste sentido a pessoa segue sua vida se dedicando exclusivamente a criança/adolescente depressivo, utilizando a fé como mobilizador de força diariamente.

*Acho até que ela pode melhorar, mas eu não ficar boa, porque vai ter uma dificuldade em trabalhar fora e respeitar os outros [sociedade], ela não respeita ninguém, do jeito que ela é não tem como ela ser empregado, nem patrão, porque não sabe respeitar a opinião dos outros (FB25).*

*A convivência na minha casa é turbulenta, isso [depressão da filha] gera muito conflito... Eu vivo pisando em ovos, eu lido com ela como se ela fosse um cristal, mas as vezes eu estoro, porque eu não aguento, eu me sinto cansada, esgotada, tem vezes que eu sinto vontade de desaparecer, é muito difícil ter ela com a depressão. (FB6).*

*A depressão é horrível, ela [neta] começa a “louquiar” e nos “louqueia” junto, quando tira para incomodar, chora, fala, grita, xinga, dá nos irmãos, e tenho que ficar controlando, para não dar nos irmãos, tenho medo que se machuque também... Não paro um minuto, dou banho, faço comida, levo para o colégio, se tem piolho, tiro, faço tudo, ninguém faz... Além disso tenho angina, coração grande, tomo remédio para pressão, e estou aqui... A maioria do tempo eles [netos] estão se implicando, quando tiram para incomodar, começam a brigar e se xingar, começam a falar: O que tu estás me olhando? Sempre tem uma briga na minha casa, as crianças sempre estão brigando (FB2).*

*Eu vejo que da família, sou só eu para resolver os problemas, estou perdendo totalmente o controle da minha filha, não sei se é por causa de todos esses problemas, mas não tenho mais paciência, as vezes penso em largar tudo e internar ela, para eu poder ficar um pouco quieta e sozinha, porque é muito problema, todos os dias é briga atrás de briga (FA26).*

*Eu rezo muito, peço para Deus me dar força para aguentar tudo isso... Se não fosse a religião não estaria de pé, eles me ajudam muito, porque não é fácil, a religião me dá forças (FB2)*

*Eu converso com Deus todos os dias, mesmo que eu não siga nenhuma religião Ele é meu conselheiro, Ele é meu apoio, é disso que vem a minha força (FB12).*

*Sento em um banco da praça e choro, mas nunca mostro fraqueza na frente deles [filhos], por dentro estou acabada, mas não demonstro, fico firme, brinco, sorrio, mostro força e coragem, dou conselho, sou mais amiga do que mãe (FB12).*

No que diz respeito aos padrões organizacionais são famílias que carregam problemas anteriores geradores de conflito, que dissociam seus membros, refletindo na falta de conexão histórica, tais como, uso de álcool e outras drogas e violência intrafamiliar. São famílias mais numerosas com recursos financeiros restritos.

*Em relação a questões financeiras, recorro aos meus filhos ou meu colega de serviço, quando necessito eles me auxiliam, para o resto [questões emocionais] eu não tenho ninguém para falar, porque minha mulher vem de um casamento totalmente anormal, então não posso falar com ela porque qualquer coisa é motivo de briga (FB4).*

*Eu só tenho duas filhas, tinha outro filho, mas mataram por causa da droga, uma das minhas filhas bebe, fuma droga [crack], a outra de criação faz os filhos e não assume, então vou pegando eles [netos] (FB2).*

*Minha falecida mãe sempre foi muito ruim para mim, me trazia no relho, além disso ela fez eu abortar dois filhos porque meu ex-marido era negro, e não queria neto de negro, não deixava ele entrar dentro de casa, já o filho do meu padrasto era ladrão e usava drogas só porque era branco entrava, isso tudo eu nunca vou me esquecer (FB8).*

Quanto ao processo de comunicação, os membros da família não se preocupam em se fazer entender, utilizam palavras restritas e com duplo sentido, as pessoas não tem paciência para explicar seus sentimentos e comportamento. Além disso, os membros da família camuflam seus reais sentimentos para não preocupar os demais, ou se comportam de maneira avessa as suas emoções para sua própria proteção, pois sabem que não serão entendidos por parte dos familiares. Com isso, os indivíduos não se organizam para resolver os problemas diários, geralmente o principal cuidador que fica responsável por manejar a criança ou adolescente em

momentos de crise, por acompanhá-los no CAPS-i, por adquirir e administrar a medicação, por supervisioná-los constantemente.

### **Discussão**

As famílias com alto poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil conseguem responder positivamente a esta adversidade, neste contexto, o transtorno depressivo serviu como aprendizado, gerando a valorização dos momentos em família. Além disso, a aproximação entre seus membros possibilitou o fortalecimento de vínculos, o apoio e a doação mútua para preservação da harmonia no lar, porém, isto somente foi possível, pela expressão emocional aberta dentro da família e pela troca de papéis entre seus membros. Quando os indivíduos que compõem o grupo familiar compartilham crenças, a busca de satisfação com os relacionamentos reforça o envolvimento e o investimento mútuos, pois os indivíduos se doam e lutam para fazer o melhor quando percebem o esforço do outro para manter o bem-estar da família, assim, estabelecem processos de conexões e comunicação organizacional no seio familiar<sup>(4)</sup>.

Com isso, nessas famílias, a instalação da sobrecarga individual se torna mais difícil, pois todos os indivíduos compartilham as responsabilidades do cuidado, acompanhando as crianças/adolescentes no CAPS-i, realizam o manejo em momentos de crise, administram medicações, supervisionam o doente e analisam seu comportamento principalmente em casos que a criança/adolescente já atentou contra a própria vida. Neste aspecto, o estudo vai ao encontro com a literatura, pois as famílias que se organizam e compartilham o cuidado entre seus membros, possuem menos chances de desenvolver estresse no núcleo familiar e sobrecarga individual<sup>(8)</sup>.

Já nas famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil, evidencia-se diferentes experiências no conviver com esse transtorno, que são marcadas pelas dificuldades em responder alguns aos desafios que essa condição impõe, diferenciando-os assim do primeiro grupo. Para essas famílias, a depressão serviu como alerta para questões relativas ao comportamento da criança/adolescente, o que era interpretado como condutas da idade, passou a ter mais atenção e cuidado. Percebe-se que no caso das crianças com alto potencial de prejuízos físicos, ocorre o desenvolvimento de condutas perigosas que podem ser percebidas pelos familiares como simples brincadeiras da idade, justificadas pelo fato da criança não ter noção do perigo que está correndo. Já por parte dos adolescentes, o comportamento irritadiço e agressivo pode passar por rebeldia característica da adolescência<sup>(9)</sup>.

As famílias que identificam as mudanças de comportamento das crianças e adolescentes com depressão como um comportamento doentio, e não como fases de transição de crescimento, procurando alternativas para a melhora desse indivíduos, mostram-se resilientes, pois o enfrentamento da doença, por mais desafiador que seja, pode proporcionar a esses jovens e suas famílias um presente com muitos significados e um futuro mais promissor em relação a qualidade de vida e ao fortalecimento de vínculos e laços de confiança entre todos os envolvidos<sup>(4)</sup>.

Entretanto, quando as famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil se reorganizam para atender essas demandas, seus membros compartilham o cuidado de forma desmotivada, pois abdicam de seus interesses pessoais em prol da família, o que gera estresse e conflitos. Mesmo quando mais de um indivíduo se apropria do cuidado, há sobrecarga, pelo fato das responsabilidades não serem divididas igualmente. Ao assumir tarefas como, alimentação, higiene, administração de remédios, acompanhamento do doente nos serviços de saúde e administração das finanças, os seus interesses pessoais ficam em segundo plano, abdicando das interações sociais, lazer, desmotivando-se as práticas laborais e ainda, fica suscetível a sobrecarga<sup>(10-11)</sup>.

Isso acontece, pois não há o apoio mútuo, as famílias não conseguem estabelecer vínculos fortes, e isso repercute na maneira como cada indivíduo interage, essas pessoas não revelam seus reais sentimentos com o intuito de preservar os demais, ou por medo de serem incompreendidos ou julgados. As conexões familiares são processos importantes nos enfrentamentos das adversidades. As famílias que estabelecem laços de confiança são mais capazes de enfrentar as dificuldades, e as respostas positivas são mais frequentes quando os familiares acreditam que podem recorrer uns aos outros<sup>(3-4)</sup>.

Por outro lado, o grupo das famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil tem problemas familiares já estabelecidos e não resolvidos que refletem na capacidade de enfrentamento dos problemas atuais. Grupos familiares com bom funcionamento tendem a ter uma percepção mais apurada das vivências do passado, dos acontecimentos do presente, e o que está por vir, no futuro. Essas famílias conseguem superar os traumas do passado com maestria, utilizando suas experiências como aprendizado, desenvolvendo uma inteligência emocional para superar os desafios no presente, evitando adversidades futuras<sup>(3-4)</sup>.

Com isso, essas famílias percebem esse transtorno como uma doença que será duradoura, ou até mesmo incurável, mas mesmo assim, um indivíduo da família se torna o principal cuidador e oferece tratamento, acompanha a criança/adolescente no CAPS-i, maneja

em momentos de crise e realiza os demais cuidados associados a este transtorno. As famílias direcionam seus esforços para o que é possível, mesmo tendo limitações a família faz o que está dentro das suas possibilidades, podendo não ter domínio sobre o resultado do evento estressante. Entretanto, tem controle sobre suas escolhas, podendo descobrir maneiras de participar ativamente do processo de desdobramento das adversidades, minimizando os impactos do que não é possível interferir<sup>(4)</sup>.

Neste contexto, o principal cuidador é sobrecarregado, pois não recebe nenhum auxílio no cuidado e não tem apoio emocional por parte dos familiares. Geralmente, este indivíduo abdica totalmente da vida profissional e social, dedicando-se exclusivamente as questões referentes a criança/adolescente depressivo. A comunicação nestas famílias é marcada por discussões, e seus membros não revelam seus sentimentos com medo de serem julgados. A dedicação exclusiva acarreta ao cuidador a desistência de planos no domínio pessoal e profissional. Muitos desistem dos sonhos e de projetos de vida, abandonando vontades pessoais e carreiras profissionais para dedicar-se completamente ao familiar doente. Essas decisões restritivas podem se expandir até a privação de situações de lazer e socialização, com vistas a priorizar o cuidado à criança ou adolescente depressivo. Essa conduta gera sobrecarga, e prejudica a saúde física e psicológica deste indivíduo<sup>(12)</sup>.

Salienta-se que os três grupos têm apenas dois aspectos em comum. Quanto aos recursos financeiros, quando as famílias necessitam de auxílios financeiros, são apoiados pela família extensa e amigos. A família extensa é apontada como fonte de apoio social, pois os familiares oferecem suporte emocional, recursos financeiros. É importante ressaltar, que a doença mental infantil pode desencadear o fortalecimento ou a fragilização das relações familiares, a desestrutura ou reestruturação varia para cada família, pois cada indivíduo tem uma forma exclusiva de enfrentar a depressão infantojuvenil, o que pode influenciar de negativamente ou positivamente dentro da dinâmica familiar<sup>(13-14)</sup>.

No que diz respeito a fé, é tida como um mobilizador de forças, as famílias utilizam a fé como uma crença facilitadora para o desenvolvimento da esperança e otimismo, acreditando assim que dias melhores estão por vir. No contexto das famílias com crianças com depressão, as instituições religiosas fazem parte da rede social e atuam como importantes apoiadores sociais. A religiosidade é exposta como forte elemento para a luta diária, através da fé ocorre o aumento e fortalecimento da esperança de uma vida melhor para si e para sua família. Salienta-se, que as práticas religiosas servem como amenizador de dor e sofrimento, auxiliando no processo de resiliência<sup>(15)</sup>.

## Conclusão

Os processos chaves de resiliência familiar de Walsh (2016), fazem parte do cotidiano dos participantes deste estudo. Os Sistemas de Crenças presentes nestas famílias, englobam as formas que as famílias entendem a depressão infantojuvenil, e como a fé, os valores herdados da família e da cultura social, influenciam nas respostas frente a depressão infantojuvenil e seus agravantes.

Neste contexto, percebe-se através deste estudo que praticar a religiosidade é uma força da família, pois os indivíduos que tem fé ou que exercem alguma religião tem mais otimismo para superar as adversidades diárias. Além disso, a experiência prévia de conviver com alguém depressivo ou já ter tido depressão, facilita o cuidado e a reorganização da família para superação desse transtorno.

Entretanto, os estigmas sociais acerca da doença mental, dificultam o enfrentamento da família, pois o preconceito enraizado na sociedade repercute desde a percepção dos familiares acerca de depressão infanto-juvenil até o cuidado, influenciando, diretamente, nos processos de comunicação e organizacionais.

O Processo de Comunicação nestas famílias é demonstrado por meio da interação da família com a sua rede social. Salienta-se, que foi a partir da comunicação e do estabelecimento de vínculos que os participantes do estudo reconheceram a família nuclear e extensa, os amigos e a religiosidade como fontes de apoio.

Os Padrões de Organização nas famílias estudadas, é relativo a reestruturação da dinâmica familiar para o cuidado as crianças ou adolescentes com depressão que causam risco a si mesmos, visando a qualidade de vida de todos os familiares. Assim, foram estabelecidas três grupos com diferentes formas de funcionamento, as famílias com alto poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil, famílias com poder intermediário de enfrentamento da depressão infanto-juvenil e famílias com baixo poder de enfrentamento da depressão infanto-juvenil. Destaca-se que a principal diferença entre essas modalidades é a mobilização de recursos da família para o enfrentamento da depressão em crianças e adolescentes.

Com isso, os recursos utilizados pelas famílias de crianças e adolescentes são divididos em recursos internos e externos. Os recursos internos são representados através da fé, do apoio mútuo entre os familiares, e do apoio oferecido por amigos. Já os recursos externos são as instituições religiosas.

Com os achados neste estudo, o enfermeiro pode se tornar uma importante fonte de apoio, favorecendo a mobilização de potencialidades na família, participando ativamente do processo de promoção da resiliência familiar. Contudo, esse profissional deve buscar oferecer às famílias com crianças e adolescentes depressivos um cuidado integral, visando conhecer as crenças dessas famílias para compreender a real situação familiar, e as possíveis reações desse grupo frente aos desafios diários associados a este transtorno.

Ademais, o enfermeiro, é o profissional que mais representa o cuidado, ele é o maior responsável pela criação de vínculos com as famílias, esse profissional deve acolher a família de forma humanizada, posicionando-se de forma interessada e disponível, estabelecendo uma escuta terapêutica respeitando as particularidades da família, com o intuito de sanar dúvidas a respeito dos sintomas, tratamento e consequências da depressão infanto-juvenil. Com isso, o enfermeiro é responsável por realizar ações de educação em saúde com as famílias para promoção da ressocialização das crianças e adolescentes depressivos que causam risco a si.

Assim, percebe-se com este estudo, que os profissionais enfermeiros, se mantêm distante do cuidado às famílias, repercutindo na falta de suporte emocional e instrumental para as crianças e adolescentes depressivos na sua integralidade. O que ocasiona, uma barreira no tratamento, refletindo na permanência da depressão durante todo o ciclo de vida da criança e do adolescente, ou ainda pode evoluir ao suicídio consumado deste indivíduo. Enfatiza-se, que esses dois desfechos prejudicam a vida da família, impactando no processo de resiliência familiar.

### **Referências**

- 1.DSM-5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre. Artmed, 2014. 155p.
- 2.Vicente JB, Marcon SS, HIGARASHI, I.H. Living with mental disorder in childhood: feelings and reactions of the family. Revista Texto e Contexto Enfermagem, v.25, n.1, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>. Acessado em: 10/08/2017.
- 3.Walsh, F. Normal Family Processes. Chapter 17- Family Resilience: Strengths Forged Through Adversity. 2012 (4th ed. Pp. 399 -4270). New York: Guilford Press. Disponível em: <http://www.pardess.info/wp-content/uploads/Walsh-NFP4-Ch.-17-Family-Resilience.pdf> Acessado em: 15/08/2017.
- 4.Walsh, F. Strengthening family resilience (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press. 2016.
- 5.Dias AB, Silva MRS. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. 2010. V.9, n.4. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12047/0>. Acessado em: 29/08/2017.

6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa de População. Edição 2017. Disponível em: [www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e](http://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e) Acessado em: 12/07/2018.
7. Minayo MCZ. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.
8. Lane CD, Meszaros PM, Savla J. Measuring Walsh's Family Resilience Framework: Reliability and Validity of the Family Resilience Assessment Among Women with a History of Breast Cancer. *Marriage & Family Review*, DOI: 10.1080/01494929.2016.1263588. 2016.
9. Barbosa GA, Barbosa AAG. Depressão Infanto-juvenil. *Pediatria em Foco*. Disponível em: <http://www.pediatriaemfoco.com.br/posts.php?cod=60&cat=5> Acessado em: 16 de outubro de 2017. 2012.
10. Cursino IG, Cursino RSTF, Vieira SCM. Qualidade de vida de cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro autista: uma revisão da literatura. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 67-78, abr/jun 2016.
11. Dourado DM, Rolin JA, Ahnerth NMS, Gonzaga MN, Batista EC. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 1, n.8, p153-167, ago/set 2017.
12. Vicente JB, Marcon SS, Higarashi IH. Living with mental disorder in childhood: feelings and reactions of the family. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, v.25, n.1, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>. Acesso em: 10/08/2017.
13. Garcia RP. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes de apoio social. *Revista Cuidado Fundamental*. online 2012. jan./mar. 4(1):2820-30. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750892003/>. Acessado em: 20 de agosto de 2017.
14. VICENTE, J. B; HIGARASHI, I. H; FURTADO, C. C. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. *Esc. Anna Nery* vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015.
- 15.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a depressão infanto-juvenil é uma adversidade que gera impactos em diferentes âmbitos do viver humano e, conseqüentemente, influencia nas relações familiares, este estudo mostrou que a famílias que convivem diariamente com crianças e adolescentes depressivos podem responder de forma positiva, ou negativa aos desafios associados a este transtorno, que se dá a partir dos processos de resiliência, também conhecidos como recursos internos e externos.

Os resultados apontam, que as famílias associam o desenvolvimento da depressão infantojuvenil a eventos traumáticos que acontecem geralmente no ambiente intrafamiliar ou na interação da criança/adolescente com a rede social proximal. Após o transtorno depressivo estabelecido, a família busca a reestruturação para atender as necessidades geradas pela depressão, com isso, geralmente a mãe se torna a principal cuidadora, que conseqüentemente é sobrecarregada por assumir sozinha o cuidado do filho depressivo.

Entretanto, este estudo também mostra processos familiares diferentes em relação a reorganização, ao invés de ser escolhido um principal cuidador, todos os membros da família se envolvem no cuidado, esforçam-se para atender essas demandas, e fortalecem seus vínculos. Para essas famílias a depressão serve como aprendizado, mas isso somente é possível pois as famílias utilizam mobilizadores de forças como a fé, o apoio da família extensa e amigos e o suporte de saúde oferecido para a criança e o adolescente pelo CAPS-i.

O estudo aponta o CAPS-i como constante referência da RAPS, sendo local de acolhimento das crianças e adolescentes com depressão e suas famílias. Nesta perspectiva, o enfermeiro pode se tornar uma importante fonte de apoio, favorecendo a mobilização de potencialidades na família, participando ativamente do processo de promoção da resiliência familiar. Contudo, esse profissional deve buscar oferecer as famílias com crianças e adolescentes depressivos um cuidado integral, visando conhecer as crenças dessas famílias para compreender a real situação familiar, e as possíveis reações desse grupo frente aos desafios diários associados a este transtorno.

Ademais, o enfermeiro, é um profissional que cuida. Ele pode auxiliar na criação de vínculos com as famílias. Deve acolher a família de forma humanizada, posicionando-se de forma interessada e disponível, estabelecendo uma escuta terapêutica respeitando as particularidades da família, com o intuito de se sanar dúvidas a respeito dos sintomas,

tratamento e consequências da depressão infanto-juvenil. Com isso, o enfermeiro é responsável por realizar ações de educação em saúde com as famílias visando a promoção da ressocialização das crianças e adolescentes depressivos que causam risco a si.

Assim, percebe-se através deste estudo, que os enfermeiros podem ser uma fonte de suporte emocional e instrumental para as crianças e adolescentes depressivos na sua integralidade. Entretanto, se esses profissionais se manterem distantes do cuidado, refletindo em uma barreira no tratamento, ocasionando na permanência da depressão durante todo o ciclo de vida de criança e do adolescente, ou ainda pode evoluir ao suicídio consumado deste indivíduo. Enfatiza-se, que esses dois desfechos prejudicam a vida da família, impactando no processo de resiliência familiar.

Assim, este estudo tem a finalidade de gerar conhecimento para os profissionais da saúde em geral, com a perspectiva de aprofundar conhecimentos específicos acerca da depressão infanto-juvenil e seus impactos no conviver em família, além disso, que possa desencadear reflexões sobre o processo de resiliência para produção de saúde para as crianças e adolescentes com depressão e suas famílias. Todavia, se evidencia que ainda são incipientes os estudos que reforçam e aprofundam um conhecimento específico da depressão em crianças e adolescentes, de forma temporal, ou seja, os fatores desencadeantes, o início da doença, sua instalação e progressão nos diferentes ciclos de vida da criança ou adolescente, e a organização da família para enfrentar estes diferentes contextos e reagir estruturadamente para produzir saúde.

Nesse contexto, é primordial que ocorra a criação e implementação de ações para Saúde Mental, através de novas diretrizes na Políticas Públicas já existentes voltadas especificamente para atenção à saúde mental infantojuvenil. Através disso, os serviços de base comunitárias sejam norteadores nas ações de promoção e reabilitação da saúde mental infantojuvenil, e ainda, prevenção das doenças mentais para essa faixa etária, com o intuito de melhorar a rede social e o apoio a essas pessoas e suas famílias, que refletirá no desenvolvimento da resiliência individual e familiar.

## REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Depressão Infantil**. 2012. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=16817> Acessado em 06 set. 2017.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos Enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2011, jan/mar; 20(1): 85-93.

ANTUNES HM, CAMPOS CJG, LIMA GMPA, FERRAZ ILG. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo na infância: Estudo qualitativo. **Estudos de Psicologia**, 21(2), abril a junho de 2016, 157-166.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

AVANCI, J. et al. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 383-394. Disponível em: [www.redalyc.org/pdf/630/63013532008.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/630/63013532008.pdf). Acessado em: 30 de agosto de 2017.

BARBOSA, G. A; BARBOSA, A. A. G. Depressão Infanto-juvenil. **Pediatria em Foco**. 2012. Disponível em: <http://www.pediatriaemfoco.com.br/posts.php?cod=60&cat=5> Acessado em: 16 de outubro de 2017.

BATISTA CF, BANDEIRA M, OLIVEIRA DR. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9):2857-2866, 2015.

BEM ESTAR. Revista Bem Estar. **Crescimento constante: Taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002**. Editora Globo, 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/crescimento-constante-taxa-de-suicidio-entre-jovens-sobe-10-desde-2002.ghtml>

BOTEGA NJ. Comportamento Suicida: Epidemiologia. **Psicol. USP** vol.25 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004> Acessado em: 12/07/2018.

BRAGA LL; DELL'AGLIO DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso) Acessos em 12 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente (1990)**. Estatuto da criança e do adolescente : Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2006.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativa de População. Edição 2017. Disponível em: [www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e](http://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e) Acessado em: 12/07/2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2011, vol.20, n.1, pp.33-40. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>. Acessado em: 13 de outubro de 2017.

CAMPELO LLCR, COSTA SME, COLVERO LA. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(Esp):197-204. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acessado em: 08/07/2018.

CAMPOS, J. C; PRETTE, A. D; PRETTE, Z. A. P. D. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** Rio de Janeiro v. 14 n. 2 p. 408-428 2014 Disponível em: [psicic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a03.pdf](http://psicic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a03.pdf). Acessado em: 22 de agosto de 2017.

COREN. **Legislação e código de ética, guia básico para o profissional de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br>. Acessado em: 10 de outubro de 2017.

COUTINHO MPL, OLIVEIRA MX, PEREIRA DR, SANTANA IO. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. **Aval. psicol.** [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Jul 12]; 13(2): 269-276. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712014000200014&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200014&lng=pt).

CRESCER. Revista Crescer. **Depressão infantil: ela existe e está aumentando em todo o mundo**. Editora Globo. 2015. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2014/09/depressao-infantil-ela-existe-e-esta-aumentando-em-todo-o-mundo.html>. Acesso em 13 jul. 2017.

CRUVINEL, M; BORUCHOVITCH, E. Regulação emocional em crianças com e sem sentimentos de depressão. **Estud. psicol.** (Natal) vol.16 no.3 Natal Sept./Dec. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300003> Acessado em 15 de setembro de 2017.

CUMMINGS EM, KOSS KJ, DAVIES PT. Prospective Relations between Family Conflict and Adolescent Maladjustment: Security in the Family System as a Mediating Process. **J Abnorm Child Psychol**. 2015 April ; 43(3): 503–515. doi:10.1007/s10802-014-9926-1.

CURSINO IG, CURSINO RSTF, VIEIRA SCM. Qualidade de vida de cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro autista: uma revisão da literatura. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v .13, n. 2, p. 67-78, abr/jun 2016.

DAMIÃO, N. F. et al. Representações sociais da depressão no ensino médio - um estudo sobre duas capitais. **Revista Psicologia & Sociedade.**, v. 23, n.1, p. 114-124. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a13v23n1.pdf> Acesso em 10 ago. 2017.

DELFINI, P. S. S; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, pp. 357-366, FEB, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/41756> . Acessado em: 20 de outubro de 2017.

DIAS, A. B; SILVA, M. R.S. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. 2010. V.9, n.4. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12047/0>. Acessado em: 29 de agosto de 2017.

DOURADO DM, ROLIN JA, AHNERTH NMS, GONZAGA MN, BATISTA EC. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 1, n.8, p153-167, ago/set 2017.

DSM-5. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre. Artmed, 2014. 155p.

GARCIA, R. P. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes de apoio social. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2012. jan./mar. 4(1):2820-30. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750892003/>. Acessado em: 20 de agosto de 2017.

GERMANO, I. M. P; COLAÇO, V. F. R. Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis. **Estudos de Psicologia**, 17(3), setembro-dezembro/2012, 381-387. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/05.pdf). Acessado em: 15 de agosto de 2017.

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**/Antonio Carlos Gil. – 5.ed –São Paulo: Atlas, 2010.

GUARÁ, I. M. R. R. **Redes de proteção social** / [coordenação da publicação Isa Maria F. R. Guará. -- 1. ed. -- São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. -- (Coleção Abrigos em Movimento)

HAEMELEN ALV et al. Friendships and Family support reduce subsequent depressive symptoms in at-risk adolescents. **Plos One** 11(5): eo153715, 2016.

HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede de apoio social a família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 440-5 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a15v63n3.pdf>. Acessado em: 16 de agosto de 2017.

HUTTEL, J. et al. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 11-22 jan./mar. 2011. Disponível em: [www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=4522](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=4522). Acessado em: 10 de outubro de 2017.

LANE CD, MESZAROS PM, SAVLA J. Measuring Walsh's Family Resilience Framework: Reliability and Validity of the Family Resilience Assessment Among Women with a History of Breast Cancer. **Marriage & Family Review**, DOI: 10.1080/01494929.2016.1263588. 2016.

LOECHENER J ET AL. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Clinical Psychology Review** 60 (2018) 1–14. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/clinpsychrev](http://www.elsevier.com/locate/clinpsychrev) Acessado em: 05/07/2018.

MACEDO EC, SILVA RL, PAIVA MS, RAMOS MNP. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2015;23(4):769-77. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em: 08/07/2018.

MARINI, et al. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Revista Neurociência** 2010;18(3):300-306 Disponível em: [www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1803/477%20original.pdf](http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1803/477%20original.pdf) . Acessado em 10 de setembro de 2017.

MATOS, M. B. et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.7, pp.2157-2163. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014>. Acessado em 22 de agosto de 2017.

MINAYO, M. C. Z. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIQUILIN, I. O. C. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de crianças e adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, Brasil: análise das desigualdades. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2015, vol.31, n.9, pp.1856-1870. ISSN 0102-311X. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000901856&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000901856&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acessado em 10 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66. Setembro, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000700020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000700020&script=sci_arttext) Acessado em 08 de outubro de 2017.

ONU/WHO. **Nações Unidas do Brasil/ World Health Organization**. OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas>. Acesso: 13 jul. 17.

OPAS/WHO. **Organização Pan-Americana da Saúde/ World Health Organization**. Adolescent mental health. Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. 2017. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839). Acesso em 13 jul. 17.

REIS, L. A; BRITO, F. R; MOREIRA, V. S; AGUIAR, A. C. S. A. Atuação do Enfermeiro do programa de saúde da família frente ao indivíduo portador de transtorno mental. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 175-187, jul/dez. 2013. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/231>. Acessado em: 17 de setembro de 2017.

REIS TB, MACHADO RCB, PIMENTA RAF, TACLA MTGM, SORGI GMF, ROCHA EL. Vivência materna frente ao transtorno mental de crianças e adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.2, p 102-7, 2015.

REISNER SL, VETTRES R, LECLERC M, ZASLOW S, WOLFRUM S, SHUMER D, MIMIAGA M. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. **J Adolesc Health**. 2015 March ; 56(3): 274–279. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.264.

RESENDE C, SANTOS E, SANTOS P, FERRÃO A. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. **Nascer e Crescer** [Internet]. 2013 Set [citado 2018 Jul 12]; 22(3): 145-150. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt)

RICHARDSON, RJ. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. – 12 reimpr. - São Paulo: Atlas 2011.

SANTANA, J. J. R. A; ZANIN, R. Z; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia** (Ribeirão Preto) vol.18 no.40 Ribeirão Preto 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>

Acessado em: 12 de outubro de 2017.

SANTOS DCS, BANDEIRA M. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. **Psicologia em Pesquisa, UFJF**,9(1) 88-104, janeiro-junho de 2015.

SOARES, R. D. et al. O papel da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**. 2011; jan/mar; 15(1): 110-115.

SOUZA, M. H. N; SOUZA, I. M. O; TOCANTINS, F. R. The use of social network methodological framework in nursing care to breastfeeding women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.3 Ribeirão Preto May/June 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300012>. Acessado em: 13 de setembro de 2017.

TSZESNIOSKI, L. C. et al. Building the mental health care network for children and adolescents: interventions in the territory. **Ciênc. saúde coletiva** vol.20 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>. Acessado em: 20 de agosto de 2017.

VICENTE, J.B., MARCON, S.S., HIGARASHI, I.H. Living with mental disorder in childhood: feelings and reactions of the family. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.25, n.1, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>. Acesso em 10 ago. 2017.

VICENTE, J. B; HIGARASHI, I. H; FURTADO, C. C. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. **Esc. Anna Nery** vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015

WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo. Editora Rocca. 2005.

WALSH, F. **Normal Family Processes**. Chapter 17- Family Relisience: Strengths Forged Through Adversity. 2012 (4th ed. Pp. 399 -4270). New York: Guilford Press. Disponível em: <http://www.pardess.info/wp-content/uploads/Walsh-NFP4-Ch.-17-Family-Resilience.pdf> Acessado em: 15 de agosto de 2017.

WALSH, F. **Strengthening family resilience** (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press. 2016.

WHO. **World Health Organization**. Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Genebra. 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf). Acessado em 15 jul.2017.

WHO. **World Health Organization**. Depressão. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acessado 01 set. 2017.

WHO. **World Health Organization**. "Depressão: vamos conversar", diz a OMS, como a depressão lista a lista de causas de saúde. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>. Acessado 01 set. 2017.

## APÊNDICE A

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande</b></p> <p>C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde</b></p> <p>Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf-FURG).</p> <p>Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar</p>
---	---

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

**Código de identificação:**

#### Preâmbulo

- Agradecimento pela participação
- Explicação acerca da finalidade, dos objetivos, do desenvolvimento do estudo e das questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.
- Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

#### Parte I: Caracterização dos participantes do estudo

Gênero:  
 Idade:  
 Raça:  
 Grau de escolaridade:  
 Religião:  
 Estado civil atual:  
 Atividade Profissional/Ocupação:  
 Renda familiar:  
 Local onde vive/residência:  
 Número de pessoas que moram na residência:

#### Parte II: Caracterização das crianças / adolescentes com depressão

Gênero:  
 Idade:  
 Raça:  
 Grau de escolaridade:  
 Religião:  
 Parentesco com o participante do estudo:  
 Manifestações sintomáticas mais proeminentes:  
 Tempo que a criança ou adolescente recebeu o diagnóstico de depressão:  
 Se ainda não tiver recebido o diagnóstico, quanto tempo apresenta os sintomas da depressão:  
 Tempo que a criança ou adolescente faz acompanhamento no CAPS-i:

### **Parte III: Percepção dos familiares sobre a depressão infanto-juvenil**

Para responder as perguntas seguintes, eu gostaria que você pensasse sobre como tem sido para você e os demais membros da família viver com uma criança ou adolescente com transtorno depressivo.

- O que isso representa na sua vida e na vida da família como um todo?
- Como vocês convivem com a depressão infanto-juvenil?
- Quais momentos, ao longo do convívio com a depressão infanto-juvenil, foram mais marcantes para você e sua família? Porque?

### **Parte IV: Recursos intra e extra familiares**

- Como funciona a comunicação diária entre os membros da família em relação ao convívio com a depressão infanto-juvenil?
  - Quando vocês precisam de ajuda, onde ou quem vocês procuram?
  - Que tipo de ajuda vocês recebem em cada um dos lugares (ou pessoas) que procuram?
- Em que momento vocês procuraram cada um dos recursos?

## APÊNDICE B

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande</b></p> <p>C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde</b></p> <p>Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf-FURG). Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar</p>
---	--

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisadora responsável:** *Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva* – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Pesquisadora-Mestranda:** *Eduarda Ramis Pontes* – Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

**Objetivo geral:** Compreender os processos de resiliência que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados à esse transtorno

**Objetivos Específicos:** (1) Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desses transtorno em seu cotidiano; (2) Identificar os recursos intra e extra familiares utilizados pelas famílias para responder às demandas geradas pela depressão infanto-juvenil; (3) Analisar os processos chaves de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organizacionais.

**Procedimentos:** para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos geral e específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares.

**Direitos assegurados:** as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

**Benefícios:** sua participação nesta pesquisa contribuirá para o conhecimento científico na área da Enfermagem, especialmente, a Enfermagem em Saúde Mental, podendo impactar em melhoras na qualidade de vida das crianças e adolescentes com depressão e suas famílias, pois pode contribuir na identificação dos processos que sustentam a resiliência familiar em famílias com crianças e adolescentes que apresentam transtorno depressivo, possibilitando a discussão de novas estratégias necessárias para a atenção a saúde dos indivíduos com depressão infanto-juvenil e suas famílias.

**Riscos:** sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo, referentes a possíveis situações de constrangimento ou desconforto, que podem ser causados por responder algumas questões do roteiro de entrevista. Diante dessas situações, um psicólogo (profissional particular, custeado pela mestranda), estará à disposição para auxiliá-lo. Você poderá suspender sua participação em qualquer momento da pesquisa.

**Participação voluntária:** a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

**Pessoa para contato:** Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mara Regina Santos da Silva ou a Mestranda Eduarda Ramis Pontes, pelo telefone (53) 32330304 ou ainda pelos e-mails: [marare@brturbo.com.br](mailto:marare@brturbo.com.br) [eduardapontes.enf@gmail.com](mailto:eduardapontes.enf@gmail.com).

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar como sujeito da pesquisa **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR”**. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e que me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo.

Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

**Local e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

## ANEXO A



**CEPAS/FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande - FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

PARECER Nº 185/ 2017

CEPAS 79/2017

**Processo:** 23116.008946/2017-79

**CAAE:** 79344117.7.0000.5324

**Título da pesquisa:** Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar

**Pesquisador Responsável:** Mara Regina Santos da Silva

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 182/2017, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Crianças e adolescentes com transtorno depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 30/06/2018.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 29 de novembro de 2017.

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**

**ANEXO B**

**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

---

**PARECER**

**Protocolo: Nº. 010/2017**

**Título do Projeto:** “Crianças e adolescentes com tratamento depressivo: um estudo na perspectiva da resiliência familiar.”.

**Objetivo Geral:**

- Compreender os processos de resiliência que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados a esse transtorno.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desse transtorno em seu cotidiano;
- Identificar os recursos intra e extra familiares utilizados pelas famílias para responder às demandas geradas pela depressão infanto-juvenil;
- Analisar os processos-chaves de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organização.

**Pesquisador (a) responsável:** Eduarda Ramis Pontes

**Parecer CEPAS:** O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 23 de novembro de 2017.

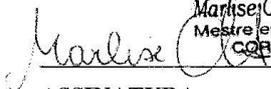
**Profª. Drª. Priscila Aikawa**  
*Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG*

**ANEXO C****APÊNDICE B**

Rio Grande, 20 de OUTUBRO, de 2017.

**DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA DA ESCOLA DE  
ENFERMAGEM - FURG**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do Projeto de Pesquisa: **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR”**, e que serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

  
Marliete C.V. de Almeida  
Mestre em Enfermagem  
COREN 170180

ASSINATURA

CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL

**ANEXO D**

Estado do Rio Grande do Sul  
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 026/2017

Rio Grande, 11 de dezembro de 2017.

Projeto: CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR.

Autor: Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva e Educarda Ramis Pontes.

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde - NUMESC, decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado, com as seguintes adequações: data de retorno dos resultados ao NUMESC e à população alvo.



Tarso Pereira Teixeira  
Coordenador do NUMESC.

*Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!*

## ANEXO E

**Solicitação de autorização para realização do estudo encaminhada à Gerente do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Pelotas/RS.**

Pelotas/RS 01, FEVEREIRO de 2017.

Ilmo(a) Sr(a). Gicelma Kaster - Gerente do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Pelotas/RS

Pelo presente Termo, eu, Enf<sup>a</sup>. Eduarda Ramis Pontes, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Mara Regina Santos Silva, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG), no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i), localizado no município de Pelotas/RS. O projeto de Pesquisa Intitulado: **“CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR”**, tem como objetivo geral: Compreender os processos de resiliência que auxiliam as famílias com crianças e adolescentes depressivos no enfrentamento dos desafios associados à esse transtorno. De modo específico o estudo objetiva: a) Identificar como as famílias de crianças e adolescentes com depressão percebem a presença desses transtorno em seu cotidiano; b) Identificar os recursos intra e extra familiares utilizados pelas famílias para responder às demandas geradas pela depressão infanto-juvenil; c) Analisar os processos chave de resiliência utilizados pelas famílias no enfrentamento da depressão infanto-juvenil, com ênfase nas crenças, nos processos de comunicação e organizacionais.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujo os dados serão obtidos através de entrevista semiestruturada realizadas com os familiares que convivem diariamente com crianças e adolescentes depressivos atendidos no CAPS-i, deste município. Os resultados serão disponibilizados aos sujeitos investigados e as instituições participante. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos e instituições envolvidos na pesquisa, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Espera-se que esta pesquisa possa gerar conhecimento para instrumentalizar os enfermeiros na atenção às famílias que convivem com a depressão infanto-juvenil. Ademais, que possa desencadear reflexões sobre processos de resiliência para a produção de saúde de crianças e adolescentes com depressão e suas famílias.

Atenciosamente,

EDUARDA RAMIS PONTES  
Enf<sup>a</sup>. Eduarda Ramis Pontes.

*Eduarda Ramis Pontes*

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos Silva

Ciente. De acordo.

Gicelma Kaster  
Psicóloga Gicelma Kaster - Gerente do Serviço de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Pelotas/RS.

*Gicelma Kaster*  
Gicelma Kaster  
Chefe do Departamento de  
Saúde Mental  
Matrícula: 36.642