



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA**

ELIANA SALES BRITO

**BIOGRAFIA E PERCURSOS ACADÊMICOS
E FAMILIARES DE ESTUDANTES COM
SOFRIMENTO MENTAL**

Salvador
2017

ELIANA SALES BRITO

**BIOGRAFIA E PERCURSOS ACADÊMICOS
E FAMILIARES DE ESTUDANTES COM
SOFRIMENTO MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador em cumprimento obrigatório dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea.

Linha de Pesquisa: Contextos Familiares e Subjetividade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Pedreira Rabinovich

Salvador
2017

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

B695 Brito, Eliana Sales

Biografia e percursos acadêmicos e familiares de estudantes com sofrimento mental/ Eliana Sales Brito. – Salvador, 2017.
152 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Família 2. Transtornos Mentais Comuns 3. Estudantes Universitários
4. Relações Familiares 5. Narrativas I. Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação II. Rabinovich, Elaine
Pedreira – Orientadora III. Título.

CDU 316.356.2:159.972-057.875

TERMO DE APROVAÇÃO

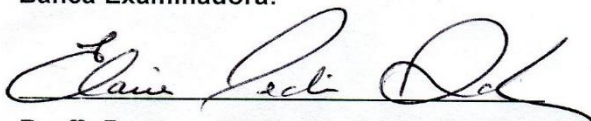
Eliana Sales Brito

“Biografia e percursos acadêmicos e familiares de estudantes com sofrimento mental.”

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.


Salvador, 21 de julho de 2017.

Banca Examinadora:

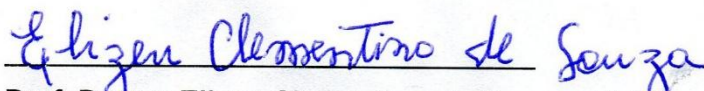


Prof.^a. Doutora Elaine Pedreira Rabinovich

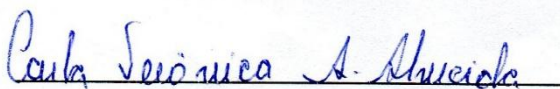
Orientador(a) - (UCSal)



Prof.^a Doutora Mônica de Oliveira Nunes - UFBA



Prof. Doutor Elizeu Clementino de Souza - UNEB



Prof.^a. Doutora Carla Verônica Albuquerque Almeida - UNEB



Prof.^a. Doutora Livia Alessandra Fialho da Costa – UCSAL

Para tio Rai (*in memoriam*) e Lud (*in memoriam*),
para quem a vida deixou de ter sentido, perdas que
deixaram em nós um enorme vazio.

Para tia Lete, a quem a fé sempre sustentou.

AGRADECIMENTOS

“O Senhor é o meu Pastor, nada me faltará”. Durante a realização deste trabalho me senti desafiada para além das minhas forças e foi nestes momentos de maior aflição que Deus se fez ainda mais presente. Eu senti – e sinto - a Sua presença em cada mão estendida, nas palavras de incentivo, no amor e acolhimento que recebi, em especial, nos últimos meses, que foram um verdadeiro refrigério para a minha alma. A Ele, toda gratidão!

Ainda que as palavras não sejam capazes de expressar o tamanho da minha gratidão, neste caminho eu contei com uma rede de apoio, que foram fundamentais para a realização deste trabalho, aos quais gostaria de agradecer:

Aos meus pais, Edvaldo e Marialva, minhas raízes e porto seguro; aos meus irmãos, Edvaldo Júnior, Eleusa e Ramon, fontes de amor incondicional (Leu, obrigada por trazer beleza ao meu trabalho); e à minha família, cujas orações me fortalecem;

À Universidade Católica do Salvador, que me deu régua e compasso na carreira acadêmica, com um agradecimento especial ao Reitor, Padre Maurício Ferreira, pelo apoio e confiança em mim depositados;

À Elaine Rabinovich - mais do que orientadora – uma ‘amiga-mãe’ muito presente na minha vida. Obrigada pela confiança e por me acolher com tanto amor;

Aos queridos professores Ana Pitta, Ana Sueli Pinho, Carla Albuquerque, Elizeu Clementino, Livia Fialho e Mônica Nunes, cujas contribuições - nas bancas de qualificação e da defesa - iluminaram a condução da minha pesquisa;

À Sumaia Midlej – mais do que uma amiga, uma ‘irmã-mãe’. Su, eterna gratidão por me oferecer o colo que (quando) precisava;

À Juliana Freitas e Helena Maia, aprendizado e amizade em doses generosas;

Aos meus tios Crelson e Ginalva, em quem encontro o aconchego de família;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, obrigada por mostrarem o caminho;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Família, (Auto)biografia e Poética do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, fonte de aprendizado.

À Lúcia Rosas e Luíza Rego, pelos mimos em detalhes, em uma abençoada sintonia;

À Isadora Menezes, Gabriela Santos e Juliana Chamusca, alunas de iniciação científica, que acolheram com entusiasmo o convite à participação nesta pesquisa. Obrigada pela oportunidade de aprender.

À Linda Gomes, Rosemary Magalhães, Aldo Oliveira, Erico Schleu e Artur Beling, pela ajuda preciosa com as pesquisas dos artigos, esclarecimentos das normas de formatação e pelo socorro nas horas mais tensas pela perda e desaparecimento dos arquivos;

À minha pequena, mas talentosa equipe da Extensão, Sumaia, Bárbara, Lea e José Luis, por conduzirem o barco na minha ausência;

Aos meus amigos, que suportaram e compreenderam a minha ausência, e que, mesmo distantes, sempre estiveram por perto;

A Cléo, obrigada pelo cuidado amoroso.

Aos alunos do curso de Fisioterapia, cujas histórias me inspiraram para este trabalho;

E, por fim, um agradecimento especial àqueles que tão generosamente participaram deste estudo, compartilhando comigo as suas histórias. Obrigada pela confiança!

Tudo passa – sofrimento, dor, sangue, fome, peste. A espada também passará, mas as estrelas ainda permanecerão quando as sombras de nossa presença e nossos feitos se tiverem desvanecido da Terra. Não há homem que não saiba disso. Por que então não voltamos nossos olhos para as estrelas? Por quê?

Mikhail Bulgarov

“Se decidimos escrever sobre a nossa vida, a vida decide sobre o que vai ser escrito”.

S, Doubrovsky

BRITO, Eliana Sales. **Biografia e percursos acadêmicos e familiares de estudantes com sofrimento mental**. 152 f. Tese (Doutorado). Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador – UCSAL, 2017

RESUMO

Este estudo se inscreve na perspectiva da abordagem biográfica, representada pelo método das narrativas de vida, que busca a construção de sentidos a partir de experiências vivenciadas pelo próprio indivíduo, sujeito da sua própria história. A tese aborda os percursos acadêmicos e familiares de estudantes com sofrimento mental, suas trajetórias pessoais e familiares, tendo como informantes estudantes matriculados nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador, com suspeição de sintomas depressivos. A pesquisa foi delineada em um método misto, quanti-qualitativo, sendo conduzida em duas etapas: na primeira, realizou-se um estudo de prevalência para estimar a frequência de sintomas depressivos na população estudada e fazer um rastreamento dos informantes da segunda etapa mediante a aplicação de um questionário sociodemográfico e perfil acadêmico e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O questionário foi aplicado em sala de aula de todos os semestres dos referidos cursos, contando com a participação de 185 estudantes de Enfermagem e 101 de Fisioterapia. Os resultados evidenciaram uma prevalência de sintomas depressivos de 44,8%, com uma frequência maior para estudantes de Enfermagem (59,4%). Para a segunda etapa foram selecionados por conveniência, estudantes classificados como suspeitos de sintomas depressivos mediante o escore do SRQ-20. Os dados foram coletados por meio de entrevista narrativa, a qual permite, através da escuta, gerar dados sobre as histórias do indivíduo e apreender significações e interpretações que cada um dá à sua própria existência. Para a análise das entrevistas, foi empregada a técnica da análise compreensiva. Foram entrevistados dez estudantes, seis de Enfermagem e quatro de Fisioterapia, nove mulheres, com idade entre 19 e 40 anos, com renda familiar de até dois salários mínimos; sete deles são os primeiros da família a ingressar no ensino superior. O ingresso na universidade para estes jovens que já têm um histórico de sintomas depressivos requer dos mesmos um maior enfrentamento das situações estressoras da vida acadêmica e os impõe a operar com os recursos materiais, pedagógicos e emocionais, nem sempre acessíveis. Estes jovens “sobrevivem” aos estressores, à custa de um esforço ainda maior, acionando forças numa direção que possam construir sentidos à sua existência.

Palavras-chave: Família. Transtornos Mentais Comuns. Estudantes universitários. Relações Familiares. Narrativas

BRITO, Eliana Sales. **Biography and academic and family trajectory of students with mental suffering**. 152 p. Thesis (Doctorate). Family at the Contemporary Society of the Catholic University of Salvador - UCSAL, 2017

ABSTRACT

This study is part of the perspective of the biographical approach, represented by the method of life narratives, which seeks to construct meanings based on experiences lived by the individual himself, subject of his own history. Thesis deals with the academic and family trajectories of students suffering from mental illness, their personal and family trajectories, on students who are enrolled in Nursing and Physiotherapy courses at the Catholic University of Salvador and with suspicion of depressive symptoms. Research was delineated in a quantitative and qualitative method, being conducted in two stages: in the first, a prevalence study was carried out to estimate the frequency of depressive symptoms in the study population and to track second-stage informants through application of a sociodemographic questionnaire and academic profile and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The questionnaire was applied in the classroom of all the semesters of said courses, counting on the participation of 185 students of Nursing and 101 of Physiotherapy. Results showed a prevalence of depressive symptoms of 44.8%, with a higher frequency for Nursing students (59.4%). For the second stage were selected for convenience, students classified as suspects of depressive symptoms using the SRQ-20 score. Data were collected through a narrative interview, which allows, through listening, to generate data about the stories of the individual and to apprehend meanings and interpretations that each gives to her own existence. For the analysis of the interviews, the technique of comprehensive analysis was employed. Ten students, six Nursing and four Physiotherapy students were interviewed, nine women, aged between 19 and 40 years, with family income of up to two minimum wages; seven of them are the first of the family to enter higher education. Admission to the university for these young people who already have a history of depressive symptoms requires major effort from them to cope with the stressful situations of academic life and forces them to operate with the material, pedagogical and emotional resources that are not always accessible. These young people "survive" the stressors, at the cost of an even greater effort, triggering forces in a direction that can construct senses to their existence.

Key-words: Family; Common Mental Disorders; University Students; Family Relationships; Narratives

BRITO, Eliana Sales. **Biografía y recorridos académicos y familiares de estudiantes con sufrimiento mental**. 152 f. Tesis (Doctorado). Familia en la Sociedad Contemporánea de la Universidad Católica del Salvador - UCSAL, 2017.

RESUMEN

Este estudio se inscribe en la perspectiva del enfoque biográfico, representado por el método de las narrativas de vida, que busca la construcción de sentidos a partir de experiencias vivenciadas por el propio individuo, sujeto de su propia historia. La tesis aborda los recorridos académicos y familiares de estudiantes con sufrimiento mental, sus trayectorias personales y familiares, teniendo como informantes estudiantes matriculados en los cursos de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Católica del Salvador, con sospechas de síntomas depresivos. La investigación fue delineada en un método mixto cuantitativo cualitativo, siendo conducida en dos etapas: en la primera, se realizó un estudio de prevalencia para estimar la frecuencia de síntomas depresivos en la población estudiada y hacer un rastreo de los informantes de la segunda etapa mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y el perfil académico y el Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). El cuestionario fue aplicado en el aula de todos los semestres de dichos cursos, contando con la participación de 185 estudiantes de Enfermería y 101 de Fisioterapia. Los resultados evidenciaron una prevalencia de síntomas depresivos del 44,8%, con una frecuencia mayor para estudiantes de Enfermería (59,4%). Para la segunda etapa fueron seleccionados por conveniencia, estudiantes clasificados como sospechosos de síntomas depresivos mediante la puntuación del SRQ-20. Los datos fueron recogidos por medio de una entrevista narrativa, la cual permite, a través de la escucha, generar datos sobre las historias del individuo y aprehender significaciones e interpretaciones que cada uno da a su propia existencia. Para el análisis de las entrevistas, se empleó la técnica del análisis comprensivo. Se entrevistó a diez estudiantes, seis de Enfermería y cuatro de Fisioterapia, nueve mujeres, con edad entre 19 y 40 años, con ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos; Siete de ellos son los primeros de la familia en ingresar a la enseñanza superior. El ingreso en la universidad para estos jóvenes que ya tienen un historial de síntomas depresivos requiere de los mismos un mayor enfrentamiento de las situaciones estresantes de la vida académica y los impone a operar con los recursos materiales, pedagógicos y emocionales, no siempre accesibles. Estos jóvenes "sobreviven" a los estresores, a costa de un esfuerzo aún mayor, accionando fuerzas en una dirección que puedan construir sentidos a su existencia.

Palabras clave: Familia. Trastornos Mentales Comunes. Estudiantes universitarios. Relaciones Familiares. Narrativa

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.70
- Tabela 2 - Variáveis relativas ao estilo de vida de universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.72
- Tabela 2 - Variáveis relativas à vida escolar de universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critério diagnóstico de episódio depressivo, segundo a CID 10	40
Quadro 2 - Características sociais e demográficas dos informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.	77
Quadro 3 - Dados relativos à escolaridade e profissão dos pais segundo os informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.	78
Quadro 4 - Dados sobre o perfil acadêmico dos participantes do estudo e resultado do SRQ-20, segundo os informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.	79

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Prevalência Global de distúrbios depressivos, por idade e sexo.....42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAP	Centro de Atendimento da Psicologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODAE	Coordenação de Assistência e Integração do Estudante
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
GHQ-12	<i>General Health Questionnaire</i>
GRAPAL	Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLENUS/CEAC	Centro de Atenção à Comunidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	Plano Nacional de Educação
PROUNI	Programa Universidade para Todos
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SEBE	Serviço de Benefício ao Estudante
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire - 20</i>
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UNAFISIO	Unidade de Assistência em Fisioterapia
UNIENF	Unidade de Assistência de Enfermagem
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O CENÁRIO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL	22
3	DEPRESSÃO: O “MAL DO SÉCULO”	35
4	CONDIÇÃO DE ESTUDANTE: ENTRE O ESTAR E O SER	51
5	ABORDAGEM METODOLÓGICA	57
5.1	CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO.....	61
5.1.1	Local do Estudo.....	61
5.1.2	Participantes.....	62
5.1.3	Técnicas empregadas, procedimentos de coleta e análise dos dados	63
5.1.3.1	Etapa 1. Rastreamento dos informantes	63
5.1.3.2	Etapa 2. Realização de entrevistas	66
5.1.4	Aspectos éticos.....	67
6	RASTREIO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS: ANÁLISE QUANTITATIVA.....	69
7	TRILHAS INTERPRETATIVAS.....	74
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES.....	75
7.2	BREVES HISTÓRIAS.....	80
7.3	TRILHAS INTERPRETATIVAS	84
7.3.1	Percepção da presença de sintomas depressivos.....	84
7.3.2	Família, redes e mobilidade social.....	98
7.3.3	Itinerários acadêmicos.....	104
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	143
	APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE VIDA UNIVERSITÁRIA	143
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 1	145
	APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 2.....	147
	APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	149
	ANEXOS	150
	ANEXO 1 - SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)	150
	ANEXO 2 - SUBMISSÃO AO CEP APÓS QUALIFICAÇÃO	152

1 INTRODUÇÃO

No dia 13 de abril de 2017, a Folha de São Paulo publicou uma reportagem a respeito do número de casos de tentativa de suicídio entre alunos de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos três primeiros meses do ano, já se tinha o registro de seis casos, três deles tendo acontecido nas últimas semanas da publicação (FOLHA DE S.PAULO, 2017). O suicídio é a face reveladora de um problema “subterrâneo”, o da depressão, condição clínica que acontece no tempo que, muitas vezes, passa despercebida pelos mais próximos, sendo confundida com um estado de tristeza ou desânimo. É um dos problemas mais prevalentes do mundo moderno e está presente em todas as culturas.

Ao iniciar o meu doutoramento, o sofrimento psíquico me inquietava, porém ainda não tinha consciência dos fatores que geravam esta inquietação até que, certa feita, eu escutei uma frase que dizia: toda tese é um acerto de contas. Apoio-me nesta afirmação para justificar as razões que despertaram o meu interesse pelo estudo da depressão, as quais dizem respeito a situações vivenciadas na esfera pessoal e profissional.

Vivi na minha família a experiência da depressão de duas pessoas muito queridas, cuja falta de sentido e de esperança na vida os levou ao suicídio. Estes fatos marcaram profundamente a vida de todos nós, familiares, deixando uma dor e um vazio inexplicáveis. A doença mental é silenciosa e, ao mesmo tempo, gritante, mas não enxergamos e, muito menos, imaginamos que tal coisa poderia um dia acontecer com alguém tão próximo de nós. Foram dias difíceis de viver. O sofrimento mental é difícil de entender e de explicar, não é um sinal palpável. Como profissional da área da saúde, senti quão desconhecido é este universo e o quanto pode gerar insegurança e sofrimento para todos os que estão envolvidos no dilema.

Outra aproximação se deu no ambiente acadêmico, na condição de coordenadora de estágio do curso de Fisioterapia e, posteriormente, de coordenadora do curso. A frequente ocorrência de alunos nos últimos anos da graduação com sofrimento psíquico e em acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico me alertou para o problema neste *lócus*. No contato com as suas famílias, pude identificar os mesmos sentimentos por mim vivenciados e o desconhecimento/negação

do problema. Como a depressão, enquanto manifestação de um transtorno de saúde, é ainda desconhecida pela maior parte da população, é possível que os sintomas sejam negligenciados, o que só leva ao agravamento deste distúrbio.

Tais situações me mobilizaram para a existência do problema e me estimularam a buscar uma maior compreensão dos fatores a ele associados, e a refletir sobre possíveis estratégias de enfrentamento no âmbito do ambiente universitário. Tive a oportunidade de orientar uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) investigando a ocorrência de sintomas depressivos em estudantes do curso de Fisioterapia e os resultados apontaram uma prevalência de 14,9%, mais predominante em estudantes do sexo feminino, que cursavam o último ano, que não tinham perspectiva profissional, não praticavam atividade física, apresentavam piores níveis da qualidade de vida e não se sentiam satisfeitos quanto à escolha profissional (PEIXOTO; BRITO; CAMPOS, 2012).

A revisão da literatura apontou que a prevalência de sintomas depressivos entre estudantes universitários é mais elevada do que na população em geral. Dentre os universitários, destacam-se os da área de saúde, e deste grupo, os acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem, objetos de muitas investigações. Poucos estudos enfocam esta temática em estudantes do curso de Fisioterapia. Para ilustrar estas afirmações, apresento alguns índices: dados publicados recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 4,4% da população mundial sofre de depressão; do continente americano, o Brasil ocupa a segunda posição com uma prevalência de 5,8%, sendo superado pelos Estados Unidos (5,9%) (WHO, 2017). Um estudo de base populacional escolar conduzido em escolas municipais de municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes encontrou uma prevalência de 30% entre adolescentes com idade entre 12 a 17 anos (LOPES et al, 2016). A frequência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina foram investigados por Costa et al. (2012), Rezende et al (2008) e Tabalipa et al. (2015), e os resultados revelaram índices de depressão em 32,8%, 79% e 40,5% dos estudantes, respectivamente. Nogueira-Martins et al (2004) verificou a ocorrência deste problema entre estudantes da pós-graduação de mestrado e doutorado da Universidade de São Paulo e encontrou uma prevalência de 44%.

Estes dados chamam a atenção acerca do adoecimento no ambiente acadêmico. Se considerarmos que estudantes do curso de saúde são preparados

para exercerem o cuidado e a promoção da saúde, estaremos diante de uma incoerência, pois as evidências mostram que, na sua formação, estes vivenciam o sofrimento, e apontam como os fatores causais as condições multifatoriais relacionadas ao ambiente universitário, características da pessoa, questões socioambientais, entre outras.

Se considerarmos que os cursos de saúde se destinam à preparação dos estudantes para uma carreira profissional envolvida com o cuidado e a promoção em saúde, veremos que as evidências mostram que a sua formação é um momento gerador de sofrimento e que apontam, como potenciais estressores, condições multifatoriais relacionadas ao ambiente universitário, às características da pessoa, às questões socioambientais, entre outras.

Bauman (2007) e Kehl (2009) trazem à discussão os efeitos da contemporaneidade no modo de existir do homem. De acordo com Bauman (2007), a modernidade produziu, junto com o desenvolvimento, mudanças profundas no modo de ser e viver do indivíduo, que é constantemente desafiado a responder a exigências sem precedentes, decorrentes dos efeitos da fluidez do mundo contemporâneo. Não existe forma, modelo ou receita que garanta a construção de uma trajetória de acertos, nem tampouco de minimização dos erros ou de fracassos. Cada passo dado depende de um conjunto de oportunidades que demandam do indivíduo um conjunto de habilidades diversificadas, que são conquistadas a partir de um projeto de formação educacional, que lhes permita ascender social e profissionalmente.

Os indivíduos são induzidos a agir com maior iniciativa e autonomia e encontrar em si mesmos, os meios, a motivação e a força para se (a)firmar e interagir no mundo do trabalho e na sociedade do conhecimento e da informação. Em outras palavras, a ele cabe escrever a sua trajetória pessoal e profissional e dar sentido à sua existência. Entretanto, esse modo de viver tensionado entre a exigência e a incerteza de ser capaz de respondê-la resulta em consequências sintomáticas e, nesta perspectiva, o sofrimento mental manifesta-se na forma de depressão.

Embora os estudos descritivos e analíticos da abordagem quantitativa possam nos oferecer evidências sobre a doença no âmbito acadêmico, sob o ponto de vista epidemiológico, a complexidade social deste problema, os acontecimentos e os seus efeitos na dimensão pessoal e familiar por essa via, não é apreensível. Interessa,

portanto, lançar um olhar sobre como o problema é vivenciado e percebido por quem tem um sofrimento mental, como isto influencia o seu percurso de vida, que dificuldades eles precisam superar para atender (ou não) às expectativas diante de um cenário de oportunidades produzidas no e pelo sujeito no seu projeto de vida em ser/estar universitário, com quem contam (rede familiar/social) para ajuda-los a transpor as eventuais barreiras para prosseguir um processo de biografização¹. Entendo que existe uma lacuna do conhecimento que remete à necessidade de investigar a essência do problema sob o olhar destes atores.

Diante do exposto, este estudo tem como ponto de partida as seguintes questões:

- Quais os processos envolvidos no conhecimento, percepção e enfrentamento do adoecimento mental?
- Como as experiências de biografização são elaboradas e construídas em estudantes com sintomas depressivos?
- De que forma as experiências educativas, profissionais, pessoais e percurso de vida dos pais influenciam as suas histórias individuais?
- Que forças são acionadas no enfrentamento deste problema?

Este estudo estruturou-se em oito capítulos.

No capítulo da Introdução são apresentadas as motivações que me fizeram aproximar deste tema, um breve olhar sobre a dimensão da presença de sintomas depressivos no cenário acadêmico, aceno sobre a questão do adoecimento como resultado das exigências da contemporaneidade, apresento lacunas, justificando a necessidade de produzir dados numa perspectiva da abordagem qualitativa e finalizo com a descrição dos capítulos que compõem a tese.

O segundo capítulo aborda o cenário da Educação Superior no Brasil. Início com uma breve apresentação das teorias que discutem a educação como meio de ascensão social e profissional/reprodução da desigualdade social, a saber, a teoria do capital humano (LEMOS; DUBEUX; PINTO, 2009; MONTEIRO, 2016; SAUL, 2004),

¹ Processo no qual, mediante uma ação reflexiva e permanentemente atualizada, os indivíduos tornam-se sujeitos de sua história e de sua formação. Para Delory-Momberger, “a biografização não é somente um processo sócio-historicamente inscrito, formal e estruturalmente determinado; é um processo essencial de socialização e de construção da realidade social” (2008, p. 28-29).

teoria do capital cultural e social (BOURDIEU, 2015a, 2015b, 2015c), capital escolar (SINGLY, 2012). Em seguida, apresento como hoje está estruturado o sistema educacional brasileiro, trazendo dados sobre a educação profissional, a democratização do acesso ao ensino superior, o panorama do investimento na educação como meio de ascensão e mobilidade social.

No terceiro capítulo traço um panorama acerca dos aspectos clínicos e epidemiológicos da depressão, a nível mundial e nacional (DALGALARRONDO, 2008; DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007; WHO, 2015a, 2015b, 2016, 2017), contextualizando a ocorrência do sofrimento mental no âmbito acadêmico e os fatores associados à depressão em estudantes universitários da área da saúde a partir de uma revisão da literatura, finalizando com informações sobre a influência da rede familiar.

O quarto capítulo aborda os aspectos relacionados à condição de estudante (COULON, 2008; OLIVEIRA; DIAS, 2014; REZENDE et al., 2008), considerando o momento de transição e ingresso no ensino superior; os fatores relacionados com a adaptação à vida universitária, cujas demandas se somam à exigência que é posta sobre o indivíduo de agir e ser no mundo e que o impulsiona para um projeto de biografização, tendo como base os conceitos delineados por Delory-Momberger (2008) a respeito da construção biográfica.

O quinto capítulo trata do percurso metodológico utilizado para responder às questões do estudo. Início fazendo uma descrição do método escolhido de pesquisa qualitativa, as narrativas de vida na perspectiva apresentada por Bertaux (2010) selecionado por ter como objeto de interesse o mundo social. A técnica de produção dos dados qualitativos foi a entrevista narrativa, que permite compreender a conjuntura nas quais as experiências se desenvolvem. Para a análise, foi escolhida a técnica da análise compreensiva, que tem como base imaginação e rigor. Neste capítulo ainda são apresentados o contexto da investigação, onde são abordados: o local do estudo, os participantes, a descrição das técnicas empregadas, os procedimentos de coleta e a análise dos dados, das etapas 1 e 2 do estudo e, por fim, os aspectos éticos.

No sexto capítulo, são apresentados os resultados descritivos de prevalência em estudantes dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia e produzidos na primeira etapa do estudo e as tabelas.

Já no sétimo capítulo são abordados os resultados produzidos pela pesquisa qualitativa, sendo inicialmente apresentado o perfil da população participante desta etapa, seguido de breves histórias no intuito de situar o leitor em um contexto sócio-familiar e, por último, as trilhas, nas quais serão abordadas: a percepção da presença de sintomas depressivos; a família, redes e mobilidade social e os itinerários acadêmicos. Neste, o enfoque será dado às experiências de biografização, contemplando percurso de vida dos pais escolha do curso, ingresso na universidade; desafios da vida universitária, modos de enfrentamento e expectativas em relação ao futuro.

Por fim, no oitavo capítulo, apresento as conclusões do estudo de prevalência e as considerações acerca do estudo qualitativo. Os resultados da pesquisa estimaram que a prevalência de sintomas depressivos entre estudantes dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia é elevada; que o ingresso na universidade para jovens com um histórico de sintomas depressivos demanda dos mesmos um maior enfrentamento de situações estressoras; que a rede social tem uma função protetora em situações de estresse e depressão; que estes jovens “sobrevivem” aos estressores, à custa de um esforço ainda maior, acionando forças numa direção que possam construir sentidos à sua existência.

Compreender os fatores associados ao sofrimento mental de estudantes universitários aponta para a necessidade de uma instituição de um programa de políticas acadêmicas voltada para o aluno com sofrimento mental.

2 O CENÁRIO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

A concepção da educação e qualificação profissional como um requisito estratégico para impulsionar a ascensão social dos indivíduos e potencializar o crescimento econômico da sociedade foi fortemente enfatizada em meados do século passado, no período pós-guerra, com o surgimento da teoria do capital humano, desenvolvida por um grupo de pesquisadores economistas da Universidade de Chicago e anunciada por Theodore Schultz, em 1960. A teoria tornou-se conhecida a partir da publicação de um suplemento no *Journal of Political Economy* com artigos sobre investimento em seres humanos. Schultz publicaria, em 1963, *The Economic Value of Education* e Gary Becker, *Human Capital*, em 1964, consideradas obras de referência nos estudos sobre investimentos na formação dos trabalhadores (LEMOS; DUBEUX; PINTO, 2009; MONTEIRO, 2016; SAUL, 2004).

Conforme a teoria do capital humano, a qualificação e aperfeiçoamento mediados pelo investimento da educação, eleva a produtividade, promove a geração de riqueza, o crescimento e a ascensão social, impactando na economia como um todo. Para Schultz, “a educação fez os agentes econômicos mais produtivos, proporcionando superações às limitações produtivas” (citado por MONTEIRO, 2016, p. 44). Os conhecimentos adquiridos ao longo da vida por meio do ensino-aprendizagem e pela experiência se transformam em um repertório inerente e indissociável ao indivíduo, melhorando as suas perspectivas, não apenas no âmbito da inserção do mercado de trabalho e ganhos financeiros, como também sua condição de vida.

Segundo Monteiro, o alcance da teoria do capital humano vai além da aplicação à escolaridade e formação, “mas também em termos de migração, saúde, crescimento econômico e seus beneficiários sociais” (MONTEIRO, 2016, p.45). No campo da demografia econômica e da economia da família, as pesquisas avançaram na perspectiva de casamento, filhos, fertilidade e capital humano, entre outros. Monteiro (2016) comenta que Schultz compreendia a educação como responsável por grande parte da melhoria da qualidade de vida população, em especial a dos países pobres.

Esta teoria teve um forte impacto tanto na literatura econômica como na ação política educacional e foi rapidamente incorporada nos programas de expansão educacional nas economias capitalistas e socialistas. Deste modo, a escolaridade

passou a ser interpretada como condição fundamental na formação do capital humano e a explicar as desigualdades de desenvolvimento e rendimento entre os indivíduos (MONTEIRO, 2016).

A compreensão de que a educação seria solução para as desigualdades sociais foi duramente criticada. O investimento em melhor qualificação profissional não se mostrou garantia de empregabilidade de forma igualitária e contribuiu para privilegiar o progresso econômico e social apenas de uma parte da sociedade. Outros argumentos dizem respeito ao fato da teoria do capital humano tratar o homem como “capital” indo ao encontro de questões éticas e morais; de que a educação seria apenas uma forma de qualificação de mão-de-obra para a inserção no mercado de trabalho a favor do serviço do sistema capitalista; por não considerar a existência de outros fatores para além da educação que influenciam a renda dos indivíduos, como os recursos individuais, o nível social, entre outros (VIANA; LIMA, 2010).

Para Bourdieu, o sistema escolar, ao contrário de favorecer a mobilidade social, “é um dos fatores mais eficazes da conservação social, pois fornece a aparência da legitimidade às desigualdades sociais, e sanciona a herança cultural e o dom social como dom natural” (BOURDIEU, 2015a, p.45). O patrimônio econômico, o patrimônio social e o patrimônio cultural, em conjunto, tendem a impor aos seus detentores o reconhecimento prático do seu valor, à medida que favorecem o desenvolvimento de disposições ajustadas à posição social que os caracteriza, reproduzindo as estruturas de poder e as desigualdades sociais.

Bourdieu formulou o conceito de capital cultural ao buscar compreender as desigualdades de desempenho escolar de crianças oriundas de diferentes classes sociais, a partir da relação sucesso escolar e distribuição de capital cultural entre as diferentes classes sociais, focalizando, desta forma, a “transmissão doméstica de capital cultural” (BOURDIEU, 2015b, p.82). Esse repertório de cultura que se acumula no tempo a partir de experiências, oportunidades e investimento proporcionado pela família vai se constituir uma bagagem que irá disponibilizar aos indivíduos o acesso os dispositivos sociais.

O capital cultural se concretiza em três formas: no *estado incorporado*, no qual a acumulação do capital cultural se dá mediante um processo de inculcação e assimilação que requer tempo e disposição pessoal do indivíduo em investir em si

próprio e que se torna parte integrante da pessoa, um *habitus*; ele está vinculado, de múltiplas formas à pessoa e ao patrimônio hereditário. O *estado objetivado* é um conjunto de bens culturais que têm uma dimensão material (capital econômico) e simbólica, disponibilizado pelo capital incorporado (capital cultural); os benefícios resultantes deste capital são proporcionais à sua apropriação. A terceira forma é o *capital institucionalizado*, consolida-se na aquisição de diplomas e certificações acadêmicos e é produto da conversão do capital econômico em capital cultural (BOURDIEU, 2015b).

O capital social compreende o conjunto de recursos que o indivíduo pode mobilizar na forma de uma rede durável de relações a um grupo, com os quais compartilha interesses comuns e ligações permanentes e úteis. Tais ligações guardam relação com o espaço físico, econômico e social, se baseiam em trocas materiais e simbólicas e são retroalimentadas por mecanismos de reconhecimento de sua proximidade. O volume de capital social do indivíduo depende da extensão da sua rede de relações e do volume de capital cultural que ele detém (BOURDIEU, 2015c).

Singly afirma que, em uma sociedade cujo modo de reprodução é de dominância escolar, o valor de uma família (e do grupo social ao qual ela pertence) é definido pela quantidade de capital escolar detido pelo conjunto de seus membros. As famílias, mesmo dos meios superiores, não podem evitar que seus filhos não obtenham títulos escolares equivalentes aos detidos por seus pais. Em períodos de transição, as famílias têm de operar “estratégias de reconversão”, quer dizer, transformar um pequeno capital econômico em capital escolar (SINGLY, 2012, p.92).

Tedesco (2002) faz uma reflexão acerca do papel do conhecimento e da informação como fonte principal de poder nesta nova organização social, econômica e política que marca o tempo contemporâneo. As primeiras impressões e análises compreendiam o caráter democrático e mobilizador dessa premissa, uma vez que o conhecimento é ampliável, não se desgasta, produz novos conhecimentos; permite acúmulo, renovação e intercâmbio de uma forma mais democrática do que qualquer outro fator tradicional de poder (TOFFLER, 1990 apud TEDESCO, 2002). Além disso, o conhecimento influencia o comportamento humano, promove a consciência e favorece mudanças sociais (TEDESCO, 2002).

Entretanto, uma análise mais aprofundada alerta sobre os desafios dos efeitos democratizadores desse novo padrão de organização. Ele sustenta e analisa a hipótese de que “uma sociedade baseada no uso intensivo de conhecimentos produz simultaneamente fenômenos de mais igualdade e de mais desigualdade, de maior homogeneidade e de maior diferenciação” (TEDESCO, 2002, p 15). Ele reflete sobre as transformações no mundo do trabalho no tocante à redução de postos de trabalho, às diferenças salariais entre setores de alta produtividade e os setores de serviços, reforçando a desigualdade e exclusão social na medida em que haverá uma menor disponibilidade de garantias trabalhistas com as novas formas de relacionamento no mundo do trabalho (contratos temporários, trabalhos interinos, em tempo parcial) e o aumento do desemprego.

Tedesco retoma as reflexões de Cohen. Para este, a nova organização baseada na utilização intensiva de conhecimento substitui as relações hierárquicas de poder por uma configuração de redes de relacionamento, onde todos desempenham um papel crucial. Este novo desenho de posto de trabalho, entretanto, se configura na tensão entre o cumprimento de uma agenda de metas, prazos e resultados exigindo do trabalhador o emprego de sua capacidade máxima de trabalho – e até mesmo superior – que os obrigam a produzir cada vez mais. O indivíduo sente-se compelido a manter-se continuamente qualificado, sob pena de incorrer em fracasso. Nesse contexto, a segmentação, que na economia capitalista produzia a desigualdade entre grupos sociais, agora se dá dentro de cada grupo social (COHEN, 1997 apud TEDESCO, 2002). Este é um fenômeno gerador de sofrimento uma vez que o indivíduo toma para si a responsabilidade de não ter a devida competência para atender às demandas deste novo capitalismo.

Para Tedesco (2002), as mudanças nos modelos de organização do trabalho, nas estruturas de participação social e política estão conduzindo a outras formas de segmentação e diferenciação social. Ele alerta que

fortalecer a coesão social sobre a base da aceitação consciente da existência do outro, do diferente, converteu-se de novo no principal objetivo das instituições responsáveis pelo processo de socialização, particularmente da escola (TEDESCO, 2002, p.24).

Neste contexto, a educação é um dos bens mais fundamentais, se não o maior, que o ser humano pode adquirir ao longo de sua existência, favorecendo a sua

ascensão social, intelectual, econômica e espiritual. A educação profissional, pois, é uma forma de capital que orienta a formação e qualificação do indivíduo para o exercício de uma profissão mediante a aquisição de competências e conhecimentos que os preparem para as exigências do mercado de trabalho.

No Brasil, o sistema educacional é formalmente organizado em educação básica e superior, sendo que a educação básica divide-se em três níveis: educação infantil, oferecida para crianças até os 5 anos de idade; ensino fundamental, de 6 a 14 anos; e o ensino médio, dos 15 aos 17 anos. A educação básica dos 4 aos 17 anos tornou-se obrigatória a partir da Emenda Constitucional n. 59, de 11.11.2009, sendo oficializada pela Lei n. 12.796/13, que altera o texto original da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, instituída pela Lei n.9394/1996. A educação infantil e o ensino fundamental são de responsabilidade de oferta e gestão dos municípios enquanto o ensino médio é, prioritariamente, de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal (IBGE, 2016c).

A Educação profissional refere-se ao segmento dos cursos de formação profissional definidos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei n. 9.394, de 20.12.1996), oferecidas nas modalidades de qualificação profissional inicial e continuada (graduação e pós-graduação), graduação tecnológica e formação técnica de nível médio (IBGE, 2017).

Em 2014, a partir da Lei n. 13.005/2014, é aprovado o Plano Nacional de Educação (PNE), com vigência de 10 anos. O PNE é um instrumento de planejamento, que estabelece as diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação e aprimoramento das políticas no setor da educação com vistas a assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades (BRASIL, 2014).

Para que os objetivos da PNE sejam plenamente atingidos numa perspectiva de que o conhecimento possa ser uma fonte de dispositivos positivos para a pessoa e para a sociedade de forma democrática, é necessário, entretanto, garantir o acesso aos bens fundamentais de uma forma igualitária, como também oferecer meios para que, no caso da educação, o aluno possa desenvolver seu potencial e progredir para a conclusão dos seus estudos. Tais objetivos se constituem em grande desafio, se levarmos em consideração que vivemos em uma sociedade de desigualdades

socioeconômicas que desequilibram a favor daqueles que detêm maior disponibilidade de capital social e cultural. Para reduzir ou amenizar as desigualdades no que toca a competição por vagas na universidade e possibilitar a todos a oportunidade ao acesso ao ensino superior, foi sancionada, em 29 de agosto de 2012, a Lei nº. 12.711, conhecida como Lei de Cotas, como parte da política de ação afirmativa implementada pelo Governo Federal (BRASIL, 2012).

A Lei de Cotas estabelece que 50% das vagas das instituições federais em cada processo seletivo por turno e por curso sejam destinadas a estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas (critério social); prevê que as vagas sejam distribuídas igualmente, mediante um critério econômico, entre aqueles com renda familiar abaixo e acima de 1,5 salários mínimos; e, por fim, que sejam distribuídas por critério de autodeclaração racial em pretos, pardos e indígenas, proporcionalmente ao último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) da unidade federativa onde está instalada a instituição (BRASIL, 2012).

A democratização do acesso ao ensino superior foi estimulada por uma série de políticas públicas apresentadas nas Metas 12 a 14, que contemplam, respectivamente, a ampliação de matrícula na educação superior, a melhoria da qualidade da educação superior por meio da maior proporcionalidade de mestres e doutores entre o corpo docente e o investimento na formação mediante o aumento do número de matrículas na pós-graduação *stricto sensu*. A Meta 12 apresenta um conjunto de 21 estratégias que visam favorecer o acesso de estudantes de 18 a 24 anos no ensino superior, dentre elas, assegurar condições de acessibilidade nas instituições de educação superior com reserva de vagas nas instituições públicas para alunos com deficiência, procedentes da escola pública, baixa renda familiar, etnias específicas, entre outros; ampliar programa de financiamento estudantil reembolsável, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e não reembolsável, como o Programa Universidade para Todos (ProUni), disponível aos alunos das instituições privadas (BRASIL, 2014; IBGE, 2016c).

Dados apresentados no Resumo Técnico do Centro da Educação Superior 2014 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) revelam a tendência de investimento no ensino superior (INEP, 2016). Em 2014, o Censo apurou mais de 7,8 milhões de matrículas, um crescimento de 7,1%, se

comparado ao resultado de 2013. Mais de 3 milhões de estudantes ingressaram no ensino superior em 2014, o que corresponde a um crescimento de 13,4% em relação a 2013, e mais de um milhão de concluintes em 2.368 estabelecimentos de ensino divididos entre universidade, centros universitários, faculdades, institutos e centros federais de educação tecnológica em todo o território nacional. No caso de universidades, 56,9% são públicas. Outro dado interessante foi relativo ao aumento de vagas: em 2014 foram oferecidas mais de 8 milhões de vagas, das quais, 78,5% são de vagas novas, 71,2% disponibilizadas na rede privada nos processos seletivos do Vestibular, Enem, Avaliação Seriada e Processos Seletivos Simplificados (INEP, 2016).

Apesar dos números, parte dos jovens com idade adequada para o ingresso no ensino superior não conseguiu concluir a educação básica obrigatória. Dados do IBGE revelam que, em 2015, mais da metade da população (52,0%) com idade igual ou superior a 25 anos tinha níveis de instrução até o ensino fundamental completo, 26,4% completaram o ensino médio e apenas 13,5% conseguiram concluir o curso superior (IBGE, 2016a).

Indicadores de atraso escolar, tais como a taxa de distorção idade-série² e a taxa de frequência escolar líquida³ na população com idade entre 15 e 17 anos refletem elevados índices de repetência, razão de reprovação, abandono ou evasão. Em 2015, a taxa de distorção idade-série foi de 26,4%, atingindo mais estudantes das regiões Norte e Nordeste, que frequentavam a rede pública e com menor renda mensal domiciliar *per capita*. A taxa de frequência escolar líquida foi de 59,1%, porém ainda distante ao esperado (IBGE, 2016c).

Em 2015, cerca de 1,6 milhão de jovens na faixa etária de 15 a 17 anos (15%) não estudavam e 1,3 milhão evadiram da escola sem concluir o ensino médio. Os dados sobre o atraso escolar no ensino médio afeta diretamente a frequência no ensino superior de estudantes na idade de 18 a 24 anos e revelam uma situação de desigualdade educacional, pois penalizam mais intensamente estudantes mais vulneráveis. Em 2015, 53,2% dos estudantes de cor preta ou parda com idade entre

² Indica a proporção de estudantes de 15 a 17 anos de idade no ensino regular com idade dois anos ou mais acima da esperada para a série/ano que frequentavam, em relação ao total de estudantes dessa faixa etária.

³ Indica a proporção de pessoas que frequentam escola no nível de ensino adequado à sua faixa etária.

18 e 24 anos cursavam níveis de ensino anteriores ao ensino superior, ao passo que apenas 29,1% dos de cor branca estão nesta categoria (IBGE, 2016c).

Por outro lado, foi observada uma maior participação de alunos de baixa renda no ensino superior, em especial na rede pública (IBGE, 2016c). As instituições privadas de ensino superior também ampliaram o percentual de matrículas associadas a algum tipo de financiamento estudantil. Para os cursos de bacharelado presencial, por exemplo, 18,8% das matrículas eram associadas a algum tipo de financiamento não reembolsável, ao passo que, em 2014, esse percentual atingiu 24,8%, sendo que 33,7% dessas bolsas pertenciam ao ProUni integral ou parcial. Já em relação ao percentual de matrículas em cursos de bacharelado presencial com financiamento estudantil reembolsável, como o FIES, passou de 5,9%, em 2009, para 21,6% em 2013, sendo que 96,4% dessas bolsas pertenciam ao FIES de modo que metade (50,5%) das 3.733.135 dos matriculados no setor privado em curso de bacharelado presencial se beneficiou de algum tipo de auxílio financeiro. O maior acesso à educação básica e superior resulta na elevação da escolaridade da população brasileira (IBGE, 2016c).

O nível de escolaridade dos pais e o contexto familiar exercem influência sobre a trajetória profissional e o salário dos filhos. O IBGE publicou recentemente dados sobre a mobilidade sócio-ocupacional, produzidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2014, baseados em informações de pessoa com idade de 16 anos ou mais, moradora do domicílio, referentes ao nível de instrução dos pais ou responsáveis, condições de ocupação e característica do trabalho de ambos quando esta tinha 15 anos de idade. Ainda foram colhidas informações sobre o primeiro emprego/trabalho da pessoa entrevistada, para as que já tinham trabalhado. Foram entrevistadas 57.896 pessoas, que viviam em área urbana (85,8%) e zona rural (14,2%). Os dados refletem a mobilidade sócio-ocupacional intergeracionais e intrageracionais⁴ dos filhos em relações aos pais (IBGE, 2016b).

⁴ “A mobilidade sócio-ocupacional se caracteriza pelo movimento dos indivíduos ou famílias no interior do sistema de categorias socioprofissionais, tanto em termos intrageracionais quanto intergeracionais. A mobilidade intrageracional é resultado da mobilidade de carreira dos indivíduos, enquanto a mobilidade intergeracional é resultado da mobilidade de ocupação dos filhos em relação aos pais, refletindo a persistência ou não da estrutura ocupacional entre gerações” (IBGE, 2016b, p. 26)

Os resultados revelam que, de uma forma geral, as gerações mais novas são mais alfabetizadas do que a de pessoas com idade de 60 anos ou mais. Entretanto, quando se compara a escolaridade dos filhos em relação ao grau de instrução dos pais, os números são bem discrepantes. Se considerarmos pais sem instrução, veremos que 23,6% dos entrevistados mantiveram a mesma condição e apenas 4,0% conseguiram completar o ensino superior. Por outro lado, entre os pais com nível superior completo, apenas 0,5% dos filhos eram sem instrução e 69,1% concluíram o curso superior. Nos domicílios urbanos, 98,9% dos filhos alfabetizados tinham pais alfabetizados e nos domicílios rurais, 7,9%. Já o percentual de filhos não alfabetizados, cujos pais não eram alfabetizados foi de 7,9% e 30,0%, respectivamente, para os domicílios urbanos e rurais (IBGE, 2016b).

A presença da mãe no domicílio contribuiu para maiores índices de escolarização dos filhos em todas as faixas etárias. Os menores percentuais de filhos sem instrução estão dentre aqueles que moravam com ambos os pais ou só com a mãe. O maior percentual dos que concluíram o ensino superior foi de filhos que moravam com os pais (14,4%) ou só com a mãe (11,9%) (IBGE, 2016b). Esta pesquisa também mostrou que mais da metade dos filhos (51,4%) tiveram ascensão sócio-ocupacional em relação à mãe; 36,3% permaneceram no mesmo estrato sócio-ocupacional da mãe e 11,5% tiveram mobilidade descendente. Já em relação ao pai, 47,4% conseguiram mobilidade ascendente, 33,4% dos filhos reproduziram a ocupação do pai e 17,2% tiveram mobilidade descendente, ocupando postos de trabalho com menor rendimento e maior vulnerabilidade (IBGE, 2016b).

Os estratos que registraram maior ascensão sócio-ocupacional foram os de trabalhadores agrícolas (26,0%) e de trabalhadores da produção de bens e serviços e de reparação e manutenção (11,5%). Entre os trabalhadores cujo pai era técnico de nível médio, apenas 1,1% teve mobilidade ascendente, deslocando-se para ocupações que demandavam maior qualificação. Observa-se também que há persistência de filhos nos grupamentos ocupacionais de seus pais. É o caso dos profissionais das ciências e das artes, no qual 46,1% dos filhos trabalhavam. Para este grupamento também se deslocaram 22,7% e 22,9% dos filhos de pais trabalhadores de serviços administrativos e de técnicos de nível médio, respectivamente (IBGE, 2016b).

Os dados revelam que a escolaridade dos pais influencia o rendimento médio dos filhos, independente da sua escolaridade, sendo que a renda média aumenta proporcionalmente à escolaridade do pai ou da mãe. Tal comportamento se verifica em quase todos os níveis de instrução. Entre os que não têm instrução, a renda média vai de R\$ 717,00 para quem não tem pai instruído a R\$ 2.324,00 para quem tem pai com nível superior completo. Na população de trabalhadores com nível superior completo, a renda varia de R\$ 2.603,00, quando o pai não tem instrução a R\$ 6.739,00 quando o pai também tem nível superior; e de R\$ 3.078,00 quando a mãe não tem instrução a R\$ 5.826,00 para aqueles com mães com ensino superior completo (IBGE, 2016b).

Apesar da evidência de que a estrutura familiar e nível de escolaridade dos pais exercem influência sobre a formação e o rendimento médio do trabalho dos filhos, outros fatores estão envolvidos no que diz respeito à mobilidade intrageracional, que compreende o deslocamento entre os grupamentos de trabalho e que é, por sua vez, influenciada por fatores como crescimento econômico, oportunidades no mercado de trabalho, investimento no nível de instrução, políticas sociais e de emprego, entre outros (IBGE, 2016b).

Em relação ao total de trabalhadores, 38,6% ascenderam em relação à primeira ocupação, em especial pela progressão dos trabalhadores agrícolas e dos vendedores e prestadores dos serviços, ambos com 14,6%. Quase metade das pessoas manteve-se no mesmo grupo sócio-ocupacional (49,1%), sendo que os que menos se deslocaram foram os trabalhadores das ciências e das artes (67,0%) (IBGE, 2016b).

A ocupação do pai também influencia a idade em que a pessoa ingressa no mercado de trabalho. Segundo a pesquisa, enquanto 59,6% dos filhos de trabalhadores agrícolas começaram a trabalhar até os 13 anos de idade, o percentual cai para 7,5% entre os filhos de profissionais das ciências e das artes. A maioria dos filhos dessa categoria (30,8%) entra no mercado entre os 20 e 24 anos. Na faixa etária de 14 a 17 anos estão os filhos de trabalhadores da produção de bens e serviços e de reparação e manutenção (48,9%) e os de trabalhadores dos serviços (45,2%) (IBGE, 2016b).

A idade com que a pessoa entra no mercado de trabalho varia conforme a situação de ocupação dos pais. Filhos de pais que exerciam atividades não remuneradas (54,1%) trabalhavam por conta própria (46,6%) ou empregados sem

carteira assinada (46,6%) ingressam no mercado até os 13 anos. Este percentual cai para 15,2% entre os filhos de militares e funcionários públicos estatutários. A idade de ingresso no mercado de trabalho vai aumentando progressivamente para filhos que têm pais empregados com carteira assinada, militares e funcionários públicos estatutários (IBGE, 2016b).

A conquista de um diploma universitário constitui, para a maioria da população brasileira, a oportunidade de crescimento e mobilidade social. Se a educação é a principal mediadora de oportunidades, o trabalho é o meio pelo qual os indivíduos obtêm o acesso ao mercado de consumo e a uma série de serviços sociais mercantilizados, como a educação, saúde, transporte e habitação. A oferta de emprego formal disponibilizada pelo crescimento econômico ocorrido na última década e o conseqüente aumento da renda média familiar possibilitou o maior acesso ao consumo de bens e serviços. Entretanto, os desafios das novas configurações do mundo do trabalho, onde os meios tecnológicos estão cada vez mais sofisticados, demandam do indivíduo investimento educacional ao longo da sua vida, maior desempenho de sua capacidade produtiva e ampliação das competências sociais.

O baixo desempenho acadêmico, a incerteza e a insegurança em relação ao futuro marcam a falta de confiança do jovem no enfrentamento das dificuldades. Historicamente, a família tem sido considerada o primeiro universo de socialização do indivíduo, um lugar de encontro entre diferentes gerações (PETRINI; ALCÂNTARA, 2003). É no ambiente familiar que a pessoa vivencia experiências positivas, tais como afeto, estímulo, apoio, respeito, sentir-se pertencente e útil; e negativas como frustrações, limites, tristezas, perdas, entre outras, as quais irão contribuir para a formação de sua personalidade e o desenvolvimento da sua autoimagem.

Para Cerveny e Berthoud (2009), à família são atribuídas duas funções primordiais que são promover condições de proteção e cuidado para as novas gerações e a transmissão de valores, padrões e modelos culturais de conduta. Até meados do século passado, a estrutura familiar ocidental estava organizada em torno de um poder patriarcal e hierárquico, a chamada família nuclear ou tradicional, na qual os papéis desempenhados eram social e culturalmente demarcados no sustento da família e no cuidado da casa e dos filhos. Deste modo, o homem era o “chefe da casa”, responsável pelo trabalho remunerado e a autoridade na família. A partir da segunda metade do século XX, a família começa a passar por um processo de intensas

transformações sociais, econômicas (SINGLY, 2000), conseqüente a uma série de fatores, como o processo de urbanização e industrialização, a perda do poder aquisitivo, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento do número de separações, divórcio e recasamentos, o controle da natalidade, as transformações nos modos de vida e comportamento das pessoas, entre outros (CECCARELLI, 2007; KEHL 2003; PRATTA; SANTOS, 2007).

Este cenário de mudanças contribuiu para o surgimento de novas configurações familiares e produziu profundas transformações no tipo de vínculo de relações entre as pessoas, modificando as competências e as relações de autoridade e poder (CECCARELLI, 2007; PRATTA; SANTOS, 2007). As novas famílias passam a ser conhecidas como monoparentais ou uniparentais, homoparentais, adotivas, recompostas ou reconstituídas (CECCARELLI, 2007; PRATTA; SANTOS, 2007), denominadas por Kehl (2003) como tentaculares. Os novos arranjos familiares tendem a ser, cada vez mais, marcados pela distribuição de papéis e de obrigação entre todos os seus membros de forma mais igualitária e flexível e relações mais dialógicas e menos autoritárias (PRATTA; SANTOS, 2007). De fato, para Petrini (2005), uma característica que permanece como decisiva na variação de modelos familiares é a cooperação entre os sexos e entre as gerações.

Mudanças demográficas, instabilidade conjugal e imprevisibilidade das condições socioeconômicas resultam no desenvolvimento de adaptações nas redes de relações familiares. Na sociedade americana, até meados do século XX, o contexto social e econômico e de mercado de trabalho favorecia a independência financeira dos jovens e a saída da casa dos pais. Nos dias atuais, com as mudanças no mercado de trabalho e aumento de custos de educação, habitação, transporte, os jovens americanos enfrentam maior dificuldade na conquista da sua independência e passam a depender dos pais com o fornecimento de habitação, ajuda financeira e o cuidado com os filhos, o que é chamado de paternidade estendida (SWARTZ, 2009).

A coexistência de filhos e pais por mais tempo é atualmente uma tendência crescente e é reconhecida como uma construção social da sociedade ocidental contemporânea. O aumento da expectativa de vida possibilitou a convivência de três a até cinco gerações. Os filhos tendem a permanecer na casa dos pais até concluírem os estudos e conseguirem uma situação profissional e econômica que lhes permita sair de casa e constituir sua própria família (PETRINI, 2005). A proporção de jovens

na faixa etária de 25 a 34 anos que moram com os pais passou de 20,5% a 24,3% de 2002 a 2012 (IBGE, 2013; LEAL, CASTRO, 2013), e formam a “geração canguru⁵”. Na sua maioria são homens (60%) de famílias com maior poder aquisitivo, que trabalham, têm alta escolaridade e que optam por investirem na sua formação profissional antes de formarem uma nova família.

Em geral, famílias de classe média apoiam os filhos com recursos financeiros não só na época de crise ou de transição como também promovem sua educação durante a infância e adolescência e início de carreira. Os que contam com uma rede social mais ampla, conquistam mais facilmente sua independência. Embora a origem da classe social não determine completamente a realização da próxima geração, as chances de que os filhos alcancem a mesma posição socioeconômica dos pais são fortes (SANTOS; SANTOS, 2011; SWARTZ, 2009).

Vínculos familiares intergeracionais constituem uma importante fonte de assistência diária ou como recursos em tempos de transição, urgência econômica, emocional ou necessidades práticas (SWARTZ, 2009). A estrutura geracional fornece uma rede potencial de apoio de parentesco que troca recursos, assistência e prazer mútuo entre as gerações e é ativada mediante demandas de cuidado (MACÊDO, 2014, SWARTZ, 2009). Laços intergeracionais positivos tornam as famílias mais fortes e mais resilientes e o suporte familiar é cada vez mais importante na vida adulta, sem o qual os indivíduos tendem a enfrentar uma desvantagem. No entanto, para Rodrigues e Kublikowski (2014), os exemplos parentais de transição para a vida adulta revelam aos pais, de um lado, a reprodução de um ideal de adultez desafiado pelas trajetórias de fato empreendidas pelos filhos; de outro, o desconforto dos progenitores diante da impossibilidade de servirem como modelos seguros para seus descendentes, sinalizando um enfraquecimento na estrutura geracional no que se refere a modelos.

⁵ O termo “geração canguru” é utilizado para designar as pessoas de 25 a 34 anos de idade que ainda vivem na casa dos pais (IBGE, 2013).

3 DEPRESSÃO: O “MAL DO SÉCULO”

No início dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-se à discussão da Saúde Mental, cujo trabalho culminou na produção e lançamento em 2001 do documento Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Este relatório apresenta valiosas contribuições sobre este campo de conhecimento a partir da compreensão de que saúde física e saúde mental são elementos de vida interdependentes e indissociáveis, necessários ao bem estar geral do indivíduo, da família, da sociedade e da comunidade, como também o entendimento de que as doenças físicas e as disfunções mentais e comportamentais são resultantes da interação e influência de fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais (OMS, 2002).

Os distúrbios mentais ocorrem em todas as regiões e culturas, sendo mais prevalentes a depressão e a ansiedade. A OMS estima que cerca de 676 milhões de pessoas, quase uma a cada 10 pessoas do planeta, têm sofrimento mental (WHO, 2016). Ao iluminar esta temática, a OMS coloca em evidência aspectos a ela relacionados, tais como o estigma, o preconceito e a necessidade de se instituir políticas que visem à discriminação, a prevenção e a oferta de apoio e tratamento de acordo com as boas práticas clínicas aos enfermos e suas famílias.

A saúde mental está associada a uma série de determinantes relacionados a recursos pessoais, condições sociais, culturais, educacionais, políticas, econômicas e ambientais (BERTAUT, LEMERY, MILLOT, 2010; OMS, 2013). Situações adversas, tais como desemprego, problemas de saúde crônicos, violência e abuso doméstico, uso de substâncias, excesso de trabalho e estresse são alguns exemplos de fatores que podem desencadear um desequilíbrio no estado de bem estar mental. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis ao desencadeamento de distúrbios mentais, como crianças e adolescentes expostos ao abuso, negligência e uso de substâncias, mulheres, idosos, pessoa em privação de liberdade, pessoas expostas a conflitos ou sujeitas à discriminação por sua orientação sexual (BERTAUT, LEMERY, MILLOT, 2010).

O contexto social, fatores psicológicos e biológicos podem influenciar o estado mental dos indivíduos. Dificuldades socioeconômicas persistentes, as condições de

vida e de trabalho desfavoráveis, discriminação e exclusão social, problemas de saúde, risco de violência e violação dos direitos humanos são condições associadas ao surgimento de sofrimento mental. Certos perfis psicológicos e traços de personalidade podem predispor a distúrbios mentais, além das causas biológicas, incluindo fatores genéticos e desequilíbrios químicos cerebrais (DEBARRE, 2015).

Entretanto, é preciso considerar os efeitos que a modernidade produziu no modo de existir do homem, cada vez mais convocado a operar com mais assertividade para responder a exigências sem precedentes de uma sociedade que valoriza a competitividade e a conquista (BAUMAN, 2007; KEHL, 2009). O estado de tensão ao qual o indivíduo é obrigado a viver, o ritmo de vida, a alienação, a solidão endêmica, o fracasso de crenças no que antes parecia dar significado e direção à vida ressoa em consequências sintomáticas e, nesta perspectiva, o sofrimento mental manifesta-se na forma de depressão.

Para Kehl (2009), a depressão ocupa o lugar de sinalizador do “mal-estar da civilização”, que da Idade Média até o início da modernidade era ocupado pela melancolia. Ela afirma que

a depressão é a expressão de mal-estar que *faz água* e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia, da *prêt-à-porter*, da saúde, do exibicionismo e [...] do consumo generalizado. A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI (KEHL, 2009, P. 22).

O indivíduo deprimido está em descompasso com a experiência do tempo na contemporaneidade. Ele não consegue entrar em sintonia com a aceleração imposta pela vida cotidiana e, além disso, sua solidão se agrava em função do desprestígio social de sua tristeza, que não é bem vista no mundo atual e corre o risco de ser discriminado (KEHL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde e a União Europeia compreendem a saúde mental em três dimensões: a saúde mental positiva, relacionada a uma condição de vida bem sucedida de desenvolvimento pessoal e traços de personalidade otimista, de elevada autoestima, habilidade de enfrentamento e capacidade de lidar com situações difíceis; os transtornos mentais ou distúrbios psiquiátricos, que correspondem às psicoses, neuroses e distúrbios de personalidade; e o sofrimento

psíquico ou mental, que reflete uma condição de mal-estar, não necessariamente indicativa de doença e que se caracteriza por ansiedade e sintomas depressivos ligados a situações estressantes muito intensas, que trazem incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das pessoas e dificuldades existenciais. Tais condições são também denominadas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (DEBARRE, 2015).

Os distúrbios mentais estão descritos no Capítulo V (Transtornos Mentais e Comportamentais) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10), a qual fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (OMS, 1996). Os transtornos mentais são identificados com códigos e distribuídos em grupos, de acordo com especificidades.

O estado do humor pode apresentar-se como normal, elevado ou deprimido. Em circunstâncias normais, os indivíduos podem experimentar diferentes estados de humor consequentes a situações vivenciadas, sem, contudo, perder o controle de suas emoções. Indivíduos com transtorno do humor não conseguem manter este controle e passam a experimentar um estado de grande sofrimento (SADOCK; SADOCK, 2007). O transtorno do humor pode se manifestar como episódio único ou ter repetições, surgir de forma súbita e desaparecer espontaneamente ou evoluir de forma crônica, com sintomas de intensidade variáveis, inclusive cursando com incapacidade (MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

O transtorno de humor subdivide-se em transtorno depressivo e transtorno afetivo bipolar (MORENO; DIAS; MORENO, 2007). Sadock e Sadock (2007) adotam a nomenclatura de transtorno depressivo maior (ou depressão unipolar) e subdivide o transtorno bipolar em transtorno bipolar I e II, conforme a classificação *do Manual diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-IV-TM), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria. No transtorno depressivo maior, não há ocorrência de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. A mania, característico do transtorno bipolar I, é o estado de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com manifestações psicóticas e pode ocorrer alternância com episódios depressivos. É uma condição grave que, muitas vezes, tem necessidade de hospitalização. Já a hipomania é um estado semelhante ao episódio maníaco, porém,

menos grave e sem manifestações psicóticas de modo que não há prejuízo do desempenho social e ocupacional. Esta condição é conhecida como transtorno bipolar II (SADOCK; SADOCK, 2007). Tanto a depressão quanto a mania são resultantes da combinação de fatores psicológicos, ambientais, genéticos e biológicos (MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

O distúrbio de interesse dessa pesquisa, transtorno depressivo, encontra-se classificado como transtorno do humor, que se caracteriza por alterações patológicas do humor, cognitivas e psicomotoras. A combinação de diversos sinais e sintomas leva ainda à divisão em subtipos depressivos, tais como a *depressão endógena* ou *melancólica*, que tem gênese biológica; *depressão atípica*, na qual o indivíduo apresenta inversão dos sintomas vegetativos da depressão, como hipersonia e aumento do apetite e do peso; *depressão sazonal*, com episódios depressivos recorrentes no outono e inverno; *depressão psicótica*, depressão grave, com presença de delírios e/ou alucinações; *depressão bipolar*, no qual ocorre instabilidade de humor com alternância de episódios depressivos e de mania; e a *distímia*, que se caracteriza por um quadro depressivo leve, intermitente, com duração de, pelo menos, dois anos (DALGALARRONDO, 2008; DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007)

A palavra depressão tem sido empregada para indicar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou mais doenças. A tristeza advinda de um luto, de uma perda, de uma derrota é um sentimento absolutamente normal, uma resposta psíquica adaptativa a uma condição adversa. Enquanto sintoma, a depressão pode ser decorrente de condições clínicas e mentais em resposta a situações estressantes, psicossociais ou econômicas adversas (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007). Como síndrome, a depressão pode ocorrer secundariamente a outras doenças, por uso de medicamentos e substância de abuso, tais como álcool e drogas (MORENO; DIAS; MORENO, 2007) e inclui não apenas alterações de humor, mas também disfunções cognitivas, psicomotoras e vegetativas (DEL PORTO, 1999). Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros (DEL PORTO, 1999).

O quadro clínico da depressão abrange sintomas de natureza psíquica, comportamental e fisiológica. O sentimento de tristeza ou vazio e a perda de interesse

ou de prazer são sinais patognomônicos dos estados depressivos. O humor depressivo vem acompanhado de uma sensação de autodesvalorização, baixa autoestima e visão pessimista de si mesmo em relação ao seu passado, presente e futuro. Seus pensamentos e sentimentos são distorcidos para a negatividade, com sensação de culpa e inutilidade, diminuição do prazer e do ânimo para a realização de atividades cotidianas e para o lazer. Apresenta lentidão dos processos psíquicos e dificuldade de concentração e memorização, com comprometimento da capacidade de organização, planejamento para o futuro e tomada de decisão. Relata fadiga persistente ou sensação de perda de energia. Tem dificuldade de iniciar tarefas e até de levantar da cama, com tendência ao isolamento. Falta-lhe força de vontade e iniciativa e são frequentes as ideias de suicídio, motivadas por distorções cognitivas na percepção da realidade e das dificuldades a serem superadas como também pelo desejo de por fim a um estado emocional extremamente penoso (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os sintomas relacionados ao comportamento mais comuns são retraimento social, labilidade emocional, comportamento suicida, retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora. O deprimido frequentemente apresenta uma expressão facial de tristeza e melancolia e os ombros curvados. A sensação de peso nos ombros é um relato comum, assim como dores crônicas generalizadas, que muitas vezes mascaram o quadro de depressão. Outro sintoma que pode estar associado é ansiedade, destacada por Moreno, Dias e Moreno (2007), Sadock e Sadock (2007) e Del Porto (1999). Segundo Sadock e Sadock (2008), cerca de dois terços dos indivíduos com depressão têm ideário suicida e destes, de 10 a 15% o cometem e que, os sobreviventes à tentativa têm maior risco de serem bem sucedidos em tentativas posteriores.

Os sintomas fisiológicos são aqueles relacionados à alteração do sono, sendo mais frequente a insônia, embora também possam ocorrer queixas de hipersonia; alterações do apetite e redução do interesse sexual (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Dalgalarro (2008) descreve os sintomas supracitados, apresentando-os em agrupamentos segundo a área psicopatológica envolvida, tais como sintomas afetivos, alteração da esfera instintiva e neurovegetativa, alterações ideativas, alterações

cognitivas, alterações da autoavaliação, alteração da volição e da psicomotricidade e sintomas psicóticos.

A redução de energia física e mental pode ocorrer em graus de intensidade variáveis, caracterizando os níveis de depressão em leves, moderadas ou graves. Para fins de diagnóstico de depressão, os sistemas classificatórios em psiquiatria consideram a presença e associação entre sintomas fundamentais e acessórios. São considerados sintomas fundamentais o humor depressivo; a falta de interesse e motivação e a fadigabilidade; e sintomas acessórios a redução da capacidade de concentração e atenção, a baixa autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, visão pessimista de si mesmo e do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicida, perturbação do sono e apetite diminuído. A CID-10 classifica como episódio depressivo leve aqueles casos em que estiverem presentes dois sintomas fundamentais e dois acessórios; moderado, se dois fundamentais e três ou quatro sintomas acessórios, e grave, quando identificados três sintomas fundamentais e acima de quatro acessórios (FLECK et al., 2003; FLECK et al., 2009) (Quadro 1).

Quadro 1 - Critério diagnóstico de episódio depressivo, segundo a CID 10

Sintomas Fundamentais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depressivo 2. Perda de interesse 3. Fadigabilidade
Sintomas Acessórios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Concentração e atenção reduzidas 2. Autoestima e autoconfiança reduzidas 3. Ideias de culpa e inutilidade 4. Visões desoladas e pessimistas do futuro 5. Sono perturbado 6. Apetite diminuído
Classificação: Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios Episódio moderado: 3 sintomas fundamentais + > 4 acessórios

Fonte: FLECK et al, 2009

Os sistemas classificatórios buscam facilitar a gravidade do problema, mas o diagnóstico da depressão é tão complexo quanto a doença. Para Solomon (2014), a depressão existe no tempo, comparada aos efeitos de uma ferrugem. “A depressão leve é algo gradual e permanente, que mina as pessoas como a ferrugem enfraquece

o ferro. É pesar demais para uma causa pequena demais, dor que se apodera das emoções e as sufoca” (SOLOMON, 2014, p. 16).

Sobre a depressão severa, afirma que

“é matéria dos colapsos nervosos. Se imaginarmos uma alma de ferro que se desgasta de dor e enferruja com a depressão leve, então a depressão severa é o colapso assustador de uma estrutura inteira. [...] Leva tempo para um edifício com estrutura oxidada desmoronar, mas a ferrugem está incessantemente transformando o sólido em pó, afinando-o, eviscerando-o. O colapso, por mais abrupto que possa parecer, é a consequência cumulativa da decadência” (SOLOMON, 2014, p.17).

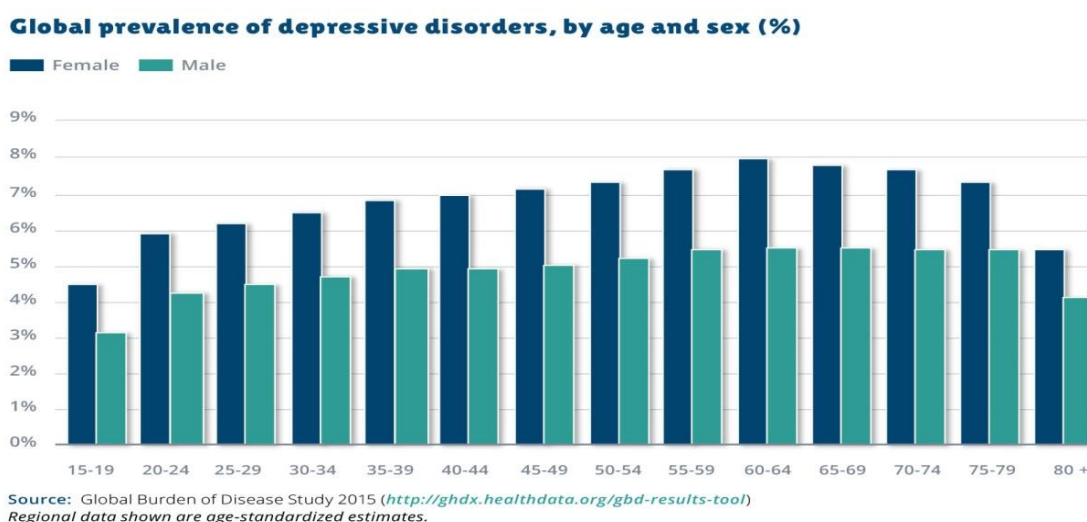
A depressão é uma condição que acontece no tempo, muitas vezes despercebida até mesmo pelas pessoas que estão mais próximas, e que afeta o indivíduo, a família e a sociedade. É um dos problemas mais prevalentes do mundo moderno e atinge indivíduos sem distinção de sexo, idade ou nível social. Além disso, o risco aumenta em situações de vulnerabilidade, tais como pobreza, desemprego, eventos de vida como a morte de um ente querido ou uma ruptura de relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas.

No mundo, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão e, mais de 200 milhões de transtornos de ansiedade, condições que muitas vezes ocorrem simultaneamente e trazem sérias consequências em termos de perda da saúde e incapacidade. A depressão tem aumentado, em especial nos países menos desenvolvidos. Ela é classificada pela OMS como a maior contribuinte para a deficiência global (7,5% de todos os anos vividos com deficiência) e os transtornos de ansiedade ocupam o 6º lugar (3,4%). A depressão é o transtorno mental mais frequentemente associado a mortes por suicídio, que chegam a cerca de 800 000 por ano (WHO, 2017). Os resultados de pesquisas mais recentes motivaram a escolha da depressão como tema para a campanha do Dia Mundial da Saúde de 2017, lançada pela Organização Mundial da Saúde. Com o lema “Vamos conversar”, a campanha tem como objetivo refletir sobre o problema, levando mais informação sobre a doença e suas formas de tratamento como também reduzir o estigma a ele associado.

De acordo com os dados publicados pela OMS referente a 2015, 322 milhões de pessoas sofrem de depressão, correspondendo a 4,4% na população mundial, quase metade concentrada na região do sudeste asiático e do pacífico ocidental. Essa estimativa corresponde um aumento de 18% entre 2005 e 2015, que também se

reflete nos grupos etários, conforme apresentado no gráfico abaixo, no qual se observa uma curva ascendente até os 64 anos, quando começa a ter uma pequena redução (WHO, 2017).

Gráfico 1 - Prevalência Global de desordens depressivas, por idade e sexo



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2017

A depressão é mais prevalente em mulheres (5,1%) em qualquer faixa etária, mas seus índices são mais elevados na faixa etária entre 55 a 74 anos (7,5%). Atinge também crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas em um nível mais baixo do que os demais grupos etários (WHO, 2017).

Nas Américas, cerca de 50 milhões de pessoas (5% da população) têm depressão. O Brasil ocupa o segundo lugar com uma prevalência de 5,8% (cerca de 11,5 milhões de brasileiros), sendo superado apenas pelos Estados Unidos (5,9%). Da América Latina, é o país com maior prevalência de depressão (WHO, 2017).

No Brasil, a prevalência da sintomatologia depressiva tem oscilado de 1,7% em adolescentes de 10 a 14 anos, a 7,7%, em indivíduos com idade de 50 a 64 anos, segundo dados divulgados pela *Global Health Data Exchange* (GHDx) do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), referentes a 2015. Dos brasileiros, 4,9% dos adolescentes com idade entre 15 a 19 anos sofrem de distúrbios depressivos, dos quais, 6,7% são mulheres. Se considerarmos a idade de 20 a 24 anos, esse percentual alcança 7,1%, o que representa um aumento de 3,2%. Destes, 8,7% são do sexo feminino (IHME, 2015).

A OMS também publicou dados sobre os transtornos de ansiedade que, assim como a depressão, acomete um número expressivo de indivíduos. Segundo o relatório, 264 milhões de pessoas (3,6% da população global) têm transtorno de ansiedade, um aumento de 14,9% se comparado com os dados de 2005, sendo mais comum em mulheres (4,6%), em especial na Região das Américas (7,7%) (WHO, 2017).

A depressão está associada a outras doenças e transtornos não transmissíveis e, nos casos mais graves, ao suicídio. Em 2012, foram registradas mais de 800 000 mortes por suicídio em todo o mundo, dos quais 86% de pessoas com menos de 70 anos. Entre jovens adultos de 15-29 anos, o suicídio representou 8,5% de todas as mortes, sendo a segunda causa de morte neste grupo após acidentes de trânsito (WHO, 2016).

Já em 2015, os dados revelam uma pequena redução. Foram registradas 788 000 mortes por suicídio, no entanto, este número seria mais expressivo caso fossem computados as tentativas não concluídas (WHO, 2017). Segundo dados publicados no Repositório do *Global Health Observatory*, a taxa de suicídio é de 10,67/100 000hab e na região das Américas de 9,09/100 000hab para ambos os sexos (WHO, 2015a). Em relação ao Brasil, a estimativa é de 6.0/100 000hab para ambos os sexos; 9.6/100 000hab para o sexo masculino e 2.7/100 000hab para o sexo feminino (WHO, 2015b).

Segundo a OMS, a morte por suicídio foi responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, dos quais 78% dos casos ocorreram em países de baixa e média renda. O suicídio está entre as 20 principais causas de morte em 2015 e permanece como a segunda principal causa de morte de jovens entre 15-29 anos de idade (WHO, 2017). Estes dados remetem à urgente necessidade de investimentos de saúde para esta população. A falta de apoio e acesso aos serviços e o medo do estigma muitas vezes dificultam a busca ao tratamento adequado. Em adolescentes, dentre os fatores precipitantes de suicídio, estão situações conflitantes com os pais, amigos, a violência doméstica e o fracasso escolar (DEBARRE, 2015).

Os distúrbios mentais estão vinculados a uma série de determinantes causais e desencadeados por situações adversas e inesperadas. Em adolescentes, sintomas depressivos têm sido associados à baixa condição socioeconômica, histórico de fracasso acadêmico, ausência de prática religiosa e a comportamento de risco à

saúde, como por exemplo, uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, condições que, se não tratados, podem causar prejuízos em longo prazo.

Souza et al. (2008) investigaram os fatores associados à ocorrência de sintomas depressivos por meio de um estudo transversal de base populacional em uma amostra representativa de adolescentes com idade entre 11 e 15 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, moradores de 79 setores censitários do município, sorteados aleatoriamente. Os resultados revelaram uma associação positiva entre baixo desempenho acadêmico, uso de bebidas alcólicas e transtorno de conduta e sintomas depressivos, sendo que a proporção de jovens que apresentaram elevada sintomatologia depressiva foi 12 vezes maior naqueles adolescentes com transtorno de conduta.

Guzmán-Facundo et al. (2011) realizaram uma investigação sobre risco de depressão e consumo de substâncias psicoativas em universitários mexicanos e constataram que os universitários que consumiram fumo ou maconha apresentaram risco de depressão mais alto comparado com os não consumidores. A associação entre álcool e depressão também foi encontrada nos estudos desenvolvidos por Dagalarrondo et al. (2008) em uma amostra de 515 adultos aleatoriamente selecionados em uma comunidade.

No Brasil, quase um terço dos adolescentes de municípios de mais de 100 mil habitantes apresentam TMC. Este foi o resultado de um estudo de base populacional escolar com adolescentes de 12 a 17 anos matriculados em escolas de municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes empreendido por Lopes et al. (2016). A pesquisa foi conduzida entre 2013 e 2014 com a participação de 74.589 adolescentes de 1.247 escolas em 124 municípios. A presença de transtornos mentais comuns foi averiguada mediante a aplicação do *General Health Questionnaire*, versão de 12 itens (GHQ-12). Os resultados revelaram uma prevalência de 30%, com predominância em meninas (38,4%), numa faixa etária de 15 a 17 anos (33,6%), independentemente da natureza da escola, se pública ou privada.

A depressão e o transtorno da ansiedade na infância e adolescência têm sido apontados como preditores de depressão em situações da vida adulta. Dalrymple e Zimmerman (2011) investigaram a associação entre transtorno de ansiedade social e risco de depressão em 412 pacientes psiquiátricos ambulatoriais atendidos no Departamento de Psiquiatria do *Rhode Island Hospital* diagnosticados com transtorno

depressivo maior e transtorno de ansiedade social. Eles examinaram a associação entre três grupos de início do transtorno de ansiedade na infância, adolescência e idade adulta e suas características e identificaram que os pacientes cujos sintomas apareceram na infância e na adolescência foram os mais propensos a desenvolver transtorno depressivo antes dos 18 anos e em fazer, pelo menos, uma tentativa de suicídio. O início dos sintomas na infância também foi associado ao desenvolvimento de depressão crônica e pior funcionamento social. Os achados sugerem que pacientes com histórico de transtornos de ansiedade na infância ou adolescência correm maior risco de desenvolver uma forma mais grave e crônica de doença depressiva na idade adulta e com um início em uma faixa etária menor. Os autores alertam sobre a necessidade de se detectar a condição e iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

É vasta a publicação de artigos que têm como objeto de investigação a ocorrência de transtornos depressivos e de ansiedade em universitários, cujos resultados sugerem que o ambiente acadêmico é potencialmente rico em experiências geradoras de estresse. Embora as taxas de prevalência variem, os estudos mostram que tais problemas são mais comuns entre os cursos de saúde.

Esta não é uma condição vivenciada apenas na graduação. Nogueira-Martins et al. (2004) analisaram dados sobre o atendimento prestados a alunos de pós-graduação em um centro de saúde mental da Universidade de São Paulo de setembro de 1996 a setembro de 2003. Foram entrevistados 147 alunos, 99 do programa de mestrado e 47 de doutorado, dos quais, 44% foram diagnosticados com depressão e transtornos de ansiedade em uma população predominantemente formada por mulheres (68,5%), biomédicos (34,5%), biólogos (21,4%) e farmacêuticos (14,3%). Além disso, houve uma alta concentração de atendimento a alunos durante o primeiro ano dos programas, dos quais 56% do mestrado.

Os estudos com estudantes de graduação revelam que tais condições são potencialmente relacionadas a muitos fatores, dentre os quais se destacam as dificuldades financeiras, ausência ou insuficiência de uma rede de apoio, dificuldades nas relações interpessoais (FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006), inserção no mercado de trabalho, estresse emocional crônico (CERCHIARI, CAETANO, FACCENDA, 2005; FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003; SOUZA et al., 2012), preocupações com o futuro (COSTA et al., 2014; FURTADO;

FALCONE; CLARK, 2003; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; SREERAMAREDDY et al., 2007; SOUZA et al., 2012), a falta de tempo para o lazer (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; SREERAMAREDDY et al., 2007), não praticar atividade física (ALMEIDA et al., 2007) e cobranças externas (TABALIPA et al., 2015; SREERAMAREDDY et al., 2007).

Além das supracitadas, estão relacionadas às condições no âmbito acadêmico a competitividade (AMARAL et al., 2008; COSTA et al., 2014; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008), exigências acadêmicas excessivas (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; NORONHA JÚNIOR et al., 2015; REZENDE et al., 2008; SOUZA et al., 2012; SREERAMAREDDY et al., 2007), baixo desempenho acadêmico (CERCHIARI, CAETANO, FACCENDA, 2005; FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006), pensamento de abandono do curso (COSTA et al., 2012; FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006), insatisfação quanto à escolha do curso (COSTA et al., 2014; FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; TABALIPA et al., 2015), experiências emocionalmente tensas que envolvem o contato com o sofrimento, com a dor e o atendimento a pacientes graves (ALMEIDA et al., 2007; AMARAL et al., 2008; COSTA et al., 2014; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; SOUZA et al., 2012), formação de grupos (COSTA et al., 2014; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006); medo do fracasso e provas orais (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003).

A ocorrência de transtornos depressivos é elevada entre estudantes da área de saúde (ALMEIDA et al., 2007; AMARAL et al., 2008; CAVESTRO; ROCHA, 2006; CERCHIARI, CAETANO, FACCENDA, 2005; COSTA et al., 2014; DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006; FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010; HOPE, HENDERSON, 2014; PEIXOTO, BRITO, CAMPOS, 2012; REZENDE et al., 2008; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014). Os estudos abordam especialmente os cursos de Medicina e Enfermagem, tendo poucas publicações relacionadas a estudantes de Fisioterapia. Estudantes de Medicina têm alta prevalência de depressão e ansiedade, com níveis de sofrimento consistentemente mais elevados do que na população em geral e de colegas com anos de formação, sendo maior entre os estudantes do sexo

feminino (AMARAL et al., 2008; DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006; HOPE; HENDERSON, 2014; NORONHA JÚNIOR et al., 2015; REZENDE et al., 2008).

Tabalipa et al. (2015) investigaram a prevalência de ansiedade e depressão entre acadêmicos de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior de Santa Catarina. Participaram 262 estudantes, sendo 147 mulheres (56,1%) e 115 homens (43,9%), com idade média de 23 anos. A prevalência de ansiedade e de depressão foi de, respectivamente 35,5% e 32,8%. Mulheres apresentaram prevalência 14% maior de ansiedade e 16% maior de depressão. Estudantes com pais não médicos apresentaram maior prevalência de ansiedade (23%), enquanto aqueles cujos pais são médicos têm maior prevalência de depressão (29%). A cobrança dos pais está associada à ansiedade em 22% e a depressão em 19% dos estudantes. A depressão está associada a preocupações com o futuro em 15% dos casos.

Rezende et al. (2008) investigou a prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, utilizando o Inventário de Beck. Foram avaliados 400 acadêmicos, correspondendo a 80,97% do universo de alunos matriculados. A prevalência de sintomas depressivos foi encontrada em 79% dos investigados, sendo 31% dos casos classificados como moderados, 29% com grau leve e 19,25%, grave. Neste estudo, a maior ocorrência foi associada ao sexo feminino, alunos que não praticavam atividades de lazer, que realizavam tratamento psiquiátrico, com menor grau de satisfação com o curso e que cursavam os períodos mais adiantados.

A prevalência de sintomas depressivos entre estudantes internos de Medicina da Universidade Federal de Sergipe foi elevada em um estudo realizado por Costa et al. (2012). Dos 84 internos, 40,5% foram identificados com sintomas depressivos por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck, na sua maioria em graus leves a moderados (34,5%). Os autores concluem que o desempenho acadêmico regular, pensamento de abandono de curso e tensão emocional foram os fatores associadas ao aparecimento de sintomas depressivos e apontam para a necessidade de medidas preventivas imediatas referentes à formação médica e à assistência ao estudante.

Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2006) realizaram uma revisão sistemática da literatura publicada nas bases de dados Medline e Pubmed entre 1980 a 2005 de artigos que abordassem depressão, ansiedade e Síndrome de Burnout. Os resultados

dos 40 artigos analisados revelaram uma alta prevalência de depressão e ansiedade entre os estudantes de Medicina, com níveis de sofrimento psíquico significativamente mais elevado do que na população em geral, sendo o sexo feminino o mais afetado. Os estudos apontaram para a influência negativa sobre o desenvolvimento profissional, desempenho acadêmico e a conduta acadêmica. Além disso, também sugerem que tais condições podem afetar negativamente a qualidade do atendimento e comprometer a segurança do paciente. Ao nível pessoal, o sofrimento mental pode contribuir para o abuso de substâncias, perdas de relacionamentos, declínio na saúde física e do autocuidado e até para o suicídio.

Cavestro e Rocha (2006) compararam índices de depressão e risco de suicídio entre estudantes de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. As taxas de prevalência de depressão foram respectivamente de 28,2%, 8,9% e 6,7% para os estudantes de Terapia Ocupacional, Medicina e Fisioterapia. Não se observaram diferenças significativas entre as taxas de prevalência dos transtornos depressivos nos três períodos dos cursos (início, meio e fim) neste estudo. A taxa de risco de suicídio entre os alunos foi de 25,6% para Terapia Ocupacional, extremamente mais elevada quando comparada com os alunos de Fisioterapia (7,8%) e Medicina (7,5%). Tendência a pensamentos suicidas em estudantes de Medicina durante a sua formação também foram constatados em dois artigos analisados por Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2006).

A frequência dos sintomas em relação ao período cursado foi objeto de investigação de alguns pesquisadores. Yusoff et al. (2013) verificaram que o nível de estresse e depressão em alunos do primeiro ano de formação médica foi significativamente maior do que antes do ingresso na universidade. Silva, Cerqueira e Lima (2014) investigaram a prevalência de sofrimento psíquico e sua associação com apoio social entre estudantes de do 1º ao 6º ano do curso de Medicina e constataram a associação positiva entre a existência de apoio social insuficiente e a ocorrência dos sintomas.

Amaral et al. (2008) verificaram que há uma maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina do segundo para o terceiro e o quarto ano do curso e identificam como fatores associados: o ingresso dos estudantes em atividades de campo em hospitais, onde eles entram em contato mais diretamente com situações graves e com a morte; à maior exigência das disciplinas teórico-práticas, que os obriga

a maior número de horas de estudo; ao cansaço, à necessidade de envolvimento em atividades médicas extracurriculares e à maior competitividade por melhores colocações em serviços ou atividades acadêmicas. Estes autores também verificaram que houve um discreto recrudescimento destes sintomas no sexto ano, período em que estão concluindo o curso e se preparam para o internato e para a escolha e seleção da residência médica.

Souza et al. (2012) investigaram a qualidade de vida relacionada à saúde de estudantes de Enfermagem e a sua relação com o ano de estudo, as variáveis sociodemográficas e a intensidade de sintomas depressivos e verificaram que a percepção negativa de bem-estar era maior nos estudantes do último ano do curso quando comparados aos demais períodos, do sexo feminino e com sintomas depressivos, em especial nos domínios capacidade funcional, vitalidade e aspectos sociais. Os autores referem que este fato se deva ao aumento das atribuições acadêmicas com o Trabalho de Conclusão do Curso, às expectativas quanto à formatura, o sentimento de incapacidade, a insegurança quanto ao futuro e o enfrentamento do mercado de trabalho.

Costa et al. (2014) publicaram um artigo sobre os fatores associados a TMC em estudantes de Medicina, Odontologia e Enfermagem considerando os três últimos semestres do curso utilizando como instrumento de rastreamento o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Eles encontraram uma prevalência de 33,7% com forte associação para o sexo feminino, falta de expectativas quanto ao futuro e insatisfação com o curso.

Os resultados da revisão da literatura supracitada revelam que o percurso do jovem universitário da área da saúde é marcado por muitos desafios que se somam às circunstâncias que permeiam a passagem para a vida adulta, a transição da dependência para a autonomia e para o mundo do trabalho. É uma fase no qual se confrontam com um conjunto de dificuldades e com novas responsabilidades que podem estar na origem do sofrimento mental. Além disso, fica evidente que aqueles que, no futuro, serão provedores de cuidados de saúde para a população precisam de atenção. Os autores são unânimes em afirmar sobre a necessidade da instituição de medidas protetivas e preventivas deste problema.

A existência de um suporte familiar e a aquisição de uma rede social que favoreça a formação de vínculos; a qualidade de uma vida social ativa, com participação em atividades esportivas e religiosas; a capacidade de lidar com situações adversas, com iniciativa de procurar ajuda perante as dificuldades, ter abertura à outras experiências e se comunicar, são considerados fatores protetores contra depressão e o risco de suicídio. A família exerce um papel fundamental no enfrentamento deste problema. É no ambiente familiar que a espécie humana encontra alguns dos elementos favoráveis à sua existência, os quais são providos pelas funções de proteção, promoção, acolhimento, integração, pertencimento (PETRINI; ALCÂNTARA, 2003).

A qualidade das relações familiares é considerada um fator protetor no risco de desenvolvimento de sintomas depressivos. Agressão, comportamento antissocial, ansiedade, depressão e baixa autoestima são mais presentes em relações conflituosas (GAVIRIA; RODRIGUEZ; ALVAREZ, 2002; LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011; REZENDE et al., 2008; THEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010). Relações familiares saudáveis e afetivas que promovam suporte social, autonomia, acolhimento, que valorizem a ação do indivíduo e o ajudem a adaptar-se são considerados como variáveis protetoras e tendem a amenizar situações estressantes, como as experimentadas por estudantes universitários (CUPERTINO et al., 2006; LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

4 CONDIÇÃO DE ESTUDANTE: ENTRE O ESTAR E O SER

O ingresso na vida universitária geralmente coincide com uma fase de transição da adolescência para a vida adulta. É um momento de rupturas, gerador de estresse e ansiedade, que afeta os indivíduos de diferentes maneiras e pode conduzir, em graus variados, a efeitos negativos na saúde emocional, física e nos relacionamentos dos estudantes. Se por um lado, o futuro lhes acena com inúmeras possibilidades, por outro, apresenta desafios para os quais nem todos estão preparados, tais como relacionar-se com desconhecidos, ajustar-se a novas regras e exigências acadêmicas diferentes das que estavam acostumados, ser responsável pelo aprendizado e tomar suas próprias decisões. O adolescente, ao experimentar intensas mudanças emocionais, começa a adquirir de forma gradual a sua autonomia (COULON, 2008; OLIVEIRA; DIAS, 2014; REZENDE et al., 2008).

Para Coulon (2008, p.31), a primeira tarefa do universitário é “aprender o ofício de estudante”. Ser “estudante profissional” significa não apenas adotar uma atitude autônoma na sua relação com a aprendizagem, mas aprender a manejar as ferramentas e regras do ambiente universitário, assimilar as rotinas e tornar-se socialmente competente, transpor o tempo do estranhamento e integrar-se como membro desta cultura universitária (COULON, 2008). Para este autor, o processo de afiliação à vida universitária se dá em três tempos: o tempo de estranhamento, marcado por rupturas, no qual o estudante se depara com um mundo desconhecido; segue-se o tempo de aprendizagem, fase de inseguranças e incertezas, na qual se opera adaptações e acomodações necessárias para prosseguir para o tempo de afiliação, no qual o estudante já familiarizado as regras e normas institucionais, adquire o status de membro. O fracasso e o abandono escolar são em grande parte decorrente da não adaptação a este mundo novo, que espera do mesmo uma atitude autônoma na aprendizagem, administração do tempo e definição de metas e estratégias para os estudos (TEIXEIRA et al., 2008).

A adaptação dos acadêmicos ao curso e à universidade depende de muitos fatores, alguns relacionados a questões pessoais e familiares, outros ao contexto acadêmico. Indivíduos emocionalmente estáveis, extrovertidos, com autoestima elevada têm mais confiança em manejar estressores, em solicitar maior apoio social

de professores e colegas nas dificuldades e fazem uso de estratégias mais eficazes para lidar com as demandas acadêmicas e sociais do contexto universitário. Jovens que contam com apoio emocional e instrumental da família, que são preparados para ter mais autonomia, sentem-se mais seguros para morar longe dos pais. A rede de relacionamento que se estabelece com os colegas, cujos vínculos permitem o compartilhamento de experiências e interesses, com os professores e os instrumentos institucionais, como os diretórios acadêmicos, são também fontes de apoio que favorecem a integração do aluno ao contexto universitário (COULON, 2008; IGUE, BARIANI, MILANESI, 2008; OLIVEIRA, DIAS, 2014; TEIXEIRA et al., 2008).

O ambiente universitário é uma experiência potencialmente estressora, embora não linear (MARTÍN MONZÓN, 2007; OLIVEIRA, DIAS, 2014; RULL et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2008). Os desafios acadêmicos e sociais mudam conforme o momento que os estudantes estão de seus cursos. Algumas dificuldades podem permanecer ao longo do curso, outras são características do período inicial ou do final da graduação. O ingresso na universidade pode ser acompanhado de dúvidas em relação à escolha profissional, às exigências acadêmicas, às dificuldades de relacionamento, às novas responsabilidades e à saída de casa e afastamento dos pais. Já durante a trajetória universitária, estão relacionadas a problemas no desempenho acadêmico, frustração de expectativas, alta carga de trabalho e à necessidade de encontrar formas de conciliar as atividades acadêmicas com a vida pessoal (MARTÍN MONZÓN, 2007; OLIVEIRA, DIAS, 2014; RULL et al., 2011; COULON, 2008; TEIXEIRA et al., 2008). Além disso, pode haver dificuldades na administração de recursos financeiros, na capacidade de lidar com questões de afetividade e aprovação social (RULL et al., 2011).

Embora na última década o acesso ao ensino superior tenha sido facilitado pela maior oferta de financiamento de bolsas de estudo, por outro lado houve uma preocupação cada vez mais expressiva em relação à incidência de insucesso acadêmico dos estudantes, que se manifesta pela baixa classificação, absentismo, reprovação e atrasos em disciplinas, mudanças de curso e de evasão (IGUE, BARIANI, MILANESI, 2008). O baixo desempenho acadêmico e a insegurança sinalizam a falta de confiança do jovem no enfrentamento das dificuldades que o futuro lhes reserva e o deixa mais susceptível ao desenvolvimento de sofrimento mental.

Sentimentos de insegurança e incerteza marcam os tempos modernos. De acordo com Bauman (2007), a modernidade produziu mudanças profundas no modo de ser e viver do homem. O indivíduo é constantemente desafiado a responder a exigências sem precedentes, decorrentes dos efeitos da fluidez do mundo moderno, onde nada é, tudo está! Segundo Kehl (2007), a desvalorização da experiência esvazia o sentido da vida, sobretudo numa cultura plástica e veloz como a contemporânea em que pouco se pode ensinar aos outros partindo da própria experiência. “Mas a experiência, assim como a memória, produz consistência subjetiva. Eu sou o que vivi. Descartado o passado, em nome de uma eterna juventude, produz-se um vazio difícil de suportar” (KEHL, 2007, p. 50).

A imprevisibilidade do futuro, o enfraquecimento das estruturas sociais, a ausência de uma referência que assegure o sucesso da realização de um projeto de vida individual, a crescente exigência da vida moderna de que o indivíduo responda às expectativas do mercado de trabalho, aliados à fragilidade do senso de coletividade e da solidariedade social que respondia às demandas de segurança da comunidade, levam o homem moderno a viver em uma condição de incerteza endêmica (BAUMAN, 2007).

Neste contexto, há uma dificuldade no planejamento de ações a curto e a longo prazo e não existe forma, modelo ou receita que garanta a construção de uma trajetória de acertos, nem tampouco de minimização dos erros ou de fracassos. Cada passo dado depende de um conjunto de oportunidades que demandam do indivíduo um conjunto de habilidades diversificadas. Este é responsabilizado por responder aos “dilemas gerados por circunstâncias voláteis e constantemente instáveis” (BAUMAN, 2007, p.10) tanto quanto pelos riscos e consequências dessas escolhas.

A autoconfiança e autoestima necessárias a uma escalada de sucessos são corroídas pelo terreno instável da modernidade, no qual os sonhos e expectativas não se sustentam ou são rapidamente substituídos ao sabor das circunstâncias. “O progresso se transformou numa espécie de dança das cadeiras interminável e ininterrupta, na qual um momento de desatenção resulta na derrota irreversível e na exclusão irrevogável” (Bauman, 2007, p. 17).

Nesta sociedade contemporânea cada vez mais complexa e heterogênea, o modelo social volta-se para formas de socialização que levam cada vez mais aos processos de individualização e de subjetivação. “Noções de empregabilidade,

formabilidade e adaptabilidade sustentam o paradigma que entrega ao indivíduo a tarefa de ser dono do seu próprio destino, numa mobilidade permanente” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 18). Ele é convocado a atuar com mais prontidão e autonomia, a buscar dentro de si mesmo os recursos, ferramentas, motivação e força para se (a)firmar, agir e interagir no mundo do trabalho e na sociedade do conhecimento e da informação.

Alheit e Dausien (2006) defendem que somos “aprendentes” ao longo da vida, sendo este um processo natural como o é respirar, e o fazemos desde a mais tenra idade até a mais avançada. O conhecimento produzido pela neurobiologia, em especial sobre a plasticidade cerebral, veio reforçar a premissa de que o aprendizado se processa não apenas pelas instâncias formais da educação, mas por processos sociais de aprendizagem (formais ou informais) e abarca todas as dimensões da vida. São novos saberes e competências adquiridos pelas experiências cotidianas, no que ele chama de “universidade da vida” (ALHEIT, 2011).

A “aprendizagem ao longo da vida” (*lifelong learning*) se mostra como uma resposta às necessidades face às exigências sociopolíticas e econômicas do mundo contemporâneo no que toca à maior acessibilidade à informação, às escolhas de utilização destes recursos, à formação de competências com vistas à competitividade, empregabilidade e adaptabilidade às demandas do mundo do trabalho. Neste contexto, os indivíduos são convocados, mais do que nunca, a serem sujeitos no planejamento de sua vida, a assumir o controle e aprender a superar desafios, em suma, tornarem-se cidadãos ativos (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2000).

Entra em cena o ator social, o qual “constrói o sentido da sua experiência e se torna sujeito de sua ação” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p.70) e é convocado a escrever a sua biografia a partir da multiplicidade de experiências sociais, a construir sua trajetória pessoal e profissional e dar significados à sua atividade social. Nessa sociedade individualizada, na qual as relações baseiam-se cada vez menos na integração e identificação por meios de pertencimento, dos papéis e das trajetórias sociais, a atividade social do homem é regida por “relações temporárias e reversíveis de inclusão em subsistemas aos quais ele tem acesso, segundo os setores de sua vida que deles dependem” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p.75).

No mundo do trabalho, os antigos postos de empregos fixos e hierarquizados estão sendo substituídos por formas mais flexíveis, centradas na lógica da competência, considerando a capacidade dos indivíduos a se engajarem no desenvolvimento de atividades e projetos mediante seus recursos profissionais e pessoais. O currículo é construído pela multiplicidade de experiências produzidas pela sua inserção em atividades e projetos variados, que podem ser conduzidos sucessiva ou concomitantemente, e que possam qualificá-lo para atender às demandas desta nova ordem social. Iniciativa, autonomia, criatividade, reatividade, liberdade de decisão e ação, flexibilidade e reflexibilidade são aptidões esperadas do indivíduo que “encontra, em si mesmo, suas próprias razões de agir, que gerencia suas competências por conta própria e trabalha na gestão de si mesmo” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p.81).

A construção biográfica, diz Delory-Momberger (2008, p.63) “inscreve-se em uma dinâmica temporal que articula [...] passado, presente e futuro”, cuja força motriz é um infinito de possibilidades que o por-vir acena. Para Leonardo Boff (2000), o ser humano como um ser histórico está em movimento, se projetando, se fazendo continuamente. O futuro, desta forma, ocupa um grande espaço do tempo presente na elaboração de projetos e planos e dá finalidade e justificativa à sua existência.

Este horizonte de possibilidades orienta na direção de realizações futuras tecidas pelo movimento de uma busca de si por meio de um projeto que o sujeito faz de si mesmo e que vem “compensar um estado constitutivo de inacabamento” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 64). O projeto de si é compreendido como um impulso para frente, uma orientação para o futuro que necessita de mediações para se dar forma e uma situação espaço-temporal na qual possam se desenvolver e se realizar (DELORY-MOMBERGER, 2008). Este projetar-se demanda uma disposição que algumas circunstâncias podem limitar ou, até mesmo, impossibilitar esta ação, como por exemplo, situações clínicas, tais como estados depressivos.

A entrega aos próprios sujeitos da tarefa de escrever a sua trajetória e gerenciar as suas competências veio acompanhada da necessidade de um investimento em uma formação que pudesse, no seu conjunto, compor um rol de qualificações pessoais e profissionais de modo a prepará-lo para responder a este novo mundo tão cheio de possibilidades e incertezas. Esta é compreendida como um processo global de apropriação de diferentes saberes que não se restringem aos conteúdos

curriculares nem ao tempo escolar normativo, mas que se desenvolve ao longo da existência e que busca ampliar as competências e o desenvolvimento de aptidões pessoais e profissionais do indivíduo.

A biografia de formação se traduz pelo “reconhecimento progressivo do capital de saberes e de saber fazer, acumulado ao longo da experiência e pela contextualização das ações de formação nos itinerários individuais” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p. 87). Ao indivíduo, intimado a ser o responsável pelo seu percurso e desafiado a deixar marcas pessoais na sua passagem pelo mundo, cabe empreender a construção de uma trajetória inscrevendo a sua formação em um projeto pessoal e profissional.

É pelas histórias que o homem apropria-se de si e de sua existência. Delory-Momberger (2008, p.37) reforça que “não fazemos a narrativa de nossa vida porque temos uma história; temos história porque fazemos a narrativa de nossa vida”. As histórias se desenvolvem sob condições socio-históricas de uma determinada época e cultura experienciadas pelo narrador.

O relato de vida é um instrumento de historicidade, na medida em que permite ao sujeito “reconstruir o passado, suportar o presente e embelezar o futuro” (GAULEJAC, 2009, p. 65).

Ao ingressar no ambiente universitário, o estudante tem diante de si uma página na qual serão inscritas as experiências formativas que, somadas à outras experiências humanas, vão contribuir para a construção de um portfólio de competências e habilidades que o permita acessar o mundo do trabalho na sua área de formação. É necessário, entretanto, que ele consiga transpor *o(s) tempo(s)* de estranhamento, inerentes ao ambiente acadêmico, tornando-se universitário.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa se inscreve na perspectiva da abordagem biográfica (DELORY-MOMBERGER, 2008; JOSSO, 2006, 1999; SOUZA, 2006), cujo projeto epistemológico apoia-se na dimensão da subjetividade e busca respostas para como os indivíduos se tornam “indivíduos enquanto ser social e singular” (DELORY-MOMBERGER, 2012, p. 524) e convoca à produção de um conhecimento sobre o processo de formação do sujeito e das experiências inscritas na dimensão temporal de sua existência, ou seja, como percebem, dão forma, significam, elaboram e integram os acontecimentos em um projeto de vida.

Daniel Bertaux introduziu a abordagem biográfica nas ciências sociais na França e estabeleceu a distinção entre história de vida e narrativa de vida, em outras palavras, entre a vida vivida e a as narrativas que a pessoa faz de sua vida (BERTAUX, 2010; DELORY-MOMBERGER, 2014). Na narrativa de vida, encontram-se aspectos de uma realidade singular, somente vivida por quem relata, com fantasias e idealizações.

Inscrita na perspectiva etnossociológica, a narrativa de vida constitui um método cujo objetivo não é atingir uma verdade ou realidade, nem estabelecer julgamentos, nem mesmo os esquemas de representação ou de valores de um indivíduo ou até mesmo de um grupo social, mas de

estudar um fragmento da realidade socio-histórica, um objeto social; de compreender como ele funciona e como se transforma, destacando as configurações de relações sociais, os mecanismos, os processos, as lógicas de ação que o caracterizam (BERTAUX, 2010).

As pesquisas na perspectiva etnossociológica referem-se aos tipos de estudo de campo que adotam as técnicas de observação etnográfica, mas que constrói seus objetos pela referência sociológica. Não se limitam à descrição e análise de um campo particular e de suas subculturas, mas buscam compreender “no terreno observado formas sociais - relações sociais, mecanismos sociais, lógicas de ação, lógicas sociais, processos recorrentes – susceptíveis de estarem igualmente presentes em contextos similares” (BERTAUX, 2010, p. 23).

O objeto de interesse dos estudos etnossociológicos são os mundos sociais, centrados em uma atividade específica, como por exemplo, uma atividade profissional, cultural, esportiva, associativa e outras; as categorias de situação, as quais reúnem um conjunto de pessoas que apresentem características comuns ou uma dada situação social, tais como pessoas sem teto, homossexuais, deficientes físicos, mães solteiras, portadores de doença crônica, deficientes mentais e tantos outros; e as trajetórias familiares e sociais, nas quais se debruçam os estudos da genealogia familiar, mobilidade social, trajetórias profissionais, entre outros. O universo de informantes da segunda fase deste estudo é composto de estudantes universitários com indícios de sintomas depressivos. A presente pesquisa insere-se no tipo de categoria de situação, que se beneficia particularmente dessa forma de coleta de dados uma vez que, pelas narrativas, é possível conhecer a sua trajetória e identificar os mecanismos e os processos envolvidos no surgimento de uma dada situação (no caso, os sintomas depressivos), e também como se esforçam para administrar, enfrentar as situações de vida e até mesmo superá-las (BERTAUX, 2010).

Para Bertaux (2010), recorre-se às narrativas de vida, não para compreender a pessoa em profundidade, mas para extrair de suas vivências transformações e descrições que serão analisadas e ajudam a compreender seu funcionamento e dinâmica como membro de um grupo sociocultural. Nesta perspectiva, o pesquisador deve ser sensível à escuta e estar atento aos relatos para, poder, posteriormente, comparar percursos, perceber recorrências e apreender sentidos.

A produção de dados na pesquisa etnossociológica implica no emprego de técnicas que possibilitem orientar os relatos dos informantes para as experiências, situações e os contextos que tenham relação com o objeto da pesquisa. Nesta abordagem, os dados são recolhidos mediante entrevistas narrativas. A narrativa é uma forma oral e espontânea de comunicação humana que se dá numa relação dialógica em que o sujeito conta para outro um episódio ou uma experiência vivida. Ao contar suas histórias, as pessoas descrevem fatos, delimitam personagens, delineiam sequências, descrevem relações de reciprocidade e interação entre pessoas e contexto, encontram explicações, tornam familiares acontecimentos, impressões, sentimentos, imprimem significados às suas experiências (BERTAUX, 2010; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

A entrevista biográfica busca compreender como os indivíduos interpretam e dão sentidos à sua existência. Delory-Momberger (2012) afirma que

A finalidade da entrevista é mesmo colher e ouvir, em sua singularidade, a fala de uma pessoa num momento x de sua existência e de sua experiência. O fato de esta fala (e a experiência que relata) ser atravessada pela história, pelo social, pelo político, de ser em grande parte feita de representações, crenças coletivas, de discursos alheios, em suma, o fato de ela ser uma fala de sua época e de sua sociedade é plenamente reconhecido pela pesquisa biográfica que vai mais além: faz dela uma dimensão constitutiva da individualidade. (Delory-Momberger, 2012, p.526)

A entrevista narrativa torna possível compreender as conjunturas nas quais as experiências concretas com o objeto social estudado se desenvolvem. Ao interrogar, o pesquisador orienta os relatos dos informantes para as experiências, situações e contextos em relação com o objeto do estudo a partir de uma questão norteadora. Esta forma de relato foi nomeada por Bertaux como *narrativas de prática* (grifo meu), através da qual é possível compreender os contextos sociais nos quais elas se inscrevem e contribuem para reproduzir ou para transformar (BERTAUX, 2010; DELORY-MOMBERGER, 2014).

Para a realização da entrevista narrativa, é necessário que sejam criadas condições para uma ambiência de confiança de modo que o informante sinta-se à vontade e confortável para compartilhar suas histórias. A entrevista narrativa pressupõe um roteiro não estruturado com questões inerentes ao tema proposto. Este esquema de narração substitui o esquema de pergunta-resposta, partindo do pressuposto que “a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias quando o informante está usando a sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

Para Bertaux (2010), o roteiro de narrativa é composto de duas partes, a primeira contendo uma questão norteadora suficientemente ampla para permitir ao informante desenvolver a sua história. Ao final da entrevista, questões poderão ser realizadas para que possam ser elucidados pontos não abordados ou aprofundados. É possível que o entrevistado queira complementar informações não relatadas durante a entrevista ou abordar aspectos não previstos nas questões apresentadas no roteiro de perguntas. Isso pode ser resolvido questionando o informante se ele

gostaria de falar mais alguma coisa antes que a entrevista seja encerrada (BERTAUX, 2010; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

É preciso considerar que o conhecimento advindo da relação dialógica entre entrevistador e entrevistado é fruto da intersubjetividade desta interação. O pesquisador não é passivo e, por mais que se mantenha distanciado, ele encontra-se implicado no campo do seu objeto; influencia e é influenciado por ele. Conforme Gaskell (2011), A entrevista não é um processo de troca de informação de mão única, mas, ao contrário, uma interação onde o entrevistador e o entrevistado, de diferentes maneiras, estão envolvidos na produção de conhecimento.

No decorrer das entrevistas, a atenção do pesquisador deverá estar direcionada à uma escuta interessada na narrativa do entrevistado e à captura da linguagem não verbal, igualmente provida de significações. Dois recursos são extremamente úteis para a coleta dos dados em entrevistas narrativas: o diário de campo, no qual são registradas impressões que não podem ser capturadas pelo áudio, anotações de trechos das narrativas, observações e reflexões, que serão posteriormente retomadas para esclarecimento ou aprofundamento de temas como para a análise; o gravador, cujo uso deve ser previamente autorizado pelo informante. A gravação das entrevistas possibilita a transcrição das narrativas, respeitando suas características paralinguísticas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2011).

Uma das técnicas empregadas para a análise das narrativas, aqui adotada, é a análise compreensiva, que tem como base imaginação e rigor, tendo a primeira como prioridade, pois, segundo Bertaux (2010, p. 108), “é pelo trabalho da imaginação sociológica que o pesquisador mobiliza os recursos interpretativos dos quais dispõe, que ele ativa o conjunto do espaço cognitivo situado no interior de seu horizonte”.

O discurso narrativo se esforça para contar uma história real que vai se desenrolando de uma forma improvisada no diálogo com o entrevistador na descrição de situações e experiências atinentes ao objeto de estudo de modo que na análise não é necessário “extrair de uma narrativa de vida *todas* as significações que ela contém, mas somente aquelas pertinentes ao objeto da pesquisa e que aí adquirem o status de *indícios*”. (BERTAUX, 2010, p. 89). Tais indicações podem se mostrar desde a primeira leitura das entrevistas e outras vão emergindo a partir de leituras posteriores, mas nem sempre os fenômenos sociais e suas lógicas estão tão

evidentes. Para Bertaux (2010), localizar as passagens ou palavras que fazem referência a um “mecanismo social que marcou a experiência de vida, em considerá-las como *indícios*, em se interrogar sobre sua significação sociológica, isto é, a que elas se referem no o mundo sócio-histórico”, é o grande desafio da análise compreensiva.

5.1 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

5.1.1 Local do Estudo

Trata-se de um estudo bifásico conduzido com estudantes matriculados nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). A escolha do campo empírico se deu por conveniência, motivada por projetos profissionais que desenvolvo na qualidade de professora desta instituição.

Os cursos de saúde da UCSAL estão reunidos na Área III – Ciências Naturais e da Saúde, dentre os quais encontram-se os cursos selecionados para este estudo: Enfermagem e Fisioterapia. Estes cursos têm como sede o Campus de Pituaçu e recebem estudantes oriundos do processo seletivo vestibular, do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), matrícula especial para portadores de diploma de curso de graduação e transferência externa. Além disso, a universidade tem um programa de concessão de bolsas de 50% e 100%, destinado aos jovens em situação de comprovada vulnerabilidade socioeconômica por meio do processo seletivo do Vestibular Social.

O curso de Enfermagem é um dos mais antigos da Universidade. A Faculdade de Enfermagem foi fundada em 1967 e realizou o seu primeiro vestibular em 1968, constituindo-se na segunda escola para a formação de enfermeiros do Estado da Bahia. O bacharelado em Enfermagem é oferecido na modalidade presencial, com regime de matrícula semestral, sendo ofertadas 240 vagas anuais divididas nos turnos matutino e noturno, com carga horaria de 4.040 horas. O tempo de integralização mínimo do curso de Enfermagem da UCSAL é de nove semestres e o máximo de 14 semestres (UCSAL, 2015).

O funcionamento do curso de Fisioterapia foi autorizado mediante Resolução nº 004, de 26.12.90 do Conselho Universitário e a primeira turma de alunos ingressou em 1991.1. Atualmente, o currículo pleno do curso de Fisioterapia é desenvolvido em regime de matrícula semestral, com ingressos no período matutino e noturno para preenchimento das 120 vagas oferecidas/semestre. Apresenta uma carga horária total de 4.040 horas, das quais 3.720 horas são destinadas aos componentes curriculares obrigatórios, 120 horas aos optativos e 200 horas de Atividades Complementares. Os estudantes podem integralizar o curso no mínimo em nove semestres e no máximo, em 13 semestres (UCSAL, 2017).

A instituição dispõe de uma rede de serviços de assistência espiritual e religiosa à comunidade por meio da Pastoral Universitária e de apoio psicossocial através do Centro de Atenção à Comunidade (Plenus/CEAC). Este setor é responsável por acolher as demandas psicopedagógicas e sociais dos estudantes, mediar conflitos, acompanhar os alunos bolsistas nas suas necessidades acadêmicas, acolher e promover a inclusão dos alunos com deficiência, acompanhar o encaminhamento dos alunos que necessitem de atendimento psicoterapêutico para instituições com as quais mantém parceria.

Para a realização da primeira etapa do estudo, foi feita uma abordagem aos alunos de Enfermagem e Fisioterapia nas salas de aula de todos os semestres dos cursos. O local de escolha para a realização das entrevistas narrativas (segunda etapa) foi o Plenus/CEAC, em uma sala cedida pelo coordenador do setor de modo a garantir um ambiente acolhedor e livre de interferências externas.

5.1.2 Participantes

Participaram deste estudo 286 acadêmicos regularmente matriculados nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador, independente de sexo, credo e nível socioeconômico, com idade igual ou superior a 18 anos, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a primeira etapa da pesquisa foram convidados todos os alunos do curso presentes em sala de aula no momento da aplicação do questionário, considerando

os critérios de inclusão supracitados. Para a segunda parte foram selecionados, por conveniência, e posteriormente convidados estudantes classificados como suspeitos de sintomas depressivos mediante o escore de 10 a 16 pontos do SRQ-20, perfazendo um total de 28 alunos, 14 de cada curso.

5.1.3 Técnicas empregadas, procedimentos de coleta e análise dos dados

A coleta dos dados se deu em dois momentos e ambientes distintos.

5.1.3.1. Etapa 1. Rastreamento dos informantes

O objetivo da primeira etapa da pesquisa consistiu na identificação do problema na população de estudo e, para tanto, foi feito um rastreamento de sintomas depressivos em estudantes matriculados nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia do 1º ao 9º períodos. Uma alternativa para a detecção de transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde é a aplicação de instrumentos, também conhecidas como escalas psicométricas de rastreamento para depressão.

A escala escolhida para este estudo foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). (ANEXO 1), a qual foi desenvolvida pela OMS para rastreamento de Transtorno Mental Comum, termo utilizado para designar os transtornos não psicóticos, situações de saúde em que o indivíduo apresenta sintomas de depressão e/ou ansiedade em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias. Este instrumento, validado no Brasil por Mari e Williams em 1986 (MARI; WILLIAMS, 1986), é o recomendado pela OMS para estudos comunitários, estudos de prevalência psiquiátrica e de base populacional em países em desenvolvimento e para uso em centros de atendimento primário (GONCALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008; KASPPER; SCHERMANN, 2014; ROCHA et al., 2010; SANTOS, ARAUJO, OLIVEIRA, 2009). Além disso, tem sido amplamente utilizado em pesquisas com acadêmicos da área de saúde (ALMEIDA et al., 2007; COSTA et al., 2014; FIOROTTI et al., 2010; GRYSCHKEK, 2014; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014).

O SRQ-20 é um instrumento de fácil aplicação, composto por 20 questões com respostas binárias (sim/não), distribuídas em quatro perguntas sobre sintomas físicos e 16 sobre desordens psicoemocionais cujas respostas somam de 0 a 20 pontos. Os sintomas são avaliados considerando os últimos 30 dias e para cada resposta positiva é atribuído um ponto, que possibilita o estabelecimento de um escore acima do qual o indivíduo é classificado como “suspeito”. Neste estudo, a pontuação igual ou superior a sete foi considerada como suspeição de TMC para ambos os sexos, condição que, embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante. Os participantes da segunda etapa foram classificados, considerando o resultado deste teste.

Informações sobre perfil sociodemográfico e acadêmico foram coletadas por meio de um instrumento desenvolvido pela autora nomeado de Questionário Sociodemográfico e de Vida Universitária (APÊNDICE 1), elaborado com base na revisão de literatura. Este questionário investigou sobre dados socioeconômicos, tais como idade em anos completos e sexo. A cor da pele foi classificada de acordo com o IBGE e definida em branca, preta, parda, amarela ou vermelha. Para fins de análise foi colapsada em pretos ou pardos e brancos. A situação conjugal foi definida casado ou vivendo em união estável e solteiro, viúvo, separado. A procedência foi analisada com as categorias nasceu na capital do Estado da Bahia, no interior ou em outro estado. Já a variável com quem mora foi categorizada em sozinho, com familiares ou com outras pessoas. A religião foi definida politomicamente, inserindo várias orientações, mas para fins de análises foram adotadas as categorias assinaladas e, entre estas, católica, evangélica, espírita e não tem. A renda familiar foi definida dicotomicamente em 1 a 5 ou maior ou igual a seis salários mínimos mensais. Foi investigado ainda se o acadêmico trabalhava na época da coleta de dados e as respostas adotadas foram sim e não. A escolaridade dos pais foi investigada com as categorias analfabeto/fundamental, técnico e superior.

Quanto aos hábitos de vida investigou-se a prática de atividade física, o uso de fumo, de bebidas alcoólicas, a adoção de um padrão alimentar saudável e a presença de lazer, todas com respostas binárias em sim e não. Questionou-se também o uso de medicações e as respostas foram sim e não. A alteração do padrão do sono, investigada em horas, foi dicotomicamente definida em de 3 a 5 ou 9 a 19 e de 6 a 8 horas diárias. O lazer foi definido em individual ou em grupo.

Quanto à vida escolar dos universitários, investigou-se o curso, se Fisioterapia ou Enfermagem, o semestre que cursavam, definido em etapa inicial, do primeiro ao quinto, e a etapa profissionalizante, do sexto ao nono. O turno em que cursavam foi categorizado em matutino ou noturno. Questionou-se se o estudante se considerava competitivo e as respostas foram consideradas como dicotômicas, assim como o sentimento em relação ao ambiente universitário, se positivo ou negativo. Já o sentimento em relação ao futuro profissional foi definido em seguro ou inseguro.

Para esta etapa, tive a colaboração de alunas inseridas no Programa de Iniciação Científica da UCSAL e duas bolsistas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). A fim de garantir a uniformidade do discurso e abordagem aos alunos como também a calibragem do instrumento, foi realizada previamente à aplicação do questionário, reuniões para treinamento e capacitação da equipe de pesquisadores, além do teste piloto em população semelhante à do estudo.

Para a execução desta atividade contei com a colaboração das coordenações e professores dos referidos cursos. Após mapear a grade de aulas de todos os semestres dos dois cursos e identificar a melhor estratégia de abordagem quanto ao horário, foi feito um contato com o professor da disciplina para esclarecer sobre a atividade e, após obtenção da sua anuência, foi iniciada a aplicação dos instrumentos.

A coleta de dados ocorreu entre abril a agosto de 2016. Os alunos foram contatados em sala de aula da universidade quando receberam esclarecimentos sobre o estudo, seus objetivos, riscos e benefícios, a garantia do sigilo das informações e confidencialidade dos dados, assim como a natureza voluntária da participação. Além disso, foi dada explicações a respeito dos instrumentos de coleta de dados e o seu preenchimento, assim como a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), confirmando a sua participação no estudo. Na sequência, foi feito o convite e a distribuição do Questionário Sociodemográfico e de Vida Universitária e do SRQ-20, ambos autoaplicáveis, e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, das quais uma lhes foi devolvida. Os alunos foram ainda informados sobre a possível participação na segunda etapa do estudo, para a qual alguns seriam selecionados e contatados, posteriormente.

Os dados produzidos nesta pesquisa alimentaram um banco de dados especialmente criado para esta investigação no programa Excel por Windows (V. 2010). Em seguida foi realizada uma limpeza no banco para corrigir eventuais inconsistências na fase da digitação. Nesta fase, identificou-se imprecisão ou mesmo ausência de informações em algumas questões nos questionários de 23 alunos. A fim de obter estas informações, os informantes foram novamente contatados pelo telefone registrado no questionário. A permanência de dados perdidos foi motivada pela impossibilidade de reestabelecer o contato com os estudantes.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata (v. 10). A variável SRQ-20 com o registro dos escores, na fase da análise foi colapsada em duas categorias em que os participantes foram classificados como suspeitos de TMC ou não, conforme o ponto de corte estabelecido em sete, de acordo com a proposição de Kasper e Schermann (2014) e Rocha et al. (2010). Realizou-se análise descritiva com a finalidade de identificar as características gerais e específicas da população estudada. Para verificar a existência de diferença de proporções entre a suspeição de TMC e as variáveis do estudo utilizou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou de Fischer quando mais apropriado. Foram consideradas como estatisticamente significantes associações com p-valor <0,05.

Cabe esclarecer que os resultados quantitativos foram utilizados apenas para selecionar os participantes deste estudo, embora alguns deles serão cotejados com a análise decorrente das entrevistas narrativas.

5.1.3.2. Etapa 2. Realização de entrevistas

Esta fase teve o propósito de compreender, a partir das narrativas dos acontecimentos e das experiências dos entrevistados, suas motivações, escolhas e trajetórias na perspectiva do projeto universitário/profissional/pessoal.

A partir dos resultados produzidos pela análise quantitativa acima citada, procedeu-se a escolha dos informantes da pesquisa qualitativa. Foram selecionados, por conveniência, alunos com escore de 10 a 16, perfazendo um total de 28 alunos, 14 de cada curso. Na sequência, iniciou-se o contato com os estudantes selecionados pelo rastreamento. Para garantir a uniformidade do discurso, a equipe foi instruída quanto ao

roteiro de abordagem: após os cumprimentos iniciais, os estudantes foram informados que foram selecionados para a segunda parte do estudo e, a seguir, convidados à participação. Ao acolher o convite, foi marcado um horário conforme a sua disponibilidade, nos turnos matutino, vespertino ou noturno. Do universo de 28 alunos, não conseguimos estabelecer contato com 11 e sete não compareceram à entrevista.

As entrevistas foram feitas por mim nos meses de março a abril de 2017 em uma sala no Plenus/CEAC. Semelhantemente à primeira etapa, foram esclarecidos aos informantes os objetivos do estudo, os riscos e benefícios e a garantia da participação voluntária, confidencialidade dos dados e do sigilo das informações, para tal, os informantes foram, no estudo, identificados por um codinome escolhido pela pesquisadora. A seguir, os informantes receberam o TCLE (APÊNDICE 3) referente à esta etapa em duas vias de igual teor para leitura e assinatura, confirmando a participação voluntária no estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista narrativa, tendo como pergunta norteadora *“Como é, para você, a experiência de ser universitário?”*. Questões alinhadas com o interesse da investigação foram formuladas ao final da narrativa com vistas à complementação de informações ou esclarecimento de dúvidas e, ao final, foi apresentado o resultado individual do teste SRQ-20 (APÊNDICE 4).

O registro das narrativas foi feito através de gravação, após autorização do informante. Impressões pessoais da pesquisadora sobre o local, comportamento e linguagem não verbal dos entrevistados foram registradas imediatamente após a entrevista em um diário de campo. Os relatos foram posteriormente transcritos *ipsis literis*, pela própria pesquisadora, lidos, relidos, organizados, codificados e posteriormente submetidos à análise de dados sem a intenção de generalizar os resultados.

5.1.4 Aspectos éticos

Em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CNS, 2012), o projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado mediante Parecer

Nº. 1.482.007 (ANEXO 2) e, posteriormente à qualificação pelo Parecer Nº. 1.644.282 (ANEXO 3). Tal fato se deu em decorrência da sugestão apresentada pela banca examinadora de qualificação, acatada pela pesquisadora, pela aplicação do instrumento quantitativo para todos os semestres dos cursos e não somente para os semestres iniciais e finais, como originalmente proposto.

Em atendimento à referida Resolução, os informantes foram devidamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, procedimentos metodológicos, os benefícios previstos e os potenciais riscos e que, no caso de desconforto, do devido encaminhamento para o Plenus/CEAC. Também lhes foram asseguradas a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. Os informantes foram esclarecidos que tinham plena autonomia e liberdade para recusar a responder às perguntas e se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa, além de ter direito de obter quaisquer informações sobre a mesma, mediante apresentação e entrega do TCLE.

6 RASTREIO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS: ANÁLISE QUANTITATIVA

Nesta fase, 22 alunos recusaram-se a participar do estudo e 188 estudantes de Enfermagem e 102 de Fisioterapia responderam ao questionário. Posteriormente, houve uma desistência e três alunos foram excluídos do estudo em razão de não atender à idade mínima do critério de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de exclusão, obtive a participação de 286 estudantes, sendo 185 de Enfermagem e 101 de Fisioterapia. A prevalência total de sintomas depressivos foi de 44,8% (dado não tabulado). A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (82,9%) que apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos de 91,4% ($p=0,001$) quando comparadas aos homens (8,6%). Com relação à idade, observou-se que os mais jovens, com idade entre 18 a 24 anos (65,4%), eram também os que referiram maior pontuação no SQR-20 (68,0%) em relação aos mais velhos (32,0%). Para os que referiram ser solteiros, separados ou viúvos (86,4%), a frequência de sintomas depressivos foi de 89,8%.

Quanto à cor da pele observou-se que tais sintomas foram mais frequentes em pretos e pardos (92,1%) que em brancos (7,9%). Todavia, ressalta-se que tal resultado foi influenciado pelo quantitativo assimétrico dos participantes e não apresentou relevância estatística. A renda familiar foi investigada em salários mínimos e observou-se que aqueles que referiram renda familiar baixa (88,3%) eram também os que apresentavam maior frequência de TMC (92,8%) ($p=0,034$). Dentre os que trabalhavam (57,5%), a frequência de tais transtornos foi de 54,1%, enquanto que para os que não trabalhavam foi de 45,9%. Foi possível ainda detectar que os estudantes que majoritariamente moravam com familiares (90,8%) tinham uma frequência de sintomas depressivos de 89,7%, os que eram procedentes da capital (75,9%) com frequência de TMC em 72,7%, os que professavam alguma religião (86,7%) com TMC em 82,8%, e aqueles cujos pais tinham escolaridade média, tanto do pai (49,2%) quanto da mãe (54,6%) referiram frequência de TMC em 48,8% e 51,2% respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

Variáveis	n (%)	Sintomas depressivos				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sexo						
Feminino	237 (82,9)	117	91,4	120	75,9	0,001
Masculino	49 (17,1)	11	8,6	38	24,1	
Idade						
18 a 24	187 (65,4)	87	68,0	100	63,3	0,403
25 a 46	99 (34,6)	41	32,0	58	36,7	
Cor da pele						
Pretos e pardos	259 (90,9)	117	92,1	142	89,9	0,512
Branços	26 (9,1)	10	7,9	16	10,1	
Situação conjugal						
Solteiro/separado/viúvo	247 (86,4)	115	89,8	132	83,5	0,123
Casado /união estável	39 (13,6)	13	10,2	26	16,5	
Renda familiar (em SM*)^a						
1 a 5	248 (88,3)	116	92,8	132	84,6	0,034
≥ 6	33 (11,7)	9	7,2	24	15,4	
Trabalha						
Não	121 (42,5)	49	38,3	72	45,9	0,198
Sim	164 (57,6)	79	61,7	85	54,1	
Com quem mora^b						
Familiares	253 (90,8)	113	89,7	142	91,6	0,396
Sozinho	17 (6,0)	7	5,5	10	6,5	
Com outras pessoas	9 (3,2)	6	4,8	3	1,9	
Onde nasceu						
Capital	217 (75,9)	93	72,7	124	78,5	0,377
Interior	61 (21,3)	32	25,0	29	18,4	
Outro Estado	8 (2,8)	3	2,3	5	3,1	
Religião^c						
Tem	247 (86,7)	106	82,8	141	89,8	0,084
Não tem	38 (13,3)	22	17,2	16	10,2	
Escolaridade do pai^d						
Superior	40 (14,2)	17	13,4	23	14,8	0,897
Médio	139 (49,2)	62	48,8	77	49,7	
Analfabeto/fundamental	103 (36,6)	48	37,8	55	35,5	
Escolaridade da mãe^e						
Superior	58 (20,6)	27	21,3	31	20,0	0,536
Técnico	154 (54,6)	65	51,2	89	57,4	
Analfabeto/fundamental	70 (24,8)	35	27,5	35	22,6	

Fonte: Dados da pesquisa. *SM= Salários Mínimos/ ^a Dados perdidos Renda familiar = 6/ ^b Dados perdidos Com quem mora = 6/ ^c Dados perdidos Religião=01/ ^d Dados perdidos Escolaridade do pai=4/ ^e Dados perdidos Escolaridade da mãe=4.

Na Tabela 2 encontram-se dispostos os dados relativos ao estilo de vida dos universitários. Observou-se que aqueles que não praticavam atividade física (57,0%) apresentavam maior frequência de TMC (64,1%) quando comparados com aqueles que praticavam (35,9%) ($p=0,030$). Quanto ao uso de bebidas alcoólicas observaram-se aqueles que não bebiam (54,5%) tinham mais sintomas depressivos (59,4%), quando comparados com os que bebiam (40,6%), mas este dado não foi estatisticamente significativo. A presença de TMC entre estudantes que referiram não fumar foi mais elevada (96,9%) quando comparada com os que fumavam (3,1%). Vale destacar que a frequência de tabagismo nesta população foi de apenas 1,7%.

Com relação à alteração do padrão do sono, detectou-se que os indivíduos que dormiam de 6 a 8 horas diárias (73,6%), apresentavam também maior frequência de TMC (70,1%) quando comparados com os que dormiam de 3 a 5 ou de 9 a 12 horas por dia (26,4%) cuja frequência desses transtornos foi de 29,9%. Quanto à alimentação, 54,2% referiram um padrão considerado como saudável e para estes a frequência de TMC foi de 48,4% enquanto que para os demais foi de 51,6%. Sobre as atividades de lazer, os estudantes que referiram participar de atividades em grupo eram os que tinham maior prevalência de sintomas depressivos (71,9%), enquanto que aqueles que preferiam lazer individual a prevalência foi de 28,1% ($p=0,012$). Grande parte dos alunos não usava medicação (76,9%) e dentre estes, 93 (72,7%) referiram transtornos depressivos. Já entre os que usavam (23,1%), a frequência de tais transtornos foi de 27,3%.

Tabela 2 - Variáveis relativas ao estilo de vida de universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

Variáveis	n (%)	Sintomas depressivos				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Prática de atividade física						
Sim	123(43,0)	46	35,9	77	48,7	
Não	163 (57,0)	82	64,1	81	51,3	0,030
Uso de bebidas alcoólicas						
Sim	130 (45,5)	52	40,6	78	49,4	
Não	156 (54,5)	76	59,4	80	50,6	0,140
Tabagismo						
Sim	5 (1,7)	4	3,1	1	0,6	
Não	281 (98,3)	124	96,9	157	99,4	0,110
Alteração do padrão do sono^a (em horas)						
3 a 5 / 9 a 12	75 (26,4)	38	29,9	37	23,6	
6 a 8	209 (73,6)	89	70,1	120	76,4	0,227
Alimentação saudável						
Sim	155 (54,2)	62	48,4	93	58,9	
Não	131 (45,8)	66	51,6	65	41,1	0,079
Lazer						
Em grupo	225 (78,7)	92	71,9	133	84,2	
Individual	61 (21,3)	36	28,1	25	15,8	0,012
Usa alguma medicação						
Sim	66 (23,1)	35	27,3	31	19,6	
Não	220 (76,9)	93	72,7	127	80,4	0,123

Fonte: Dados da pesquisa. ^a Dados perdidos da alteração do padrão do sono em horas=2.

Na Tabela 3 encontram-se dispostos os dados relativos à vida escolar dos sujeitos do estudo. Dentre estes, 101 (35,3%) cursavam Fisioterapia e 185 (64,7%) eram alunos de Enfermagem. A frequência de sintomas depressivos foi maior para estes últimos (59,4%) quando comparados com os demais (40,6%). Com relação ao período do curso, observou-se que a prevalência de sintomas depressivos foi maior para aqueles que se encontravam nas etapas iniciais, ou seja, do primeiro ao quinto semestres, enquanto que para os que se encontravam na etapa profissionalizante, a partir do sexto semestre, esta foi de 41,1% (p= 0,04). Detectou-se que aqueles que referiram ser competitivos (64,0%) pontuaram mais no SRQ-20 (69,5%), quando comparados com os que se disseram não competitivos que pontuaram neste instrumento 30,5%.

Quanto ao rendimento acadêmico, categorizado em acima do esperado, esperado e abaixo do esperado, observou-se que aqueles que referiram rendimento esperado foram os que apresentaram maior frequência de sintomas depressivos (68,8%) quando comparados com os demais ($p=0,001$). Quando questionados sobre o sentimento em relação ao ambiente universitário, os que referiram maior frequência de sintomas depressivos (65,6%) foram os que relatavam sentimento negativo, quando comparados com aqueles que relatavam sentimento positivo (34,4%) ($p=0,001$). Finalmente, com relação ao futuro profissional, os indivíduos reportaram majoritariamente (72,9%) se sentirem seguros, mas dentre estes, 63,0% apresentaram pontuações mais elevadas no SRQ-20 quando comparados com aqueles que referiram insegurança (37,0%) ($p=0,001$).

Tabela 3 - Variáveis relativas à vida escolar de universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem de acordo com a presença de Sintomas Depressivos, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

Variáveis	n (%)	Sintomas depressivos				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Curso						
Fisioterapia	101 (35,3)	52	40,6	49	31,0	0,091
Enfermagem	185 (64,7)	76	59,4	109	69,0	
Semestre						
1º ao 5º	142 (49,5)	76	58,9	66	41,8	0,004
≥ 6º	145 (50,5)	53	41,1	92	58,2	
Se considera competitivo						
Sim	183 (64,0)	89	69,5	94	59,5	0,079
Não	103 (36,0)	39	30,5	64	40,5	
Rendimento acadêmico						
Acima do esperado	12 (4,2)	4	3,1	8	5,1	0,001
Esperado	229 (80,1)	88	68,8	141	89,2	
Abaixo do esperado	45 (15,7)	36	28,1	9	5,7	
Sentimento em relação ao ambiente universitário						
Positivo	159 (55,6)	44	34,4	115	72,8	0,001
Negativo	127 (44,4)	84	65,6	43	27,2	
Sentimento em relação ao futuro profissional						
Seguro	208 (72,9)	80	63,0	128	81,0	0,001
Inseguro	77 (27,1)	47	37,0	30	19,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

7 TRILHAS INTERPRETATIVAS

Como as experiências de biografização são elaboradas e construídas em estudantes com sintomas depressivos? De que forma as experiências educativas, profissionais, pessoais e percurso de vida dos pais influenciam as suas histórias individuais? Que forças são acionadas no enfrentamento deste problema?

Parto destas inquietações para me debruçar sobre o mundo desconhecido de um universo de pessoas que concordaram em compartilhar as suas histórias, as suas percepções, impressões, experiências, dores e alegrias. Foram escolhidas por terem características comuns: serem estudantes da área de saúde de uma mesma instituição e pela presença de indícios de sintomas depressivos.

A dimensão do problema da depressão e suas consequências foi contemplada no Capítulo 3, onde as evidências apresentadas pelas pesquisas acadêmicas mostram uma realidade preocupante, principalmente em razão do seu crescimento. Os dados resultantes do rastreamento de sintomas depressivos deste estudo não foram diferentes. A frequência encontrada de 44,8%, considerando o universo da amostra, como por curso (40,6% e 59,4%, para alunos de Fisioterapia e Enfermagem, respectivamente) é considerada elevada.

Os números evidenciam a dimensão do problema a partir da distribuição das variáveis, objetivos próprios da pesquisa quantitativa, mas que por si só não são capazes de abranger toda a complexidade do ser humano. Como conhecer as experiências humanas e as definições vividas por uma pessoa e como esta interpreta sua experiência? Esta é uma questão que atende a outra dimensão, a dos sentidos e significações dos fenômenos ligados à sua vida, objeto da pesquisa qualitativa.

Neste capítulo, pretende-se colocar em evidência os sentidos e significações que estes acadêmicos dão às suas experiências. Não se intenciona aqui apontar caminhos, mas, tão somente compreender como se dá, a partir da perspectiva dos informantes, as experiências de biografização elaboradas e construídas por estudantes com sintomas depressivos, como percebem, como enfrentam e com quem contam para superar suas demandas.

Apresento o resultado da análise do estudo qualitativo, cujo título Trilhas Interpretativas são alusões ao caminho percorrido pela pesquisadora no esforço de compreender os percursos biográficos dos informantes.

A princípio, será apresentado o perfil da população participante desta etapa, seguido de breves histórias no intuito de situar o leitor em um contexto socio-familiar e, por último, as trilhas, nas quais serão abordadas: a percepção da presença de sintomas depressivos, a família, redes e mobilidade social, e os itinerários acadêmicos. Neste, o enfoque será dado às experiências de biografização, contemplando percurso de vida dos pais escolha do curso, ingresso na universidade; desafios da vida universitária, modos de enfrentamento e expectativas em relação ao futuro.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES

Foram selecionados, a partir de dados produzidos pela análise quantitativa, 28 estudantes, 14 de cada curso. Deste universo, sete não compareceram à entrevista e com 11 foi não possível estabelecer contato pelos telefones registrados. Dez estudantes acolheram espontaneamente ao convite para a entrevista. Para efeito de identificação, foram escolhidos nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos entrevistados.

Dos dez entrevistados, nove eram mulheres, de cor autorreferida parda, com renda familiar de até dois salários mínimos, seis eram beneficiários de bolsas e quatro de programas de financiamento estudantil. A faixa etária dos estudantes variou de 19 a 40 anos e, destes, sete referiram ser solteiros e uma separada. Duas estudantes têm filhos. Todos moravam com parentes e cinco exerciam uma atividade laboral. Apenas duas tinham outra formação como técnicas de Enfermagem. Um dos informantes referiu não ter religião. Os dados sociodemográficos estão sistematizados no Quadro 2.

Em relação à escolaridade e profissão dos pais, observa-se que seis mães completaram o ensino médio/técnico e apenas uma, o ensino superior. Em relação à atividade profissional, oito delas exerciam atividades externas. Dos pais, apenas dois galgaram o ensino superior, três fundamental completo e um fundamental incompleto (Quadro 3).

No Quadro 4, estão apresentados dados sobre o perfil acadêmico dos estudantes participantes do estudo e o resultado do SRQ-20. Vale ressaltar que a escolha dos entrevistados se deu de forma não intencional, a partir da aceitação do convite feito, conforme explicado acima.

Foram entrevistados seis alunos de Enfermagem e quatro de Fisioterapia, dos quais, seis no turno matutino, em meados do curso. Para fins de preservar a identidade dos informantes, optei por identificar o período como primeira metade do curso, do 1º ao 4º semestres, e segunda metade, do 5º ao 9º semestres. A maior parte dos alunos estava matriculados entre o 5º e 6º semestres. Apenas um dos estudantes relatou participar ativamente de atividades extracurriculares de monitoria e iniciação científica.

Dentre os sentimentos percebidos em relação ao ambiente universitário, destacaram-se medo do fracasso, competitividade, sobrecarga e ansiedade. Sentimentos negativos sobressaíram aos positivos, aqui indicados como acolhimento, segurança e motivação. O resultado dos escores resultantes da aplicação do SRQ-20 foi de 11 a 15, sendo que cinco dos entrevistados tiveram o resultado de 12 respostas positivas.

Quadro 2 - Características sociais e demográficas dos informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

CODINOME	GÊNERO	COR	RENDA FAMILIAR	IDADE	ESTADO CIVIL	TEM FILHOS?	COM QUEM MORA	OUTRA OCUPAÇÃO	OUTRA FORMAÇÃO	RELIGIÃO
Ana	F	Parda	De 2 a 5 SM	30	Solteira	Não	Pais e irmão	Sim	Técnica de Enfermagem	Evangélica
Brisa	F	Parda	Até 2 SM	26	Solteira	Não	Mãe e irmãos	Sim	Não	Católica
Dandara	F	Parda	Até 2 SM	20	Casada	Não	Pais e irmã	Sim	Não	Protestante
Elza	F	Parda	De 5 a 10 SM	30	Solteira	Não	Pais e irmão	Não	Não	Cristã
Isaura	F	Preta	Até 2 SM	20	Solteira	Não	Pai	Sim	Não	Evangélica
Marta	F	Parda	Até 2 SM	19	Solteira	Não	Sozinha/prima	Não	Não	Cristã
Quitéria	F	Parda	Até 2 SM	22	Casada	Sim	Marido, filha e o Avô	Não	Não	Não tem
Raphael	M	Parda	Até 2 SM	22	Solteiro	Não	Avó	Sim	Não	Evangélico
Tarsila	F	Preta	De 2 a 5 SM	22	Solteira	Não	Pais e irmão	Não	Não	Protestante
Zilda	F	Preta	Até 2 SM	40	Separada	Sim	Filha	Não	Técnica de Enfermagem	Acredita em Deus

Fonte: elaborado pela autora a partir das informações dos entrevistados

Quadro 3 - Dados relativos à escolaridade e profissão dos pais segundo os informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

CODINOME	ESCOLARIDADE MÃE	PROFISSÃO MÃE	ESCOLARIDADE PAI	PROFISSÃO PAI	SITUAÇÃO FAMILIAR ATUAL
<i>Ana</i>	Ensino Médio	Bibliotecária	Ensino Médio	Operador de máquinas	Casados
<i>Brisa</i>	Fundamental	Não trabalha	Fundamental	Mecânico	Separados/pai falecido
<i>Dandara</i>	Ensino Médio	Técnica de Enfermagem	Ensino Médio	Ajudante de servente	Separados
<i>Elza</i>	Ensino Médio	Técnico em Contabilidade	Ensino Superior	Advogado e Economista	Casados
<i>Isaura</i>	Fundamental	Cozinheira	Fundamental	Churrasqueiro	Separados
<i>Marta</i>	Ensino Médio	Dona de casa	Fundamental incompleto	Mecânico	Casados
<i>Quitéria</i>	Ensino Médio	Vigilante	Ensino Médio	Ajudante de obra	Separados
<i>Raphael</i>	Fundamental	Lavadora	Fundamental	Lavrador	Separados
<i>Tarsila</i>	Ensino Superior	Professora	Ensino Superior	Jornalista	Casados
<i>Zilda</i>	Ensino Médio	Técnica de Enfermagem	Ensino Médio	Assistente de biblioteca	(Falecidos)

Fonte: elaborado pela autora a partir das informações dos entrevistados

Quadro 4 - Dados sobre o perfil acadêmico dos participantes do estudo e resultado do SRQ-20, segundo os informantes chave universitários vinculados aos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

CODINOME	TIPO DE BENEFÍCIO	CURSO	PERÍODO*	TURNO	ATIVIDADES EXTRACURRICULARES	SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO	FUTURO PROFISSIONAL	SRQ-20
Ana	FIES 100%	Enfermagem	2	Noturno	Não	Acolhimento, Solidão e Medo do fracasso	Insegura	12
Brisa	Bolsa UCSAL 100%	Fisioterapia	1	Matutino	Não	Acolhimento, Segurança, Sobrecarga, Cooperação, Motivação, Competitividade	Insegura	14
Dandara	Bolsa UCSAL 100%	Fisioterapia	2	Matutino	Não	Pertencimento e Medo do Fracasso	Insegura	15
Elza	FundaCred 50%	Enfermagem	2	Matutino	Não	Ansiedade, Motivação, Medo do Fracasso, Competitividade	Otimista	12
Isaura	FIES 50%	Enfermagem	2	Matutino	Não	Segurança, Sobrecarga, Autonomia, Motivação, Competitividade	Insegura	14
Marta	Bolsa UCSAL 100%	Fisioterapia	2	Matutino	Não	Acolhimento, Sobrecarga, Autonomia, Ansiedade e Medo do fracasso	Otimista	11
Quitéria	FIES 100%	Enfermagem	2	Noturno	Não	Ansiedade	Insegura	13
Raphael	ProUni 100%	Fisioterapia	2	Noturno	Não	Solidão, Ansiedade e Medo do Fracasso	Otimista	12
Tarsila	ProUni 100%	Enfermagem	2	Matutino	Monitoria e Iniciação Científica	Segurança, Sobrecarga, Ansiedade, Pertencimento, Medo do Fracasso, Competitividade	Insegura	12
Zilda	Bolsa UCSAL 100%	Enfermagem	2	Noturno	Não	Desvalorização, Solidão, Ansiedade, Medo do Fracasso, Competitividade	Insegura	12

Fonte: elaborado pela autora a partir das informações dos entrevistados / * 1 = primeira metade do curso; 2 = segunda metade do curso

7.2 BREVES HISTÓRIAS

As narrativas de vida relatam a história de uma vida, que é permeada por uma série de acontecimentos, situações, projetos, ações que vão delineando a linha de vida. O percurso de vida do indivíduo é influenciado por vários fatores internos e externos que vai modificando o curso de sua existência. Para Bertaux (2010, p. 49), “A maior parte das linhas de vida representa, então, ‘linhas quebradas’ no sentido geométrico do termo: elas são certamente contínuas, mas fazem ziguezagues”. Para compreender as histórias dos informantes desta investigação, será preciso apresentar, ainda que brevemente, o contexto familiar no qual estão inseridos.

Começemos por Ana.

Ana tem 30 anos, solteira, é a caçula de quatro filhos e única mulher. Mora com os pais, irmão e sobrinhos. Tem o curso Técnico de Enfermagem e trabalha na área. Ingressou no curso de Enfermagem cinco anos após a conclusão do curso técnico e está na segunda metade do curso, matriculada no turno noturno.

Sua mãe tem o curso fundamental e trabalha numa biblioteca e o seu pai, o ensino médio e é operador de máquinas. Ela refere ter uma rede familiar muito acolhedora.

Ana é evangélica e frequenta a igreja, onde realiza trabalhos voluntários com crianças. É muito segura dos seus objetivos e demonstra força de vontade e determinação.

Reconhece a existência do quadro depressivo, tem pensamentos suicidas com recorrência. Apesar disso, não compartilha o sofrimento mental com ninguém e sente-se capaz de, por si mesma, superá-lo, sem nunca procurar ajuda profissional.

A segunda é Brisa.

Brisa tem 26 anos, é solteira, católica e quinta filha de uma prole de oito. Quando tinha um ano, os pais se separaram e ela foi morar com o pai, com quem permaneceu até os cinco anos, quando, em razão de uma desavença, ele foi assassinado pelo próprio irmão. Passou então a morar com a família materna, da qual relata histórias de relações conflituosas e pouco afetivas. Refere um histórico de sofrimento, solidão, falta de proteção e de vínculos familiares afetivos. Lembranças associadas a afeto e cuidado estão relacionadas ao pai e ao avô, os quais perdeu aos 5 e 15 anos, respectivamente.

Desde os 15 anos Brisa trabalha, na maior parte do tempo, em Shopping na área de vendas, com atendimento ao público, que exige do trabalhador uma atitude proativa e desinibida, contrária à sua natureza tímida.

Seu desejo era fazer Medicina e cuidar de crianças, mas acabou desistindo em razão de não se sentir suficientemente preparada, além do alto investimento que ela não teria condições de arcar. Busca outras opções, sempre na área de saúde. Pelo Educa Brasil, iniciou um curso de radiologia, mas viu que não era o que ela queria. Foi quando surgiu o Vestibular Social da

Católica e ela concorreu para o curso que queria fazer, Fisioterapia, sendo aprovada para bolsa integral. Atualmente, estuda pela manhã - está quase na metade do curso – e trabalha no período vespertino.

A seguir, apresento Dandara.

Dandara é uma jovem de 20 anos, casada sem filhos, exerce trabalho autônomo e é muito comunicativa. É protestante e a primogênita de uma prole de dois filhos. Filha de pais separados, mora com o marido. Tem um relato sugestivo de abuso infantil, fato que a levou a morar com a avó. Nesta época foi levada a um psicoterapeuta, que a ajudou a superar o trauma. Tem a família como sua base e um forte vínculo afetivo com a mãe, por quem se sente muito apoiada, pelo marido e pelo tio.

Dandara sempre se interessou pela área de saúde por influência da sua mãe e de uma tia, que é enfermeira. Queria fazer Medicina, mas ponderou pelo fato de, além de ter que dispendar mais tempo para conquistar sua independência, teria que dispor de maiores recursos financeiros para custeá-lo. Como segunda opção, tinha o curso de Fisioterapia, para o qual fez o Vestibular Social, conseguindo uma bolsa integral e hoje está na segunda metade do curso. É a primeira da família a frequentar a universidade.

A próxima é a Elza.

Elza tem 30 anos, é extrovertida, solteira, cristã e a caçula de três irmãos. Mora com os pais, uma família de classe média com uma situação financeira confortável.

Ao sair do ensino médio, Elza tenta o vestibular para Medicina, não obtendo sucesso. Ela se interessava pela área da saúde, mas, indecisa, entra no curso de Comunicação. Não se identificou com o curso, pediu trancamento e passou um tempo estudando em Londres. Ao retornar, ingressa no curso de Enfermagem, mas chegando no 4º semestre, quando se deparou com as práticas em hospital, desistiu. Resolve voltar à universidade aos 29 anos. Sente-se frustrada pelo tempo perdido quando lembra que a sua turma de origem já tem dois anos de formada e ela está recomeçando. O convívio com pessoas mais jovens a intimida e gera sentimentos de inibição, ansiedade e medo de fracassar. Por outro lado, tem forte motivação pelo apoio recebido do pai e por um sentimento de “autossuperação”.

Sobre a Isaura:

Isaura é uma jovem de 22 anos, solteira e filha única de uma família sem muitos recursos financeiros. Seus pais são separados, ela mora com o pai e tem uma relação de muita proximidade com a mãe. É evangélica e frequenta a igreja.

Após concluir o ensino médio, aproveitou o Vestibular Social para realizar o sonho de ser universitária. O seu desejo era cursar Psicologia, mas como a Católica ainda não oferecia o curso, escolheu Enfermagem por ter se identificado, tendo conquistado uma bolsa parcial. Da sua geração na família, todos estão no ensino superior.

Ela estuda no turno matutino e, para ajudar nas despesas conseguiu recentemente um emprego numa pastelaria, onde trabalha à tarde. É segura, tem objetivos definidos, mas, por outro lado, revela ser uma pessoa que supervaloriza os problemas e muito explosiva. Referiu no questionário pensamento suicida, ao que atribuiu uma fase em que não estava bem, embora não tenha recordação do que teria suscitado este pensamento.

Sobre Marta,

Marta é uma jovem de 19 anos, solteira, cristã, que veio para Salvador estudar e divide o apartamento com uma prima, embora passe a maior parte do tempo sozinha. Morava no interior com os pais e uma irmã, quatro anos mais nova. Vem de uma família simples, com quem tem boa relação afetiva e apoio financeiro.

Ingressou no curso de Fisioterapia imediatamente após o ensino médio, e conquistou uma bolsa integral pelo Vestibular Social. Ela está na metade do curso e estuda no turno matutino.

Conta que até os 13, 14 anos morava com a avó, na mesma rua em que seus pais residiam. O falecimento da avó, vítima de um acidente de carro, foi um evento que abalou profundamente a ela e a mãe, intensificando um quadro de depressão preexistente. Marta revela comportamento depressivo desde criança, inclusive com acompanhamento psicoterapêutico. Relata a ocorrência de episódios de maior intensidade aos 16, 17 anos e, depois, ao ingressar na universidade. A mudança para Salvador teve um significado de libertação. É uma pessoa que tem em si muita cobrança e sente-se em dívida com a mãe, com quem é muito apegada. Marta relata que a mãe nutre uma grande expectativa em relação a ela. Não buscou ajuda profissional e tem superado seus problemas por si mesma.

É a vez de Quitéria.

Quitéria é uma jovem de 22 anos, casada, tem uma filha. Vem de uma família humilde e seus pais se separaram quando ela ainda era criança. Não teve, na infância, muito contato com o pai, que mora em outro estado. Hoje eles têm um maior contato, mas não exatamente uma relação afetiva. Sua mãe casou novamente e ela tem o padrasto como pai. Ela conta que tem uma família grande, com irmãos por parte da mãe, do padrasto e também do pai. Tem um forte vínculo com a mãe e uma relação de muita afetividade com a sua família.

Quitéria mora em uma cidade da Região Metropolitana de Salvador (RMS) com o marido, a filha e o avô. Ela tem formação em Técnica de Enfermagem, o que lhe despertou para continuar os estudos na área. Ingressou no curso de Enfermagem e já está na segunda metade do curso. A entrada na universidade aconteceu logo após seu casamento e, pouco tempo depois, se descobriu grávida, o que gerou muitas preocupações. A ocorrência concomitante da responsabilidade com a maternidade, problemas de saúde da filha, casamento em crise, desemprego do marido, problemas de moradia, demandas financeiras e exigências da universidade culminou numa sobrecarga que foi além da sua capacidade de superação, resultando em pensamento suicida. Contou com o apoio da família e dos colegas de curso e, por conta própria, procurou tratamento.

Raphael vem a seguir

Raphael é um jovem maduro para a idade de 22 anos. Solteiro, é o primogênito e único homem de uma família de quatro irmãos. Seus pais se separaram quando ele tinha cinco anos e o pai constituiu outra família. Essa separação levou ao afastamento entre pai e filho e, conseqüentemente, na perda do vínculo parental, responsável, no decorrer do tempo, pela instauração de um sentimento de vazio e fonte de sofrimento para Raphael. Ele tem três irmãos de 19 anos (do casal), 15 e 12 anos, que moram com a mãe no interior e foi criado na religião evangélica.

Ele descreve sua família como sendo uma família unida, mas que não transmite confiança de que será acolhido e apoiado nas suas necessidades. A falta de confiança tem origem em situações ocorridas no início da sua adolescência com a irmã mais velha e veio a contribuir para aprofundar o sentimento de solidão e o comportamento depressivo que ele já sentia.

Raphael sempre foi muito exigente em relação a estudo. Sua família, embora com poucos recursos, vê a educação como uma base e uma oportunidade de crescimento para os filhos. Tinha o sonho de estudar Medicina e até chegou a concorrer a uma bolsa pelo PROUNI, sendo aprovado. Entretanto, como a vaga foi para uma cidade distante e ele não possuía recursos para se sustentar, escolheu a segunda opção, Fisioterapia, em um local mais próximo de onde morava, conseguindo bolsa integral pelo PROUNI. Posteriormente, pediu transferência para a Universidade Católica e veio morar com a avó em uma cidade da RMS, onde conseguiu um emprego numa loja de departamento a fim de se sustentar e contribuir com as despesas da casa da avó. Raphael trabalha durante o dia e estuda à noite e já está na segunda metade do curso.

A penúltima história é a de Tarsila.

Tarsila é uma jovem de 22 anos, muito comunicativa. É solteira e está quase finalizando o curso de Enfermagem, no qual ingressou pelo PROUNI. Estuda no turno matutino.

Mora com os pais e o irmão, mais velho do que ela, e vem de uma família que tem entre si uma relação de afetividade, apoio emocional e financeiro. Seus pais não pouparam esforços para oferecer aos filhos uma educação de qualidade, o que é reconhecido pelos filhos. Entre si, os irmãos são muito competitivos.

A família de Tarsila tem um histórico de depressão: sua mãe, ela e seu irmão. Perda de amigos por suicídio motivou o surgimento de comportamento depressivo com tendência ao isolamento e contribuiu para intensificar sentimentos de insegurança e um medo excessivo pela responsabilidade que a área profissional exige. Embora tenha consciência do problema, não compartilha os seus sentimentos, nem mesmo para os mais próximos. Revela ter receio de, ao expor os problemas, o quadro vir a piorar, então se isola e adota para uma atitude positiva de aparente felicidade e força.

Por fim, Zilda

Zilda tem 40 anos, separada, mora com a filha de 21 anos, que tem deficiência cognitiva. Ela vem de uma família humilde e é a caçula de três irmãos e única filha mulher. Tinha uma relação de muito apoio dos pais que a ajudaram na criação da filha. Seu pai faleceu quando ela tinha 23 anos e a sua mãe, que era seu suporte emocional e financeiro, faleceu há cerca de um mês. Embora não tivesse acontecido nenhum conflito, não tem com os irmãos vínculos de convivência.

Ela é técnica de Enfermagem e, até recentemente, exercia atividade laboral em um Hospital-Dia. Ingressou na universidade aos 34 anos, aprovada com bolsa integral pelo Vestibular Social no curso de Enfermagem e, com muita dificuldade e, contando sempre com a ajuda da mãe, chegou à fase final do curso, onde estão concentrados os estágios, que acontecem em turno integral. Em razão da incompatibilidade de horários do trabalho com os estágios, sua mãe, a fim de que ela pudesse concluir o curso, a incentivou a sair do emprego, garantindo o seu amparo financeiro. Agora, com o falecimento da mãe, encontra-se em um momento extremamente crítico.

Zilda tem um histórico de depressão, inclusive com acompanhamento psiquiátrico. Conta ter feito uso de Prozac há um tempo, mas descontinuou por conta própria. Sua narrativa é carregada de falas que trazem um sentimento de frustração e arrependimento pelas escolhas feitas e pelo tempo que foi perdido. Em vários momentos afirma que o que a segura nesta vida é o instinto de obrigação pela mãe e pela filha.

7.3 TRILHAS INTERPRETATIVAS

A questão norteadora da pesquisa favoreceu o relato de impressões, experiências e itinerários vivenciados pelos informantes no percurso de vida pessoal e vida universitária, as motivações e influências que lhes orientou as escolhas do caminho no tempo passado, presente e que apontam para um futuro.

Embora o propósito deste trabalho não tenha sido emitir qualquer parecer ou diagnóstico de depressão, a presença de sofrimento mental foi o elemento de fundo que orientou a escolha dos informantes e a análise deste estudo. Não se pretende aqui apontar caminhos, mas, tão somente conhecer os percursos trilhados por acadêmicos que convivem com a experiência do sofrimento mental, como se percebem e se tornam sujeitos de sua própria vida.

7.3.1 Percepção da presença de sintomas depressivos

O sofrimento psíquico manifesta-se, atualmente, na forma da depressão. Entretanto, a palavra depressão tem sido comumente empregada tanto para designar desde um estado afetivo normal de tristeza até uma ou mais doenças. Del Porto (1999) esclarece que são entidades diferentes: a tristeza é uma manifestação humana universal, secundária a situações adversas, como uma perda. O luto consequente é uma resposta adaptativa que leva ao indivíduo ao recolhimento, pode estender-se por alguns meses, mas tem os seus interesses preservados e reage a estímulos ambientais, se devidamente estimulado. A tristeza sinaliza a necessidade de ajuda. A depressão pode ser um sintoma secundário a situações estressantes, a traumas ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Quando a depressão designa uma doença, as alterações de humor vêm acompanhadas de alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas.

Sentimentos de tristeza com ou sem motivos que permaneçam no tempo podem ser sinais de depressão e devem ser compreendidos como um sinal de alerta. Segundo Solomon (2014, p. 16), “a depressão não é apenas muito sofrimento; mas sofrimento demais pode virar depressão. O pesar é a depressão proporcional à circunstância; a depressão é um pesar desproporcional à circunstância”. Doença e

diagnósticos são igualmente complexos e muitas vezes, a percepção da doença requer um olhar e a escuta apurados aos sentimentos e acontecimentos cotidianos.

Relatos atinentes ao sofrimento mental e modos de enfrentamento apareceram em diferentes momentos no decorrer das narrativas, mas, embora tivessem conhecimento do critério de escolha para a segunda etapa do estudo, foi principalmente a partir da devolução do resultado individual do SRQ-20, ao final da entrevista, que os informantes abordaram sobre o assunto.

A presença do sofrimento mental é percebida pelos informantes que, na quase totalidade dos casos, referem ocorrência de sintomas anterior ao ingresso na universidade, como registrados nas falas abaixo.

Na verdade, eu tive depressão quando eu tinha uns nove, era mais nova, eu acho, eu fui pra o médico, só que eu não cheguei a seguir um tratamento, não fiz nada. [...] (Marta)

Eu percebo. Antes de ir morar com minha vó, eu já me sentia meio assim... Tem cinco anos que eu moro com ela, então, tem uma base de sete, sete ou oito anos, mais ou menos... (Raphael)

Desde nova, desde nova...[...] (Zilda)

Foi possível identificar alguns elementos relacionados ao surgimento ou agravamento dos sintomas, tais como: histórico de depressão na família; conflitos familiares; perdas de entes queridos, rompimento afetivos; cobranças internas em atendimento às expectativas, sobrecarga; dificuldades econômicas e, algumas vezes, uma sobreposição de fatores.

Para Bertaut, Lemery e Millot (2010) e Debarre (2015), a saúde mental está associada a uma série de fatores que envolvem questões relacionadas ao contexto sociocultural, econômico, ambiental, psicológicos e biológicos. O estado mental dos indivíduos pode ser influenciado por situações adversas tais como dificuldades socioeconômicas persistentes, desemprego, condições desfavoráveis de vida e trabalho, problemas de saúde, risco de violência e abuso doméstico, uso de substâncias, sobrecarga de trabalho e estresse.

Para Quitéria, Isaura e Ana, a manifestação dos sintomas se deu de forma pontual, decorrente de situações adversas em um dado momento de suas vidas, posteriormente superado.

Essa questão de tirar a vida, no caso, foi um momento que nada dava certo, nada! Se foi pra conseguir o apartamento, não deu certo. Meu marido não conseguiu o emprego, quando minha filha chegou. Foi um baque. É uma realidade de filho que a gente não tem noção. Quem tá fora acha que é uma coisa bonitinha, mas não é isso, é um gasto, é um estresse, é um... Aí, sabe? quando junta tudo, parece que não tem mais sentido de nada! Foi o que passou na minha mente no primeiro instante (Quitéria)

Eu tava numa fase bem ruim, estressante. Não tava bem. Eu nem me lembro o que foi que eu tive na época, mas qualquer problema que eu tenho, eu faço em tempestade... Agora que eu tô bem, mas quando eu tô mal... Eu não enxergo isso. Acho que o meu problema é maior do que o dos outros. (Isaura)

Eu sabia. Eu sabia que isso ia acontecer! eu estava numa fase 'beeemm', sabe? bem difícil, bem difícil, mesmo! Problemas no trabalho, aqui na faculdade não conseguia dar conta de tudo, com preocupações familiares com problemas com meu irmão Por sinal, eu tava preocupada em relação a isso, que eu percebi que eu tava desenvolvendo um quadro depressivo. Eu sempre trabalhei com criança, na igreja, sempre! sempre dei aula, sempre fiz alguma atividade, sempre, sempre... Então, eu tava me vendo presa. Trabalho-faculdade, trabalho-faculdade, trabalho-faculdade. Quando eu me vi sem nenhuma recreação, eu me senti triste, né? E aí eu comecei a ficar, assim, desse jeito, só abraçando problema, problema, problema... [...] a gente fecha o mundo à nossa volta, só de problemas, né, questionamentos... A gente só enxerga isso! (Ana)

A ocorrência simultânea de situações estressoras, tais como conflitos e transições familiares, dificuldades econômicas, exigências acadêmicos, demandas do trabalho e a ausência de vida social desencadearam uma grande sobrecarga emocional que se mostrou além da capacidade de gerenciamento, sendo o fator preponderante para o surgimento e agravamento do sofrimento mental, suscitando ideário suicida.

Um ambiente familiar conflituoso durante a sua infância, a experiência de conviver com a depressão de sua mãe e irmão e a perda de dois amigos por depressão foram situações marcantes na vida de Tarsila, conforme relatado em dois momentos da narrativa.

Minha mãe teve princípio de depressão, meu irmão entrou em depressão. [...] Meus pais brigavam muito na minha infância. Hoje não brigam mais, mas eu já vi minha mãe pegar faca pra meu pai, já vi meu pai preparar viagem pro Rio de Janeiro pra ir embora... então, eu vivia num clima muito instável (Tarsila).

A vida é muito efêmera, passa muito rápido e eu acho que não tava preparada para perder os meus amigos... a gente acha que amigo é

pra vida toda, que vamos crescer e eles vão ser os tios dos nossos filhos... eu perdi amigos de infância [...] tive um amigo muito bem sucedido que se suicidou no ano passado. Ele tinha entrado em várias faculdades, saído, e ele escreveu uma carta dizendo que ele não conseguiu ser o que ele queria. E aí a gente fica assim 'E o que ele queria ser?'... Ninguém sabe o que ele queria ser. Por isso eu fico pensando no quê que eu quero ser pra quando chegar lá na frente não bater isso, não bater esse desânimo que houve com ele ao ponto dele ter tirado a própria vida, né?. Então tudo isso me deixa pra baixo. Querendo ou não, as pessoas estão muito mais fracas, entrando em depressão. É muita coisa que a gente tem que lidar com 21 anos [...]. É muita coisa!... pesa né? Pesa (Tarsila)

As narrativas apontaram que eventos que marcaram a infância e adolescência, tais como abuso infantil e perdas afetivas, quer seja por separação parental ou morte ou entes queridos, deram origem ao sofrimento mental.

Eu acho que é mais em relação ao meu pai. É algo que aconteceu há anos atrás, mas que acarreta na minha vida até hoje. (Dandara)

Aí quando eu tinha uns 13, 14 anos, teve um acidente de carro com minha família e aí minha vó faleceu [...], eu senti uma falta grande (da avó) e, assim, minha mãe também era muito apegada a minha avó. Eu e minha mãe foi as pessoas que mais sentiram. Então, eu acho aí foi o ápice e aí, eu piorei, piorei, piorei. Aí eu comecei a fazer acompanhamento (Marta)

Filho homem criado sem pai, é uma coisa muito difícil porque você não vai contar pra sua mãe o que você contaria pro seu pai. E meu pai, embora seja uma pessoa viva fisicamente, é uma pessoa ausente na posição de pai. Então, isso também é uma coisa que me marca bastante... desde pequeno. (Raphael)

O surgimento de sintomas depressivos na infância ou adolescência tem sido associado ao desenvolvimento de quadros de ansiedade social e de depressão na sua forma mais grave na idade adulta (DALRYMPLE; ZIMMERMAN, 2011).

A depressão pode manifestar-se de diferentes maneiras, com intensidades variadas. Sentimentos como tristeza, vazio, solidão, perda de interesse ou do prazer e, em graus extremos, a falta de significado estão sempre presentes no sofrimento mental. Solomon (2014, p. 15) descreve a depressão como “a solidão dentro de nós que se torna manifesta e destrói não apenas a conexão com outros, mas também a capacidade de estar em paz consigo mesmo”.

O quadro clínico da depressão se apresenta por meio de sintomas de natureza psíquica, comportamental e fisiológica. Além da perda de interesse e da tristeza, a pessoa depressiva tem tendência à autodesvalorização, baixa autoestima, visão

pessimista de si mesmo e pensamentos distorcidos para a negatividade. Sua capacidade de planejamento e organização é comprometida e, não raro, são tomados por sentimentos de insegurança, culpa, inutilidade, falta de ânimo para atividades mais cotidianas (tarefas e diversão), culminando em isolamento. Além disso, lentificação dos processos psíquicos, dificuldade de concentração e memorização são sintomas também encontrados nos quadros depressivos (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Tudo eu acho que sou eu, que a culpa é minha Porque assim, eu sou muito fechada. Pela minha criação e pelas outras coisas que aconteceram, não consigo ser desinibida, não consigo ser... Assim, eu tenho uma alegria dentro de mim que eu não consigo colocar pra fora. (Brisa)

Então, às vezes eu sinto essa sobrecarga em mim, entendeu? E às vezes eu não consigo administrar isso. Eu tava me sentindo inútil...tava! Isso já tinha acontecido outras vezes (Ana)

Eu preciso fazer as coisas, mas desse jeito eu não tô conseguindo fazer nada, não consigo estudar, paro pra estudar e bate uma angústia, um negócio por dentro que parece que dá vontade de abrir o peito, sei lá! um negócio diferente... (Zilda)

Tenho dificuldade de me concentrar. Eu durmo muito mal [...] sem falar que o tempo todo eu fico também pensando nas coisas que acontecem no meu dia-a-dia, na minha vida. O meu pensamento voa, eu viajo em alguma coisa que aconteceu. (Brisa)

Pessoas com comportamento depressivo tendem ao retraimento social, labilidade emocional, lentidão ou agitação psicomotora e ideário suicida. O deprimido frequentemente apresenta fâcies de tristeza e melancolia (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007). No nosso estudo, tais comportamentos foram frequentemente mencionados nos discursos dos entrevistados, como exemplificado a seguir,

Como falei, eu sou uma pessoa calada, extremamente calada... Eu não consigo me expressar e dizer tudo que eu estou sentindo... talvez um teste desses demonstre mais o que estou sentindo, porque eu tô aí, só... Minha mente e o papel, não tô com ninguém falando...(Quitéria)

Sou uma pessoa retraída, sabe? Não é de dentro pra fora, é de fora pra dentro que eu guardo as coisas... Isso me machuca, isso me faz uma pessoa frágil, isso acaba comigo Tem tempo que sou de tudo, tem tempo que não quero nada com ninguém. Prefiro ficar no meu quarto. No dia mesmo que estou de folga, eu fico no meu quarto 24 horas (Raphael)

Não tenho vontade de sair. Eu fico muito em casa. Esse período que estou sozinha... é sofá e televisão. Tô sem vida social (Zilda)

Sintomas de ansiedade e depressão são os mais comumente encontrados quando se avaliam transtornos específicos (BRANDTNER; BARDAGI, 2009; DEL PORTO, 1999; FUREGATO et al., 2006; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007; WHO, 2016). A ansiedade é um estado emocional com sentimentos subjetivos de tensão, que pode acontecer a qualquer pessoa, em graus variados de intensidade, como um evento transitório circunscrito às circunstâncias (BASTOS; MOHALLEM; FARAH, 2008; BRANDTNER; BARDAGI, 2009), mas pode se manifestar como uma disposição pessoal relativamente estável, como respostas a situações estressantes, com uma tendência a perceber mais as situações como ameaçadoras (BRANDTNER; BARDAGI, 2009).

Períodos de transição são considerados desafiadores. A passagem da adolescência para a vida adulta é um período marcado por mudanças psicossociais importantes, dentre elas a escolha profissional e o ingresso na universidade. Os desafios inerentes a este momento de vida demandam do jovem contínua adaptação de âmbito relacional, acadêmico e vocacional. No ambiente universitário, vários aspectos podem ser percebidos como estressores, como por exemplo, provas, apresentação de trabalhos, excesso de tarefas acadêmicas, existência de conflitos com colegas e professores, entre outros. A resposta emocional a estas demandas, quando há uma cobrança interna de maior desempenho, podem ser amplificadas na presença de um componente de ansiedade, como observados na narrativa abaixo.

Eu fico bem ansiosa pela questão que eu planejo tudo. Lá em casa, minha parede tem: planejamento semanal, como é que tá a minha relação de estudo e às vezes eu fico muito triste por não conseguir alcançar os objetivos. (Tarsila)

A insônia e perda de peso estão entre os sintomas fisiológicos da depressão (DEL PORTO, 1999; MORENO; DIAS; MORENO, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007). Outras manifestações psicossomáticas também foram relatadas por Raphael, Brisa, Elza e Quitéria.

Dois anos atrás, mais ou menos, eu tive até um princípio de AVC. O médico falou que foi emocional. Que foi por conta disso, que eu preciso expressar o que eu sinto, que eu preciso colocar pra fora, mas eu não consigo, não consigo (Raphael)

Fiquei fraca, fiquei doente, emagreci, perdi peso... Quando eu vim pra faculdade, eu piorei de novo, passei mal [...] (Marta)

Minha saúde é muito, muito debilitada. Tudo eu fico doente! [...] A médica me falou que é muito emocional e que eu tinha que ver minha vida porque todo mês eu tava na emergência por conta de uma febre (Brisa)

Segundo Solomon, “a depressão não pode ser separada da pessoa afetada por ela” (2014, p. 20). A ocorrência da depressão muitas vezes não é visível ou compreendida como um grave problema de saúde que demanda ajuda terapêutica, até mesmo por quem sofre da doença. Por ser pouco conhecida, a depressão causa, no leigo, sentimentos de estranhamento. Por outro lado, o estigma que acompanha as doenças mentais pode ser um elemento de discriminação trazendo significados, percepções sociais, que transparecem na forma como as pessoas lidam com a diversidade. Tal atitude interfere na dinâmica das interações sociais e na disposição da pessoa em buscar o tratamento adequado, exacerbando, desta forma, as consequências da depressão. Além disso, a pouca disponibilidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental também é uma realidade, conforme registrado na fala de Zilda,

Tinha vontade de fazer tratamento, mas não tinha tempo... e depois, o sistema de saúde... (Zilda)

A negligência ao tratamento, entretanto, poderá trazer maiores dificuldades no enfrentamento do problema aos indivíduos e à família. Segundo a OMS (WHO, 2017), a depressão é o transtorno mental mais frequentemente associado a mortes por suicídio. Cerca de dois terços dos indivíduos com depressão têm ideário suicida. Destes, 10 a 15% chegam ao seu intento e, os sobreviventes têm maior risco de serem bem sucedidos numa segunda tentativa (SADOCK; SADOCK, 2007). Millan e Arruda (2008), por sua vez, alertam que depressão, características de personalidade e o estresse acadêmico podem estar associados à ocorrência de suicídios.

No nosso estudo, o desejo de morte foi mencionado nas narrativas de cinco dos dez entrevistados. Para alguns, o pensamento suicida apresentou-se de forma pontual, diante de uma situação de elevado estresse. Em outros, é uma condição recorrente, que acompanha sofrimento de maior intensidade e de tempo de existência, com histórias de depressão autorreferida surgidas entre infância e adolescência.

É uma coisa que vai e depois volta, entendeu? É de momento. Dependendo da situação que estou passando é o que faz com que eu tenha esse tipo de pensamento, que me sinta dessa forma inútil, ou que ache que não vou conseguir ou que eu ache que é melhor morrer, digamos assim, porque morrendo, não vai ter problema. Morrendo, eu não vou precisar tá atrás das pessoas pra me ajudar a resolver meus problemas. Então, realmente é de fase. Mas não é de fase 'Ah! hoje e daqui a um ano!'... Às vezes é semanalmente, às vezes é mensalmente... varia bastante. (Raphael)

[...] Mas por mim, eu não tenho vontade nenhuma de estar aqui. Nenhuma mesmo... A minha vida, eu não considero "uma vida", tá entendendo? Uma coisa que 'Ah! Eu adoro viver'! Não! Eu tô aqui mais por obrigações, tinha obrigações com ela e agora com minha filha, entende? mas por mim, eu não vejo graça na minha vida... O meu instinto de obrigação fala mais alto." (Zilda)

Sem sombra de dúvida, a história de maior impacto é a de Zilda. A sua fala revela um esvaziamento de sentidos da vida, amplificado pelo momento de extrema dor com o falecimento da sua mãe. Zilda tem um forte componente de solidão e tendência ao isolamento e ao suicídio. Sem recursos financeiros, sem família e com uma filha deficiente pra cuidar, ela inspira cuidados psicoterapêuticos imediatos. Foi oferecida ajuda psiquiátrica e psicológica através dos profissionais do Plenus, mas ela recusou com a justificativa de que é melhor "não mexer", com receio de, ao falar, ficar mobilizada e "não ter com quem contar".

A importância real da minha vida, eu acho que não descobri, não... talvez na outra encarnação. Na outra, talvez eu possa ficar feliz comigo, entendeu? Nessa, só obrigação, só obrigação. Por isso eu não quero ficar falando, sabe? Eu vou ficar lembrando, me martirizando, entendeu? (Zilda)

Ter propósito na vida e ter satisfação com a vida são considerados fatores protetores contra o ideário suicida, conforme resultado de um estudo feito por Heisel e Flett (2004) com pacientes psiquiátricos. Os autores constataram que as experiências subjetivas de instabilidade emocional, depressão e desesperança social podem ser insuficientes para evocar suicídio, mas que pensamentos suicidas podem depender de uma presença de fatores psicológicos negativos e de ausência de positivos. A evidência da pesquisa indica que as emoções positivas podem melhorar significativamente a resolução de problemas, contribuir para o bem-estar emocional e reduzir o pensamento suicida. Ou seja, a busca intencional de tarefas, experiências que possam trazer significado e finalidade na vida, tendem a promover um sentido de satisfação e bem-estar psicológico, prevenindo as expressões de suicídio.

O propósito na vida atua positivamente na prevenção do ideário suicida em indivíduos com níveis crescentes de depressão subjetiva, contribuindo para a resiliência psicológica global e pode desempenhar um papel poderoso na dissuasão de pensamentos suicidas, reduzindo, potencialmente, o risco de suicídio. Já a satisfação da vida ocupa um papel mais secundário, demovendo do indivíduo a contemplação suicida (HEISEL; FLETT, 2004).

O conhecimento e o reconhecimento sobre o problema estão bem documentados nas falas dos informantes, entretanto, ser estudante da área de saúde não os tem conduzido à busca de ajuda especializada, com exceção de Quitéria.

Foi iniciativa minha mesmo, pelo fato de eu não conseguir soltar umas coisas, talvez chegando ao ponto de eu não me conhecer mais... Essa coisa de ansiedade também, isso já tá me atingindo, me fazendo mal, aí eu fui no clínico, peguei uma guia pra mim ter um acompanhamento com uma psicóloga. Ainda não consegui iniciar por conta do horário (Quitéria)

A maioria dos informantes não fez este mesmo percurso. Marta, Dandara e Zilda descontinuaram por conta própria o tratamento que estavam fazendo, por diferentes motivos, tais como: a crença na autossuperação, a indisponibilidade de recursos financeiros e o medo do enfrentamento.

Eu tive depressão quando era mais nova e fiz acompanhamento tudo direitinho e tal. Na época, eu precisava muito. Me ajudou naquele momento e até posteriormente porque até hoje me ajuda a analisar alguns pontos, né? [...] Quando eu vim pra faculdade, eu piorei de novo, passei mal... Eu já tinha me matriculado. Minha mãe falou 'não, melhor você ir porque lá você continua o tratamento, em qualquer outro lugar você faz um acompanhamento, quem sabe você melhora?' Aí, depois que eu vim pra cá. Eu nem cheguei a fazer o acompanhamento, mas eu melhorei porque eu busquei muito isso em mim (fé) e acabei melhorando. [...] Eu continuo trabalhando isso em mim, mesmo não fazendo mais o acompanhamento. Teve coisas que eu percebi que não era só ir pra sala e conversar com o profissional. Tinha coisas que eu precisava mudar em mim. [...] Então, eu aproveitei isso de tá voltando a morar aqui pra, tipo, me libertar mais um pouco. Eu comecei a trabalhar mais em mim isso, que eu tinha que me relacionar melhor, melhorar alguns pontos que eu achava que eu tava em falta comigo e aí, isso me ajudou. (Marta)

Eu fiz até acompanhamento num psicólogo durante um tempo. Só que era particular e na época minha avó não tinha recursos, quem fazia todos os custos comigo, era minha avó. Eu fiz durante um tempo, mas depois foi uma coisa que foi parando, sabe? (Dandara)

Só tomava medicação, mesmo. Fiquei tomando Prozac. Tinha vontade de fazer tratamento, mas não tinha tempo... e depois, o sistema de

saúde...Depois, eu também tenho medo de falar e ficar na minha cabeça... eu tento esquecer, entendeu? A terapia é um risco alto pra correr... E se eu piorar? Meu medo é piorar, ficar pensando... Não! Prefiro não falar... Prefiro trancar. Deixa ele trancado porque se ele quiser sair, eu dou um jeito nele. Se piorar eu não tenho ninguém pra ficar perto de mim, entendeu? Ficou trancado a vida toda... Isso não é agora, não. É desde criança, então, até agora estou conseguindo me controlar (Zilda)

Apesar de ter formação na área de saúde como Técnica de Enfermagem, donde se pode inferir que tenha conhecimento a respeito das consequências da interrupção do tratamento e, embora tenha sido alertada sobre a possibilidade de ser assistida pelo serviço oferecido pela universidade através do Plenus/CEAC, tal oferta não foi acolhida pela aluna.

Para Kehl (2009), muitas pessoas jamais experimentaram outro modo de estar no mundo que não seja a depressão. Na sua visão, “os deprimidos recuam, pois não admitem o risco da derrota nem a possibilidade de um segundo lugar. Ao colocar-se ante a exigência do “tudo ou nada”, acabam por instalar-se do lado do nada” (KEHL, 2009, p.15). O receio de não dar conta de acessar questões internas e da fragilização que possa advir, parecem evidentes nas falas de Zilda, que a impede de apostar em buscar sentido na sua vida, e na de Tarsila, que, apesar de reconhecer a gravidade do problema, não compartilha suas emoções e tristeza com a família ou amigos e nem mesmo acolhe a oferta de ajuda da pastora da sua Igreja, conforme relato abaixo,

A professora A.E. me falou sobre essa questão da depressão, que eu tinha indícios, que eu procurasse a terapia. Aí eu fiquei no ônibus triste, triste, triste... . Isso me deixou muito pra baixo. [...] Aí, depois eu disse 'Ah quer saber de uma? Não posso ficar triste não. Tem que ficar feliz. Tem que ser forte, tem que segurar a barra'. Aí fui pra casa já com outra atitude. Então tenho tentado levar essa atitude, de não ficar triste. Mas às vezes a gente fica triste... A vida tem altos e baixos. Somos humanos... Mas eu fico com mais medo ainda [...] Quando eu fico assim, normalmente, eu não gosto muito de conversar com minhas amigas, não, porque normalmente eu sou a mais feliz, a que mais brinca... Então, eu não gosto que elas me vejam triste [...] Essa semana é uma dessas semanas que eu quero ficar quietinha na minha. Eu frequento igreja. Minha pastora me ligou 'Já tem três semanas que você não vai à igreja... O que tá acontecendo?' Eu falei 'Tô quietinha, tô na minha, deixa, daqui a pouco eu volto, vai dar tudo certo'. Mas, pesa né? Pesa (Tarsila)

A atitude de não revelar sentimentos e de não se expor esteve, por muitas vezes, indicada nas falas dos informantes. Entretanto, fica evidente que esta

aparência de força esconde uma fragilidade de quem necessita de amparo e aceitação.

Meu pai fala assim 'Ah porque você é a mais forte'. Eu não me acho mais forte. Eu tento lidar com os meus problemas sem envolver os outros. Eu acho que sou a mais fraca (Tarsila)

Não converso com ninguém porque eu acho que se eu ficar só falando do meu lado, talvez eu piore, sei lá! Mas ninguém sabe do meu lado. O povo acha que eu sou forte, entendeu? (Zilda)

Eu comecei a guardar isso, a não desabafar, a botar essa pessoa forte que a pessoa vê... Ninguém me vê como uma pessoa fraca, uma pessoa que precisa de ajuda. Eu não peço ajuda a ninguém de nada! Tudo eu me viro só, eu vou só. [...] Eu tive que aprender a me virar sozinha e, não sei, eu não consigo pedir ajuda. A palavra pedir é muito difícil pra mim (Brisa)

A não busca de acompanhamento com profissional especializado nas narrativas esteve relacionada a vários fatores, tais como medo de enfrentar o tratamento, descrença quanto aos seus resultados e confiança de que pode enfrentar o problema sem ajuda externa. Kehl (2009) reflete sobre a questão da depressão e a experiência do tempo na contemporaneidade. Indivíduos depressivos não conseguem entrar em sintonia com a aceleração imposta pela vida cotidiana. Há um sentimento de desprestígio social em função de sua tristeza, que não são bem aceitos numa sociedade em que as pessoas têm obrigação de serem felizes. Segundo Kehl (2009, p. 16), “o mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que faz agravar o sofrimento dos depressivos com sentimento de dívida ou culpa em relação aos ideais de circulação”. O estado de alerta no qual os indivíduos são levados a viver, acabam por amplificar as consequências da depressão.

Ela comenta ainda que “não há entre os discursos hegemônicos da vida contemporânea, nenhuma referência valorativa dos estados de tristeza e da dor, assim como do possível saber a que eles podem conduzir”. (KEHL, 2009, p. 16) e alerta que,

ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver. Aos que sofreram o abalo de uma morte, uma doença, de um acidente grave, a medicalização da tristeza ou do luto rouba ao sujeito o tempo necessário para superar o abalo e construir novas referências e até mesmo outras normas de vida, mais compatíveis com a perda ou eventual incapacitação (KEHL, 2009, p. 31).

Os depressivos são mais acessíveis ao seu saber inconsciente do que os neuróticos e que já têm instalado em si um vazio de sentidos. Segundo ela,

O que abate o depressivo não é propriamente o vazio, mas o desconhecimento do que causa o seu desejo. O saber sobre o vazio que, por um lado serve de argumento ao seu desejo de prostração, por outro abre uma grande perspectiva de mobilidade no seu campo simbólico; o depressivo, em sua via de cura, é capaz de inventar objetos que respondam à falta daquele que causou seu desejo (KEHL, 2009, p. 20).

Para tanto, é preciso que o indivíduo depressivo se mova na direção de encontrar em si mesmo algo que possa construir sentido à sua existência para contrapor este sentimento de vazio, o que significa dizer que só ele é capaz de “construir uma via que o represente como sujeito desejante” (KEHL, 2009, p. 19). Isso é percebido, por exemplo, na fala de Elza e de Ana

Eu tive que desmoronar tudo e começar tudo de novo. Eu tô num momento de construção. Não de reconstrução. Reconstrução é quando você tirou a metade, né? é algo que tá montado e você começa a reconstruir de novo. E construção é quando você destruiu tudo e começou do zero. [...] Então, minha vida pra mim, é de construção (Elza)

Eu percebi que eu tava desenvolvendo um quadro depressivo [...] O quê que eu fiz? Eu comecei a separar as coisas. Então, assim, eu tava pegando o que era problema dele (irmão) pra mim. E aí eu disse, ‘Não!’ Quando minha mãe dizia ‘ah, porque tem que fazer alguma coisa pra (a sobrinha e sobrinho)’, eu: ‘Mainha, ele é o pai, eu sou a tia’. Comecei a fazer este tipo de exercício na minha mente. [...] Eu sempre trabalhei com criança, na igreja, sempre! sempre dei aula, sempre fiz alguma atividade, sempre, sempre... Eu voltei pras atividades. Dia de sábado eu saio daqui correndo, mas eu vou. Eu me sinto outra pessoa, me sinto super bem! Comecei a sair mais... Sabe? Ficar dentro de casa não vai resolver. Então eu comecei ver que o mundo é diferente, não é só aqui, problema, o mundo vai mais além. (Ana)

Em outras narrativas, verifica-se que a barreira do isolamento tem sido substituída por uma atitude de compartilhamento com outras pessoas.

Eu, na verdade, eu busco conversar com pessoas, assim, que me ajudam. Eu tenho uma líder na igreja, mesmo, que ela me ajuda muito, ela conversa comigo, me anima, eu tento sair pra algum lugar pra me distrair (Isaura)

Eu comecei a ver que eu tinha que me comunicar com as pessoas, eu tinha que pedir ajuda. Não era uma coisa que eu tava me humilhando, é uma coisa que é normal. (Brisa)

Os motivos da não adesão ao tratamento psicoterapêutico verificados nas entrevistas estão relacionados à falta de confiança sobre a eficácia da psicoterapia, indisponibilidade de serviço na rede pública e à questões financeiras. Apesar da disponibilidade do serviço de aconselhamento psicossocial oferecido à toda comunidade acadêmica, nenhum dos informantes buscaram o atendimento do Plenus/CEAC. Existe uma resistência a este tipo de atendimento pelo preconceito associado à saúde mental.

A falta de iniciativa por aconselhamento e/ou tratamento terapêutico de alunos com sintomas depressivos e de ansiedade foram documentadas nas publicações da revisão de literatura feita por Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2006) como também outros pesquisadores, como Baldassin, Martins e Andrade (2006), Gryscek (2014), Millan e Arruda (2008), Seritan et al., 2012. Na sua pesquisa, Gryscek (2014) investigou busca por atendimento em saúde mental com alunos de Medicina e constatou que 75,4% dos estudantes não havia procurado atendimento em saúde mental antes de entrar na Faculdade e que apenas 3,3% buscou atendimento psicológico no primeiro ano do curso. Os estudos sinalizam que muitas vezes esta atitude deve-se, em grande parte, ao preconceito que acompanha a sofrimento mental, levando-os ao medo de serem apontados como “fracos”.

Os estudos a respeito da saúde mental de universitários teve início na primeira metade do século XX, tendo como objeto de investigação estudantes do curso de Medicina. O resultado destes estudos alertaram as instituições de ensino superior sobre a necessidade do desenvolvimento de programas de bem-estar e prevenção de saúde mental. Segundo Millan e Arruda (2008), a Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco foi a pioneira a oferecer assistência psiquiátrica aos estudantes do curso de Medicina em 1957. Esta iniciativa influenciou outras instituições a realizarem experiências semelhantes, tais como a Universidade Federal de Minas Gerais, em 1966, com a implantação do Centro de Atendimento da Psicologia (CEAP); a Universidade Federal do Piauí, em 1976, com o Serviço de Benefício ao Estudante (SEBE); a Universidade Federal de Sergipe, em 1980, com a Coordenação de Assistência e Integração do Estudante (CODAE) e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1986, com a criação do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) (RIBEIRO, 2014). De uma forma geral,

são serviços que contam com uma equipe multiprofissional constituída por psicólogos, psicopedagogos e assistentes sociais (MILLAN; ARRUDA, 2008; RIBEIRO, 2014).

Millan e Arruda (2008) relataram a experiência de 21 anos do GRAPAL com alunos do curso de Medicina, cujo início foi suscitado pela ocorrência de suicídio de um aluno. A dinâmica de assistência deste serviço acolhe estudantes desde a entrada na universidade, os quais são convocados para uma entrevista psicológica individual. Esta é uma oportunidade tanto de se obter informações sobre suas demandas psicoemocionais dos universitários, como destes tomarem conhecimento da existência e funcionamento do serviço. Por demandas espontâneas ou encaminhadas pelos professores, além da assistência psiquiátrica, são oferecidos assistência psicoterapêutica e, quando necessário, orientação à família ou aos docentes. Nestes 21 anos de atividade foram realizados 13.783 atendimentos em 4240 alunos, sendo na maioria mulheres, numa proporção de 2:1. Os motivos mais predominantes foram os transtornos de humor, com maior incidência de quadros depressivos, seguidos dos transtornos de ansiedade.

Os motivos associados à depressão estão relacionados ao excesso de atividades que limitam o lazer e a menor disponibilidade para a rede familiar e social, o fim da idealização do curso e a conscientização dos problemas existentes na profissão médica, somados à alta exigência de seu desempenho. A elevada competitividade existente entre os alunos pelas melhores notas e por vagas em Ligas Assistenciais Extracurriculares, em estágios no exterior e na residência médica são os que mais levam aos quadros de ansiedade (MILLAN; ARRUDA, 2008).

Eles alertam que muitos dos alunos não procuram o atendimento em razão do preconceito que envolve a doença mental e as dificuldades psicoemocionais. Apesar disso, os dados levantados pelos pesquisadores indicaram que houve uma redução de oito vezes o coeficiente de suicídios entre os alunos do curso de Medicina. Para os autores, isso se deve ao aumento do número de tratamentos psiquiátricos e psicoterapêuticos, em especial para os quadros de depressão grave; à melhor compreensão da personalidade dos alunos; às mudanças curriculares; à introdução da semana de acolhimento aos calouros e à introdução de um programa de tutoria. (MILLAN; ARRUDA, 2008).

7.3.2 Família, redes e mobilidade social

A família está presente em todas as sociedades conhecidas, nas diferentes culturas. Ela é considerada o primeiro e principal agente de socialização, onde as identidades pessoais são construídas e aonde são produzidas as relações de proteção e cuidado entre os seus membros, de promoção, de apoio, acolhimento, respeito à individualidade e potencialização do outro. A família se constitui recurso para a formação da pessoa, *locus* de transmissão de valores, modos de vida, trocas afetivas, apoio emocional e material, mas também espaços de conflitos (DESSEN; POLONIA, 2007; LITO, 2012; PEREIRA; LIRA; PEDROSA, 2011; PETRINI, 2003, 2005)

Da segunda metade do Século XX para cá, a família tem passado por inúmeras e profundas transformações, com o surgimento de novas configurações familiares com consequentes mudanças no tipo de vínculo de relações entre as pessoas, na distribuição dos papéis e competências, das relações de autoridade e poder (CECCARELLI, 2007; PRATTA; SANTOS, 2007). Independentemente das configurações, as famílias se mantêm como uma fonte de desenvolvimento de relações interdependentes, recíprocas, complementares, assimétricas e de vínculo que visam sua perpetuação e não apenas sua repetição (CIGOLI, SCABINI; 2007; PETRINI, 2003).

Na perspectiva das relações de reciprocidade, surge o tema de redes sociais, cuja dinâmica envolve interações, permanências e discontinuidades (PORTUGAL, 2007). O fluxo relacional que ocorre no interior das redes sociais é fonte inesgotável de capital social, definido por Bourdieu (2015c) como o conjunto de recursos disponíveis dentro de um grupo que mantém entre si interesses comuns e ligações permanentes e úteis. O volume e a qualidade dessa rede de relacionamentos guarda dependência com o capital cultural que cada um detém.

As famílias aqui representadas têm três configurações, a saber, famílias nucleares, famílias monoparentais e famílias recompostas. Acredita-se que, independentemente do modelo de família, faz-se necessário estabelecer relações entre seus membros de maneira a propiciar o pertencimento e alicerçar experiências futuras, criando, desta forma, condições mais seguras para o enfrentamento das dificuldades (PINHEIRO, BIASOLI-ALVES, 2008)

No nosso estudo, isso está evidenciado nas seguintes narrativas:

A nossa relação é boa, né? Toda família tem problemas, toda família tem, mas a gente se dá todo mundo bem... Sem minha família, com certeza eu não estaria aqui! Com certeza! Nem hoje eu estaria aqui! Com certeza! (Ana)

Minha mãe, minha vó, meu esposo e meu tio, eles são minha base. Se não fosse eles eu não estaria estudando não. Se não fosse à base que eu tenho, mesmo eles não sendo tão estudados, eles me dão um empurrão, uma força pra mim seguir... Eu acho que eles acreditam mais em mim do que eu mesma. É mesmo! Me põe muito pra frente, muito! Até quando eu penso em desistir (Dandara)

Importante destacar o aspecto funcional das redes sociais como fonte de apoio, onde os indivíduos com redes mais estruturadas possuem maior capacidade de lidar com situações adversas (SLUZKI, 2003).

Era muito eu e ela. E depois, quando eu engravidei, minha mãe passou a gravidez toda colada comigo. Na minha cabeça, eu e minha mãe era uma coisa só (Zilda)

Ela foi muito presente. Ela foi mãe e pai, ela é mãe superprotetora, literalmente. No que eu precisar ela tá junto. Eu tive uma crise no casamento que meu marido chamou minha mãe e meu padrasto. Aí, eles foram lá conversar com a gente. Eu casei com 18 e com 19 tive filho. Tudo foi rápido. Aí ele percebeu que nossa relação não tava dando certo no início. [...] Eles foram lá, aí conversou, minha mãe me chamou a sós, conversou... aí a gente foi tentando mudar umas coisas.[...] Ele me ajuda em tudo! Se eu tiver doente, então!... Tem a família do meu marido também, minhas cunhadas, minha sogra, minha irmã... todo mundo se eu precisar eles me ajuda, nessa parte (Quitéria)

Minha família era muito desunida, mas depois que minha vó teve o primeiro câncer, todo mundo se uniu. Não sei se foi o medo de perder a matriarca da família, sabe? Todo mundo se uniu e hoje minha família é muito unida [...] O que doer em um, o problema que tiver em um, todo mundo se mexe pra ajudar (Dandara)

De fato, para Fonseca (2005), as redes de apoio e ajuda mútua desempenham um papel importante nas camadas populares quando o tema é o cuidado de parentes. Como apontaram Franco e Costa (2012, p. 06),

Particularmente nos grupos populares, o conceito de família pode ser visto como relacionado ao desempenho de atividades domésticas do dia a dia e a participação numa rede de ajuda mútua – diferentemente das classes mais abastadas, cujos recursos financeiros permitem outro tipo de ajuda.

Redes familiares estão relacionadas à função de proteção e cuidados, mas também podem ser produtoras de tensões e conflitos (SLUZKI, 2003). Isso fica

evidenciado na narrativa de Brisa, que relata um histórico familiar de relações parentais e fraternais conflituosas.

Minha mãe teve seis maridos e oito filhos, eu sou a quinta. Ela sempre teve essa vida de relacionamento, se casava, os filhos ficavam com meus avós e ela vivia com outro marido. Eu fui criada com minha avó. Então eu fui morar com ela e aí, desde que eu me entendo por gente, eu sempre fui maltratada por ela... Eu nunca fui defendida por minha mãe. Eu sempre senti falta disso. Eu sempre fui defendida por meu avô quando ele tava perto. Quando ele faleceu, ela (a avó) colocou a gente pra fora de casa. Então, a gente teve que ir morar numa casa de aluguel, que a gente não tinha pra onde ir, não tinha casa. Eu tinha 15 anos [...] Quem me ajuda? Ninguém, ninguém, ninguém... (Brisa)

Expressões como geração canguru, ninho cheio e filhos bumerangues têm sido cada vez mais conhecidas na atualidade, em alusão a um fenômeno cultural do mundo contemporâneo que é a permanência prolongada de filhos adultos na casa dos pais. O termo ninho cheio diz respeito à convivência e coabitação familiar com os filhos cangurus (jovens com idade entre 20 a 30 anos residindo em casa) e bumerangues, aqueles que, independente do motivo, retornam à casa dos pais. Esta é uma tendência mundial em face às transformações pelas quais a família tem passado nos últimos anos (DEBERT, 2010; FIGUEIREDO; CERVENY, 2012).

Eu agradeço a Deus porque eu tenho um pai que realmente me apoia, porque hoje encontrar um pai que apoia com 30 anos é meio complicado... [...] Todo dia ele sonha. Meu Deus do céu, imagine! Um pai que sonha com uma filha de 22 anos formando e o meu sonha com uma filha já com 30! Painho bate palma muito, tanto médica como enfermeira, é a filha dele (Elza)

Este fenômeno, entre outros fatores, tem sido atribuído ao aumento do tempo de escolarização dos jovens com investimentos na pós-graduação, assim como por própria escolha do filho adulto, ainda que tenha alcançado a sua independência financeira, alinhando o usufruto de uma liberdade econômica à comodidade oferecida pelos pais. No caso de Elza, entretanto, a coabitação parental se dá por circunstâncias geradas pela tomada de decisão tardia em relação à sua vida profissional. Em seus relatos, fica evidente que ela ansiava estar em uma situação de independência financeira.

A presença e vínculos com os irmãos surgiram em muitas narrativas. Os vínculos fraternais se constituem as relações mais duradoras e vão desempenhar uma base de sustentação do equilíbrio familiar no compartilhamento de responsabilidades de ordem emocional, financeira, cuidados com os pais na velhice como também na

ocorrência de situações adversas, tais como a separação, crises financeiras, doença, morte de um ou de ambos os pais. Para Meynckens-Fourez (2000), as relações fraternas preenchem no mínimo três funções: de afeição, tranquilidade e recurso; de substituto parental; e de aprendizagem dos papéis cognitivos e sociais.

Eu tenho uma irmã, a de 14 anos, que é da minha mãe. Ela me ajuda bastante, no caso agora eu saio pra faculdade, é ela que vai buscar minha filha na escola (Quitéria)

As relações fraternas se constroem na primeira infância a partir do nascimento do segundo filho. Elas se desenvolvem no compartilhamento de experiências cotidianas e desempenham um importante papel na determinação das características de identidade e personalidade dos indivíduos (GOLDSMID; FERES-CARNEIRO, 2011). Estas relações são constituídas por regras e limites próprios, não somente na infância, mas também na fase adulta e a sua qualidade reflete-se nos padrões de interação familiar e da rede de apoio social. No entanto, as relações fraternas podem não ser favoráveis ao desenvolvimento.

Eu já tentei algumas vezes ser amigo de minha irmã, de contar alguma coisa a ela, só que aí ela contava pra outra pessoa Ela não sabe ouvir aqui e guardar pra si, pra tentar ajudar, não. Discutiu comigo? 'Vou espalhar pra todo mundo o que você me disse, vou falar pra minha mãe!'. Ela foi contar pra minha mãe. Então, isso me fragilizou e eu passei a não confiar mais. Então, isso aí foi um ponto que me fez não confiar nas pessoas. (Raphael)

No caso de Brisa, ainda na sua infância, vivenciou uma situação de violência com o assassinato de seu pai pelo próprio irmão. A partir do ocorrido foi criada pela avó até os 15 anos, em um ambiente de muitos conflitos familiares e pouca afetividade e proteção. Embora viva com a mãe e alguns dos irmãos, relata que a relação entre eles é distanciada, de modo que ela não se sente pertencente à família. O fato de Brisa e as irmãs mais velhas não terem convivido durante a primeira infância pode ter influenciado na qualidade dos vínculos estabelecidos entre elas.

Meu tio matou meu pai... Eles não se davam bem, brigavam muito. É uma coisa assim como eu vejo hoje com minhas duas irmãs mais velhas, não sei nem explicar o que elas sentem... a gente não se dá bem [...] Os mais novos, a gente é superamigos, eu converso tudo, inclusive eu falei com minha irmã que eu ia está aqui hoje, a gente conversa muito (Brisa)

Para Howe e Recchia (2006), o conflito entre os irmãos na infância, pode estar associado a uma pior adaptação à vida social quando adulto, Foi observado na

narrativa de vida de Brisa, que a não vinculação com os irmãos, frequentemente a primeira rede social do indivíduo, repercutiu na precária rede social quando adulta.

Porque eu sou assim muito fechada [...] Pela minha criação e pelas coisas que aconteceram, não consigo ser desinibida, não consigo ser... (Brisa)

Segundo Goldsmid e Feres-Carneiro (2011) “Nos casos de ausência dos pais, as relações fraternas se constituem, frequentemente, nas únicas duradouras. Nessas circunstâncias, as relações fraternas devem ser protegidas e apoiadas”. Em famílias em que o amor e a proteção dos pais estão ausentes, os irmãos tendem a intensificar os laços fraternos, porém isso não foi observado na narrativa de Zilda, que perdeu a mãe recentemente e não encontra nos irmãos o acolhimento.

Eu me sinto filha única, apesar de ter dois irmãos. Meu irmão mais velho vive para a mulher [...] e o do meio, nunca tive assim uma aproximação... se eu pedir alguma coisa a ele, ele faz, mas não é, assim, uma aproximação afetiva, entendeu? (Zilda)

Compondo a rede familiar de apoio, está o investimento na educação. Segundo Singly (2012), o capital dominante hoje é o capital escolar, já que a sociedade atualmente é regida por uma produção de componente escolar. Neste contexto, a família interfere ao apontar direções que promovam o crescimento do indivíduo, conforme se pode ler no relato de Tarsila:

Então o meu pai, ele orienta muito a gente quanto a isso [...]. Minha mãe também. Meus pais investiram muito na nossa educação. Eu vi sempre meu pai abdicando de coisas para poder nos dar. [...] Eu e meu irmão sempre percebemos isso. Ele sempre conversou muito com a gente, sobre oportunidades, que ele queria que nós crescêssemos, que ele tava trabalhando pra isso (Tarsila)

Para Singly (2012, p. 86), “o ideal de igualdade de oportunidades – princípio central de uma sociedade individualista e democrática – é contraposto pela transmissão de uma herança cultural, pelas estratégias e pelo trabalho parental de educação associados a este objetivo”. Além disto, este autor enfatiza que, além de uma função relacional, as famílias contemporâneas asseguram outra função, universal, contribuindo para a reprodução biológica e social, mobilizando-se para que seus filhos ocupem posições sociais pelo menos comparáveis àquelas de seus pais, ilustrado na fala seguinte de Tarsila

Na minha família só tem professor. Meu irmão vai ser professor, minha mãe é professora, meu pai é jornalista, mas também é professor. Meu

irmão tá terminando geografia. Ele trabalha numa escola pretende fazer mestrado... (Tarsila)

Em períodos de transição, as famílias têm de operar “estratégias de reconversão”, quer dizer, transformar um pequeno capital econômico em capital escolar (SINGLY, 2012, p. 92). No centro destas estratégias se situam as educativas, “conscientes ou inconscientes, onde as estratégias escolares são um aspecto particular – que visam produzir agentes sociais capazes e dignos de receber a herança do grupo” (BOURDIEU, 1989, citado por SINGLY, 2012, p. 92).

minha geração todos estudam, todos fazem faculdade. Todos na mesma idade que eu... (Isaura)

Em uma sociedade dominada pelo capital escolar, este tem um papel dominante na fixação do valor dos indivíduos (SINGLY, 2012, p. 93). No entanto, cada pessoa tem que ter em si a disposição para investir em si próprio. O termo “estratégias de reprodução”

subestima o trabalho que o herdeiro realiza para herdar. No modo de produção de componente escolar, as estratégias efetuadas pelos pais e pelos jovens para manter ou melhorar o valor do grupo familiar exigem um trabalho para que o objetivo seja atingido, eis porque elas podem ser chamadas de “estratégias educativas de mobilização” (SINGLY, 2012, p. 98).

O investimento familiar, por si só, não garante a aquisição e o acúmulo do capital cultural aos seus descendentes, mas depende da iniciativa e comprometimento pessoal dos indivíduos. Em muitos momentos da sua narrativa, Zilda lamenta não ter aproveitado a oportunidade oferecida pela família, o que é para ela, fonte de frustração.

Se eu quisesse estudar, eu tinha um suporte. Meus pais não eram ricos, nem nada, mas assim, estudo eu podia ter. Não é o estudo de luxo, não é roupa, não é nada disso, não, o estudo, o transporte, a alimentação... (Zilda)

Assim, pode-se supor que, nos casos estudados, como afirma Singly, “a família moderna faz um par com a instituição escolar” (SINGLY, 2012, p. 88) e que, “numa sociedade em que o modo de reprodução é o de dominância escolar, o valor de uma família (e do grupo social ao qual ela pertence) é definido pela quantidade de capital escolar detido pelo conjunto de seus membros” (SINGLY, 2012, p. 92).

7.3.3. Itinerários Acadêmicos

Toda a atividade humana implica num horizonte de possibilidades, na qual o ser humano se projeta para um futuro que lhe confere finalidade e justificação. Não podemos ser o que somos a não ser nos projetando para o futuro, produzimos significações sobre o ambiente que nos rodeia, o que dá sentido à nossa existência. Para Delory-Momberger (2006, p.364), “Nós estamos constantemente em um *ativismo* que nos põe às voltas com nossa implicação no real – nosso ser-no-mundo – e nossa orientação para o futuro – nosso estar-diante-de si”.

O *projeto de si* - desejo incessante que o indivíduo tem de busca de si mesmo - não é um movimento consciente que visa realizações concretas e imediatas, mas deve ser compreendido como um impulso continuamente para frente, uma orientação para o futuro (ou futuros). A falta de horizontes e de sentido, tal como acontece nos quadros depressivos, pode se traduzir com um elemento limitante ou, até mesmo, impeditivo para a projeção deste futuro.

Esse *projeto de si* não é objetivamente apreensível e nem esgotável, excede os projetos particulares que tentam objetivá-lo, mas a partir dos quais ele toma forma e se concretiza e se desenvolve, por exemplo, em projetos de longa temporalidade, tal como os projetos de formação, projetos matrimoniais, e familiares e os projetos profissionais.

Na dimensão do percurso profissional, o indivíduo é convocado a um protagonismo que tem como objetivo reconhecer melhor as suas competências e a construir com elas percursos de formação apropriados ao desenvolvimento de aptidões tanto profissionais quanto pessoais. Neste item abordaremos os percursos trilhados pelos nossos informantes da escolha à expectativa do futuro.

O desenvolvimento humano é marcado por rupturas – na trajetória de vida – seguidas de um período de reestruturação – transição – para um novo equilíbrio. Rupturas são momentos em que os modos existentes de ajustamento progressivo são interrompidos, são o que se costuma denominar de *pontos de virada*, ou “*momentos críticos*”, estes definidos como eventos em que há uma mudança substancial na direção da vida. Constituem, geralmente, pontos de bifurcação em uma trajetória, nos

quais alguns caminhos estão abertos e outros estão fechados, e seus resultados ainda não estão definidos (ZITTOUN, 2004).

Eu tinha nota suficiente e abriu várias oportunidades no PROUNI como no SISU. Eu coloquei uma aposta com meu irmão. Acabei passando na Católica e passei em (outra instituição) também. Eu escolhi a Católica porque a nota de corte é mais alta, e aí eu pensei, se a nota de corte mais alta, deve ser melhor [...] Eu entrei logo após a escola e eu acho que nem sempre a gente tem maturidade suficiente. Estar na universidade amplia a nossa visão sobre mundo. (Tarsila)

Na medida em que se dá o desenvolvimento humano, as pessoas estão propensas a acumular experiência de transições. A juventude é um período de muitas transições, onde mudanças de esferas de experiência podem ocorrer em um curto período, cada uma delas criando experiências de rupturas e subsequentes reajustamentos. Porém, a experiência pessoal não é a simples acumulação de momentos distintos, ela implica na constante reelaboração do sistema de orientação.

Zittoun (2004) afirma que as trajetórias de vida nunca foram totalmente previsíveis, elas dependem de muitas escolhas pessoais, forças sociais e eventos aleatórios, sempre havendo mais de um caminho para chegar a pontos comparáveis. Ainda para esta autora, onde houver vida, haverá mudança e haverá tipos de mudanças.

Foi uma coisa que veio de mim mesmo. Quando estava no ensino médio, eu fiz o Técnico (de Enfermagem) e me identifiquei. Foi aí que eu tive a certeza do que eu queria. Fiz os estágios, fui me aprimorando, aquela curiosidade de você saber mais, pronto! Aí, fui pra Enfermagem. (Quitéria)

Uma transição é sempre uma transação entre a pessoa e seu ambiente social e material em mudança. Com a experiência das transições, não só as pessoas têm a capacidade de usar mais recursos em novas transições, mas também as formas de experienciar essas transições podem ser diferentes. A responsividade tanto pode ser positiva e dar apoio ao desenvolvimento de novas capacidades de uma pessoa ou de sua autodefinição, como pode ser negativa-depreciativa ou alienadora (HVIID, ZITTOUN, 2008).

Representa, com certeza, um avanço, um crescimento em todas as áreas da minha vida porque quando você tá bem consigo mesmo, você se sente realizado em todas as outras áreas. (Ana)

Transições podem realmente abrir novas possibilidades, mesmo quando envolvam alguma perda. Durante a transição, sob a emergência da situação, as pessoas podem mobilizar diferentes tipos de recursos, o interno - a experiência e habilidade – ou o externo, como ajuda, conselhos ou elementos simbólicos.

Eu te digo que tá em transição ainda que às vezes a gente tá com a expectativa e aí, a gente começa a ter outro olhar, começa a ver as coisas de outro ângulo, aí esfria aquela expectativa e você cria outra expectativa, sabe? [...]. Às vezes eu me sinto meio que frustrada também (Ana)

No mundo contemporâneo, o investimento na educação, como meio para ascensão social e profissional ou, pelo menos a manutenção de padrões socioculturais, se apresenta, para o jovem, como uma entre as muitas experiências de transição para a vida adulta. Esta disposição para galgar escolaridade é evidenciada, conforme Barros (2010, p. 73),

na elaboração de um projeto de vida que procura, por um lado, manter valores definidos pela família de origem e, por outro lado, atingir um *status* mais reconhecido na sociedade com a obtenção de um diploma universitário e uma melhor posição no mercado de trabalho.

A escolha profissional, embora seja uma ação individual, é influenciada por diversos fatores, tais como a família, a mídia, o contexto socioeconômico, redes sociais, entre outros. Tais fatores podem passar despercebidos e a sua não valorização pode culminar em escolhas profissionais equivocadas. Uma pesquisa realizada por Nepomuceno e Witter (2010), identificou os pais, os irmãos e outros familiares, como também colegas e professores, como principais fontes de influência na decisão profissional.

Minha avó teve um AVC, aí, por tá vendo mais de perto ela fazendo Fisioterapia em casa, fui vendo e me apaixonando mais ainda. (Brisa)

Assim, minha tia é enfermeira do HGE e minha mãe é técnica de enfermagem. (Dandara)

Poucos informantes deste estudo relataram influência direta da rede familiar ou social. A vocação pela área de saúde e inclinação pelo cuidar foram mencionados como as principais motivações pela escolha do curso para a maioria dos entrevistados.

É natural meu, mesmo. Eu gosto de cuidar. Acho que é a única hora que eu fico mais feliz (Zilda)

Para Boff (2004), o cuidado é o que a vida humana possui de mais fundamental, faz parte de sua essência. No cuidado se identifica os valores e as atitudes das pessoas. Cuidar é uma atitude, uma maneira concreta de se revelar. Por ser uma atitude, representa preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Construímos o mundo a partir de laços afetivos, esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos. (Boff, 2004 p. 99)

A relação profissional estabelecida entre terapeuta-paciente, na perspectiva do cuidado, revela-se como um espaço potencial de encontro e de desenvolvimento humano. A natureza da assistência realizada tanto pelos profissionais da enfermagem quanto do fisioterapeuta implica em uma relação mais dialógica, com maior construção de vínculos não apenas com a pessoa a quem o cuidado é dirigido, mas também à sua família. Ao escolher a área de saúde, escolhe-se o cuidar, abre-se para a intimidade, o acolhimento e o respeito ao outro. O sentimento ocupa o centro da relação, permitindo a pessoa viver a experiência do que efetivamente tem valor, e do valor intrínseco às coisas. A partir daí emerge o respeito, a reciprocidade, a complementaridade, a alteridade (BOFF, 2004).

O que me apaixona é o cuidar, mesmo. É o cuidar da pessoa que chega ali debilitado, sofrendo, e depois vir lhe agradecer [...] é uma satisfação pra gente ver isso, que a gente pode ajudar de alguma forma diferenciada (Quitéria)

Outros, a escolha se deu por acaso ou motivada por questões financeiras ou sociais. Independente dos motivos, em todos os discursos, a identificação posterior com o curso ficou evidente.

Eu andava meio perdida em relação a isso. Na verdade, eu não tinha nada certo do que eu queria. [...] eu acabei me interessando pela profissão (Marta)

Meu sonho, na verdade, era fazer Medicina. Aí eu fiz, concorri à bolsa do ProUni, só que ganhei o curso pra Medicina, mas era muito longe, lá pro Sul. Mas aí, não tem uma estrutura, não tenho dinheiro, não tenho nada, como é que vai? Aí eu optei pelo mais próximo. Consegui a bolsa e graças a Deus, me identifiquei com o curso! (Raphael)

Na verdade eu sempre quis fazer Psicologia, só que, quando eu fiz o vestibular social daqui, não tinha Psicologia. Só tinha da área de saúde, que me interessava Enfermagem. Fiz pra Enfermagem, passei.

Aí decidir fazer. Só iniciei mesmo porque passei no processo seletivo. Só por isso mesmo. No início não gostava tanto, mas agora gosto muito. Me identifiquei (Isaura)

Para Elza, foi a profissão que a escolheu.

Eu tenho um lema comigo, eu acho que a Enfermagem é que escolhe a gente (Elza)

Esta fala torna-se significativa quando se acompanha o percurso de Elza quando da passagem do ensino médio para a universidade. A inclinação pela área de saúde fica evidenciada na escolha pelo curso de Medicina como primeira opção. A frustração pela reprovação no desejado curso a acompanhou desde então, suscitando um histórico de ingressos, transferências e trancamento de curso até o momento em que “a Enfermagem decide por ela”. 7

A ausência de uma cultura de orientação profissional e de planejamento de carreira tem influenciado o aumento da evasão universitária, a demanda por troca de cursos, a falta de motivação para os estudos e a insatisfação profissional. Além disso, muitos concluem cursos com os quais não têm identificação, o que têm produzido profissionais ansiosos, inseguros e pouco comprometidos com o trabalho, o que frequentemente culmina no abandono da profissão (BRASIL, V., 2012).

Quando eu entrei, eu estava em dúvida entre Administração... eu até ganhei outra bolsa em Administração, só que aí eu fiquei em Fisioterapia. Então, eu acho que isso aqui tá aqui um pouquinho preso... Eu queria tirar essa dúvida (Marta)

A força simbólica de uma formação universitária, como uma perspectiva de aquisição de uma ascensão social tem direcionado o investimento das famílias na educação. O valor dado ao patrimônio educacional é percebido pelo esforço das famílias e dos jovens na superação de dificuldades mediante a mobilização de dispositivos direcionados à obtenção de um diploma, como também na formação continuada por meio de outros cursos de formação e pós-graduação, como forma de diferenciação e valorização de seu currículo.

Para Jesus (2013), a educação é considerada um valor que visa assegurar um futuro promissor aos filhos e a educação continuada, como um meio de conquistas materiais e simbólicas, de melhorias das condições de vida e como possibilidade de ascensão social, o que fica evidente na fala de Raphael, filho de pais lavradores.

Ser um universitário, eu vejo como uma oportunidade, uma ferramenta de ser uma pessoa melhor, né? Sem falar que o estudo é uma coisa que ninguém vai tirar de mim. Eu posso não ter dinheiro, posso não ter carro, posso não ter casa, mas o conhecimento que eu tenho. O que eu recebo na vida universitária é uma coisa que eu vou levar comigo pra onde eu for (Raphael)

Um sonho. Sempre quis ter um curso superior. E quero ter outros também. Não quero ter só um. Da minha geração todos estudam, todos fazem faculdade. (Isaura)

A escolha da profissão determina, de certo modo, a trajetória de vida da pessoa. O capital cultural objetivado na forma do diploma é produto de conversão e reconversão do capital econômico em capital cultural (BOURDIEU, 2015). O capital escolar tem um papel dominante na fixação do valor dos indivíduos, sem, contudo suprimir o valor de outras riquezas. Ele vem ampliar o potencial de recursos de outros patrimônios detidos pela família, tais como o econômico e o social. O fato de a escola ser a instituição responsável pela certificação, não exclui o papel das famílias em ampliar a aquisição do conhecimento com o investimento extracurricular em outras formas de saber (SINGLY, 2012).

O ingresso na educação superior aparece como a alternativa mais frequente entre os concluintes do ensino médio, independente da influência da escolaridade parental e das diferentes expectativas da trajetória. Foi o que concluiu o estudo de Sparta e Gomes (2005), quando investigaram a importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos concluintes do ensino médio. Filhos de pais com ensino superior foram os que mais escolheram o vestibular como primeira estratégia para acessar o ensino superior. Já os estudantes cujos pais concluíram o ensino médio, apontaram o curso pré-vestibular como meio de acesso ao ensino superior, enquanto que filhos de pais que alcançaram o ensino fundamental indicaram o curso profissionalizante e ingresso no mercado de trabalho como primeira alternativa, tendo como propósito criar meios para galgar uma vaga na universidade.

A mobilização da família é possível, mesmo sendo pouco dotada de capital escolar. Zéroulou (1988) citado por Singly (2012, p.95), ao estudar dois grupos de famílias de imigrantes argelianos, mostrou que o sucesso escolar resulta de um “mito mobilizador” que dá sentido ao projeto migratório dos pais. Estes incentivam os filhos a serem os melhores da classe, investem em cursos particulares e acompanhamento escolar, atribuindo sentido de que “a escola é tudo quando se é pobre”.

Tal afirmativa vem ao encontro dos resultados da pesquisa quantitativa realizada na primeira etapa deste estudo referente à renda familiar e escolaridade dos pais. A maioria dos alunos informou uma renda familiar entre 1 a 5 salários mínimos (88,3%). Quanto ao nível de escolaridade dos pais, do universo de 286 estudantes, o nível médio foi predominante, sendo 49,2% para os pais e 54,6% para as mães. O menor percentual é de pais com nível de escolaridade superior, correspondendo a apenas 14,2% para os pais e 20,5% para as mães.

Se considerarmos os pais dos informantes do estudo qualitativo, veremos que, na maioria, alcançaram o ensino médio, para as mães, e ensino médio ou fundamental, para os pais, afirmando uma renda familiar de até 2 salários mínimos. Outro dado importante é que todos os informantes contam com o algum benefício para cursar o ensino superior (ProUni, Bolsa UCSal ou crédito educativo).

É como se eu tivesse dando um passo mais largo, porque, no caso, estou fazendo muita coisa que minha mãe gostaria. Como a situação dela foi outra e hoje eu tenho um apoio maior da minha família, eu pude fazer algo então que eu me realize e provavelmente eu esteja realizando o sonho dela. Ela queria ser Técnica de Enfermagem (Quitéria)

Pra mim, primeiramente é um orgulho, por que da minha família a única que está cursando o nível superior, até hoje, sou eu (Dandara)

Estar na universidade é para os participantes do estudo uma oportunidade de superação, ascensão profissional e crescimento pessoal. Sete dos entrevistados são os primeiros da família a ingressar no ensino superior e, para eles uma fonte de orgulho. Ser o primeiro a desbravar o caminho à universidade vem carregado de um valor simbólico e de responsabilidades ao imprimir no jovem a condição de ser exemplo para a família.

Ela (avó) só não deixava eu parar de estudar, porque eu tinha que estudar e meu avô também que sempre prezou o estudo [...] Na minha família não tem ninguém que estuda, todo mundo 'malmente' terminou o ensino médio. Eu sempre fui vista como um exemplo. Minhas irmãs sempre me colocam de exemplo (Brisa)

O objetivo de ascensão social mediante o investimento em um projeto de educação superior, em um contexto socioeconômico de desigualdade, é apreendido e vivido de diferentes modos por jovens e por suas famílias. Para Barros (2010), nesta conjuntura, o esforço empreendido pelos jovens no investimento de uma graduação

como forma de conquistar sua autonomia e independência financeira frente à família, não é garantia de continuidade desses mesmos projetos de vida.

Embora nossos entrevistados não tenham mencionado o peso de serem “exemplos” ou de carregar projetos de vida familiares, pode-se supor um esforço dos mesmos nesta direção, o que pode acarretar estresse e depressão no caso de não se sentirem aptos a realizar tais projetos, como será visto a seguir.

O ingresso na vida universitária é marcado por rupturas, pois, geralmente coincide com a transição entre a adolescência e a vida adulta. A universidade, diz Coulon (2008, p.70), “é uma experiência de estranhamento radical, o saber, a linguagem, os procedimentos se organizam de uma forma diferente daquela do ensino médio”. O ensino superior prepara o aluno para a vida laboral, sendo um ambiente que opera com um conjunto de normas formais de inscrição, que envolve regras de conduta, de circulação, de linguagens simbólicas com as quais o acadêmico deve operar, o que o leva à condição de protagonista de sua história.

Inseridos em uma nova realidade diferente da vivenciada na escola, eles vão se deparar com desafios não apenas no âmbito acadêmico, mas também na esfera pessoal, para os quais podem ainda não estar preparados e que terão que se adaptar. As estratégias escolhidas pelos acadêmicos para integrar-se ao contexto universitário, possibilitarão melhor (ou não) aproveitamento das oportunidades oferecidas pela universidade, tanto no âmbito da sua formação profissional quanto para seu desenvolvimento psicossocial.

Teixeira et al (2008) afirmam que as experiências vivenciadas durante o primeiro ano da universidade são essenciais para a construção do sentimento de pertença. Para eles, a integração acadêmica e social entre os estudantes desde o início do curso é condição facilitadora para o seu desenvolvimento intelectual e pessoal e sua permanência na universidade.

Ajustar-se à universidade implica numa disposição para desenvolver autonomia em relação à aprendizagem, na administração do tempo e definição de metas e estratégias para os estudos. O mundo universitário é bem diferente do mundo da escola, onde há uma maior interação das redes de relacionamento, seja entre colegas ou entre professor-aluno, e as cobranças de desempenho e responsabilidades estão subordinadas à penalidade. No ambiente universitário, o aluno ganha uma autonomia

à qual não está habituado e terá que operar como protagonista no seu processo de ensino-aprendizagem e contar com as redes formadas antes do ingresso da universidade para enfrentar eventuais dificuldades até que sejam desenvolvidos os novos vínculos de amizade (TEIXEIRA et al., 2008). A diferença é sentida pelos calouros imediatamente na chegada à universidade, conforme narrativas abaixo.

No colégio você é mais cobrado do que na faculdade, porque você fica com aquela pessoa no seu pé, professor no pé e tal. Na faculdade, você faz se você quiser, opção sua, depois, no final, você colha as consequências. O aluno tem que correr atrás, Se ele quiser alguma coisa, tem que correr atrás... (Isaura)

É bem diferente, porque no ensino médio os professores nos ajudam pra caramba. Aqui a gente tem que correr atrás. No ensino médio, o professor vai falando pra gente os nossos déficits, onde nós precisamos melhorar... Aqui, não. Aqui nós temos que reconhecer onde nós temos dificuldades e se nós não chegarmos até o professor e explicar isso, vai permanecer naquela dificuldade. (Tarsila)

Ah, é uma pressão, é uma pressão! Quando você vê as coisas por fora, você tem outra visão. Quando você tá dentro, realmente você tem que entender que tem que assumir responsabilidades, não é mais uma brincadeira, não é mais um colégio e aquela coisa... É muito diferente! No colégio você tem o professor em cima, marcando, te cobrando. Aqui não, eu que tenho que correr atrás do meu. [...] Então, às vezes eu ficava perdida. Por onde começar a estudar? O que fazer? (Dandara)

Segundo Coulon (2008), a primeira tarefa que o estudante deve realizar ao ingressar na universidade é “aprender o ofício de estudante” (COULON, 2008, p.31), o que significa dizer que ele deve se afiliar à vida universitária, ou seja, integrar-se socialmente neste novo ambiente. Para ele, a afiliação é um processo de aquisição que acontece em um período, sendo marcado por três tempos: o tempo de estranhamento, imediatamente à chegada à universidade; o tempo de aprendizagem, no qual se opera adaptações e acomodações necessárias para a aquisição da familiaridade com as regras e normas institucionais, na qual adquire o status de membro, o que ele nomeia como o tempo de afiliação. A afiliação não é uma posição conquistada de uma só vez, mas decorrente de um “processo de aprendizagem cuja duração e dificuldades dependem, certamente, do tipo de instituição frequentada, dos estudos empreendidos, do caminho percorrido anteriormente” (COULON, 2008, p.61).

Porque você chega, você não conhece ninguém. Esse negócio de entrar em sala e fazer amizade, eu sou meio... [...] Eu fiquei com medo no início, tava meio, assim, sem saber direito como é que ia ser, mas eu gostei. [...] Foi só difícil a adaptação, assim, no início, que às vezes

eu ficava um pouco perdida em relação a estudo, mesmo, a criar uma rotina, assim, pra pegar mais assunto, pra mim estudar melhor, me desprender do que eu aprendo em sala. (Marta)

Aqui eu sou visto já como se fosse um profissional, né? Claro que encaminhando pra se formar. Mas eu já posso debater com um professor de igual para igual, porque já estou num nível mais superior (Raphael)

A entrada na universidade não se dá do mesmo jeito ou no mesmo tempo para todos. As trajetórias de vida não são previsíveis e são influenciadas por escolhas pessoais, circunstâncias sociais e outros eventos (ZITTOUN, 2004), que podem culminar em adiamentos dos projetos de vida dos indivíduos. Além dos desafios inerentes ao ingresso na universidade, a interrupção de uma prática de vida estudantil pode gerar dificuldades de ordem intelectual e relacional e, conseqüentemente, sobrecarga.

Na questão do ensino foi complicado porque eu tinha mais de cinco anos fora da sala de aula, então, foi complicado acompanhar. Então, às vezes eu sinto essa sobrecarga em mim e às vezes não consigo administrar isso (Ana)

Como eu sou muito agitada, eu já não consigo produzir do jeito que eu produzia e hoje estou com alguns problemas, muitos problemas. [...] às vezes eu quero ler, quero ver o assunto, num consigo sentar, num consigo parar... Dá uma angústia, assim... (Zilda)

Por diferentes motivos, foi o que aconteceu com quatro informantes deste estudo, Ana, Brisa, Elza e Zilda, que iniciaram em uma idade superior à estimada a formação profissional, tendo como motivos a falta de recursos financeiros para custear os estudos, por escolhas pessoais e questões de ordem psicoemocionais. Brisa revela que, por questões de sobrevivência, teve que se inserir no mercado de trabalho desde os 15 anos para ajudar no sustento da casa. Sem recursos para custear os estudos, a possibilidade de ingressar no ensino superior surgiu com o Vestibular Social, no qual conquistou uma bolsa integral. Para ela, é motivo de orgulho, pois é a primeira da família a ter a oportunidade de obter uma formação superior, tornando-se referência para os irmãos mais novos, aos quais incentiva, por meio de apoio emocional e financeiro, a prosseguir nos estudos.

Eu tenho 26 anos, eu comecei com 24, eu comecei de uma forma tarde tanto que na minha sala, só tem menino de 18, 19, 20 no máximo. Só tem eu e bem poucos assim, mais velhos. Aí eu falei 'Não posso desistir, porque é o que eu quero. Não posso desistir de estudar porque já tenho 26 anos, não posso parar! (Brisa)

Por opção, Ana e Zilda concluíram o curso Técnico de Enfermagem e ingressaram no mercado de trabalho antes de tentarem o ensino superior, com a idade de 28 e 34, respectivamente.

Pena que eu vim pra faculdade tarde! Eu acho tarde, né? Porque eu vim aos 29 anos. Aos 28. Então, eu achei tarde quando eu tomei a decisão de fazer a graduação (Ana)

O que eu acho ruim hoje pra mim é que eu queria ter sido universitária no tempo certo, quando eu terminei meu colégio, quando minha mãe quis que eu fizesse... [...] O que me deixa triste, comigo, não com os colegas, é a juventude. O tempo que eu perdi, entende? (Zilda)

É possível verificar que a narrativa de Zilda é carregada de um forte apelo de frustração pelo tempo perdido. Este sentimento, recorrente em vários momentos de sua entrevista, sugere uma dificuldade em romper e aceitar as escolhas feitas no passado, como a desistência dos estudos, a decisão tardia pelo ensino técnico e a gravidez na adolescência. O ingresso em uma fase mais tardia na vida também vem acompanhado por diferentes demandas que influenciam fortemente o seu desempenho, tais como as limitações físicas, a necessidade de conciliar trabalho, estudo e cuidado com a filha, a dificuldade em usufruir plenamente a vida universitária. Além disso, o distanciamento da idade cronológica com colegas com 19, 20 e 21 anos também implica na dificuldade de formar vínculos no ambiente universitário em razão dos diferentes interesses dos envolvidos.

O trabalho ficava perseguindo por conta dos horários [...] agora mesmo, eu saí do trabalho. Chegou período de estágio, como é que ia conseguir ficar um turno, se eu trabalho oito horas? Pego disciplina de manhã e de noite [...] eu acho que é muita cobrança. Você tem contas a pagar. Pronto! [...] mas tem essa questão daí, você tem responsabilidades... Isso pesa! (Zilda)

Considerando-se a força das redes de apoio social, no caso, do apoio dos colegas para a emergência do sentimento de pertencimento e de autoestima, pode-se supor que a dinâmica acima apontada possa ter influenciado no que foi auferido como tendência depressiva.

Frustração também é o sentimento percebido na narrativa de Elza pela indecisão e incerteza que a motivaram a desistir de continuar a faculdade quando fez o vestibular. Ela mudou de curso, trancou o semestre e só retornou aos estudos anos mais tarde. O reingresso na universidade é permeado por tensões e cobranças

externas por parte dos familiares, e internas, que suscitam sentimentos de vergonha, medo de se expor e baixa autoestima.

Por eu ter esses altos e baixos que eu tive, eu acabo que não pego muito na faculdade, tipo assim, grupo de estudo, grupo de pesquisa... Eu fico assim, não sei se é com vergonha ou tímida de querer entrar [...] Tem gente que joga assim na cara 'Já era pra você tá formada, ganhando bem'. Acho que nenhum recomeço é fácil, ainda mais quando você já está numa idade que já era pra ter estabilidade. Eu, com 30 anos, era pra tá pelo menos estar numa pós-graduação, num mestrado e decidir recomeçar... (Elza)

O ingresso tardio na universidade, associado ao fato de ainda permanecer na casa dos pais quando estes e seus irmãos já estão formados e são bem sucedidos, pode constituir-se como um fator de estresse, principalmente quando há, por parte dos pais, uma expectativa em relação à conclusão do curso. A despeito disso, Elza tem um discurso que revela consciência e apropriação de sua condição de estudante e que está em processo de superação dos seus medos e ressignificação deste momento.

Eu estou numa etapa de construção. Porque eu tive que desmoronar tudo e começar tudo de novo. Não de reconstrução. Reconstrução é quando você, no meu ver, tirou a metade, né, é algo que tá montado e você começa a reconstruir de novo e construção é quando você destruiu tudo e começou do zero. Então, é de construção porque eu nunca tive uma vida assim, pra dizer assim, que tive a vida profissional... É de reconstrução? Não! é de reconstrução. Eu não tenho... sempre foi de bico, sempre foi dessas coisas... Então, Você é o que (fulana?) Estudante. Então, minha vida pra mim, é de construção. (Elza)

Ao ingressar no ambiente universitário é esperado que o estudante, adote uma atitude autônoma na sua relação com a aprendizagem, desta forma ele poderá aprender a manejar as ferramentas e regras do ambiente universitário, e assim assimilar as rotinas transpondo o tempo do estranhamento, integrando-se como membro desta comunidade, sentindo-se pertencente e conseqüentemente tornando-se socialmente competente (COULON, 2008; REZENDE et al., 2008). Porém, o ingresso na universidade pode ser acompanhado de dúvidas em relação à escolha profissional, às exigências acadêmicas, às dificuldades de relacionamento, às novas responsabilidades e à saída de casa e afastamento dos pais.

Uma dificuldade apresentada por alunos ingressantes é a dúvida em relação à escolha do curso. O suporte familiar é fundamental neste momento, não apenas no diz respeito a oferecer ao filho orientação para que ele faça sua escolha como apoiar

a decisão tomada por ele, que pode não atender a sua expectativa de uma escolha por uma área ou um curso mais prestigiado (OLIVEIRA; DIAS, 2014). Por outro lado, a ausência do apoio parental na transição para a universidade pode despertar sentimentos de solidão nos jovens e levar, indiretamente, à ansiedade ou à depressão (MOUNTS et al., 2006 citado por OLIVEIRA; DIAS, 2014).

O apoio parental é um dos fatores mais relevantes para a adaptação dos jovens à vida universitária em qualquer momento do curso. O apoio pode ser concretizado na forma de pelo suporte financeiro, mas também pela disponibilidade em participar do desenvolvimento acadêmico do filho e incentivá-lo em assumir responsabilidades e confiança na sua própria trajetória profissional (OLIVEIRA; DIAS, 2014). O acompanhamento dos pais pode levar aos alunos a desenvolverem um senso de autoeficácia na vida acadêmica e de satisfação com as escolhas profissionais. Na narrativa de Tarsila é possível perceber a participação da família em um momento que costuma ser extremamente tenso, o primeiro dia de estágio.

Eu fiquei com medo, nem almocei no dia. [...] Eu estava muito nervosa porque eu não sabia como é que ia ser, eu não sabia o que o professor ia cobrar. Então, no primeiro dia de estágio, minha família toda foi me levar, se despediu de mim... foi uma coisa muito louca (Tarsila)

Para transpor o tempo de estranhamento, a formação de uma rede de relações interpessoais com seus pares e com seus professores é condição que favorece segurança para o desenvolvimento do potencial de aprendizagem e de socialização dos estudantes. Características pessoais podem influenciar a adaptação do aluno ao ambiente universitário no início da graduação. Alunos extrovertidos e emocionalmente estáveis são mais propensos a contar com uma rede de apoio social, tanto de professores quanto dos colegas, na superação de suas dificuldades e, conseqüentemente, conseguem adaptar-se com mais facilidade às demandas acadêmicas. Por outro lado, a timidez pode despertar sentimentos de solidão e sofrimento, e comprometer a interação do jovem no ambiente universitário quando estes ingressam na universidade, dificultando a formação de rede e o seu desempenho na realização de tarefas que exigem exposição pública, tais como apresentações de trabalhos ou provas orais (OLIVEIRA; DIAS, 2014).

Porque assim, eu sou muito fechada. Acho que esse é o problema de algumas pessoas se aproximarem de mim. Eu nunca tive aquela coisa de ficar conversando com todo mundo. Eu não consigo me aproximar assim das pessoas, eu puxar assunto... [...] eu num consigo chegar

assim e 'E aí, tudo bem?' como todo mundo faz... Eu não consigo ser desinibida [...] Às vezes pra trabalho de grupo, eu fico esperando alguém dizer 'Venha pra meu grupo'. Eu não tenho aquela coisa, 'Me coloca no seu grupo'. Eu não sei falar isso... Eu não sei pedir. A palavra pedir é muito difícil pra mim (Brisa).

Prova oral, me apresentar em grupo... Se o professor falar o meu nome na aula, atenção assim voltada pra mim, pra mim isso é um problema. [...] Só de todo mundo tá olhando pra mim eu gelei (Brisa)

Os vínculos de amizade que são construídos no início da vida universitária podem facilitar seu ajustamento do estudante ao ensino superior. Esses vínculos permitem não só o compartilhamento de experiências, expectativas, interesses, problemas e apoio em caso de dificuldades, mas também despertam o sentimento de pertencer a um grupo. Eles são fortalecidos com a convivência acadêmica e social, conforme os relatos abaixo,

Eu fiz bastante colegas, mas eu fiz algumas amizades, aquele velho grupo de trabalho que a gente sai, a gente conversa. Se eu precisar falar de algum assunto, eu falo com elas. É um grupinho que eu fiz desde o primeiro semestre (Marta)

Eu entrei na faculdade como um bichinho do mato e agora eu tenho relações mais estabelecidas, eu consigo me abrir mais com os meus colegas, porque querendo ou não, a gente tem um convívio muito grande, né? São quatro anos (Tarsila)

Conheci muita gente aqui na universidade [...] as colegas que eu conheci no primeiro semestre, a gente tá pegando matéria até hoje. Foi um vínculo que a gente fez. (Quitéria)

Tais vínculos se constituíram uma fonte importante de apoio em momentos de dificuldades até mesmo de ordem pessoal, como ilustrado na narrativa de Quitéria. Tal fato se deu no início da vida universitária quando uma sucessão de acontecimentos gerou uma alta carga de ansiedade e depressão e o apoio recebido da família e dos colegas foi fundamental para a superação.

Quando eu entrei aqui eu estava grávida. Eu pensei em desistir porque eu pensei, dentro da barriga vai ficando, depois que ter que vai vim problema, né? [...] Eu entrei em licença, só que as aulas já tinha voltado um pouco antes, tava tudo muito tumultuando já de assunto. Aí, quando ela fez 28 dias de nascida eu voltei pra universidade pra eu não perder por causa de FIES. Eu fiquei com medo de perder matéria [...] Eu tava pensando em trancar o semestre e voltar no seguinte. Mas, as meninas, 'Não, você consegue!'. [...] Minha mãe me deu força, as meninas (colegas da faculdade) me apoiaram, me ajudaram bastante... Os professores foram bem maleáveis também comigo. (Quitéria)

Por outro lado, a adaptação ao ambiente acadêmico também está associado a outros fatores que podem influenciar negativamente ou dificultar a integração dos alunos ao curso e à universidade e que nem sempre estão relacionados diretamente ao contexto acadêmico. A adaptação ao ensino superior passa pela aquisição de um sentimento de pertencer à turma, o conhecimento sobre as oportunidades oferecidas pela universidade e a sua disponibilidade de modo a favorecer ao estudante vivenciar plenamente a vida universitária, como a formação de uma rede de relacionamentos com a qual possa recorrer na superação de suas dificuldades (OLIVEIRA; DIAS, 2014).

O perfil de alunos que frequentam o turno noturno geralmente é formado por pessoas mais maduras, que trabalham, que já assumem a responsabilidade para com família e filhos e têm menor disponibilidade de tempo para participação em atividades extraclasse, desenvolvidas fora dos horários de aulas. O distanciamento da idade cronológica entre os alunos com diferentes interesses pode resultar na dificuldade de formação de vínculos e no usufruto de uma vida social no ambiente universitário, o que pode interferir na dinâmica acadêmica e prejudicar o seu desempenho acadêmico. Alguns destes aspectos foram apontados nas narrativas abaixo,

A gente tem aquele 'oi', 'oi', 'boa noite', 'boa noite' e pronto!. Eu pego matéria com a mesma turma desde... tem três semestres. São as mesmas pessoas, só que como todo mundo trabalha, todo mundo adulto, pai de família, já é mais diferente porque eu trabalho, mas não sou pai de família, entendeu? Sou mais jovem, então isso aí é um contexto que desiguala. (Raphael)

Minha turma é muito desunida. [...] Nada que organiza dá certo! Tudo se perde pelo meio do caminho. Um quer uma coisa, o outro quer outra. Nunca entra em um consenso. Mas aqui eu geralmente me mantenho no grupo que eu fico. Quando é trabalho, geralmente fico com elas porque a gente já se entende, já fez outros trabalhos, já sabe o modo que cada uma trabalha, então fica mais fácil. Mas, no mais, é 'oi', 'oi'... (Dandara)

O nível de exigência das demandas acadêmicas ficou evidente nas falas abaixo, produzindo no aluno um sentimento de medo de fracassar,

Alguns professores [...] parece que já nasceram formados, né? 'Tá ali, pronto! você vai ter que se virar, eu não tô nem aqui pra'... sabe? Muitas vezes, chega dá a aula e vai embora. Não tem aquele contato mais próximo só aquele momento da aula, depois acabou. Então, por conta disso a gente cria aquele medo, né, 'Será que eu sou bom suficiente pra dar conta desse recado?' (Raphael)

Eu fico bem ansiosa pela questão que eu planejo tudo. Lá em casa, minha parede tem um planejamento semanal, como é que tá a minha relação de estudo... E às vezes eu fico muito triste por não conseguir alcançar os objetivos [...] Eu acho que os conteúdos que passam muito rápido. Então fica aquela sensação de déficit. Quando vai olhar o livro, tem muita coisa, fica aquela insegurança de que eu não vou conseguir absorver tudo aquilo. Como vai ser se na hora eu precisar daquilo? (Tarsila)

Tem pessoas que me acolheu realmente como se eu fosse filha, até quando eu tinha uma dúvida de por onde começar a estudar. Eu não conseguia aprender, eu não conseguia fixar o assunto. Eu lia uma coisa aqui agora e depois saía da minha mente. Teve professor que ajudava, mas, tem outros que afastam mais, são mais sérias, assim. Tem aquelas pessoas que você tem até medo de dirigir a palavra que acha que vai ser mal recebida... (Dandara)

Para os estudantes de saúde, o contato com o sofrimento e com a dor, que ocorre no momento dos estágios, tem sido apontado por diversos autores como sendo um dos fatores relacionados ao sofrimento mental (ALMEIDA et al., 2007; AMARAL et al., 2008; COSTA et al., 2014; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; SOUZA et al., 2012). Componente obrigatório contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de ambos os cursos, o estágio constitui-se uma estratégia pedagógica que tem por objetivo proporcionar ao aluno experienciar, sob a supervisão direta de um professor, a prática profissional em um ambiente real de aprendizagem nos diferentes níveis da assistência à saúde (ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde, entre outros).

O estágio tem como meta instrumentalizar o aluno para se inserir no mundo do trabalho, capacitando-o para interpretar informações e interferir na realidade numa perspectiva de consolidar os conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso. Entretanto, é preciso ir mais além da relação professor-aluno, pois requer a ampliação das relações humanas, com a interação com outros atores que participam do contexto da prática, quais sejam, outros profissionais da saúde, paciente, família, entre outros. Para Colliselli et al (2009, p.933),

esse momento tem um significado especial na formação profissional, pois o estudante exerce maior autonomia no contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a intensificação da relação entre teoria e prática.

As narrativas dos informantes confirmam que o estágio é um momento de muitas tensões, as quais se relacionam com a inexperiência, a incerteza de estarem

preparados para prestar o atendimento adequado, a experiência com eventos relacionados ao ambiente hospitalar como situação de emergência e morte, a aceitação/negação da sua assistência pelo paciente e sua família, o acolhimento (ou rejeição) por parte dos profissionais que trabalham na unidade e, a mais temida, o medo de errar.

Vou ter agora em abril meu primeiro estágio. Tô ansiosa pra saber. Minhas amigas 'tavam' falando que teve gente (pacientes) que negou o cuidado por conta de ser estagiário. A gente sofre muito preconceito também, até dos próprios enfermeiros. Não é aquela coisa de tentar ajudar pra gente aprender e tal. Eles negam ajuda. Tratam como se a gente fosse... Pelo menos é o que eu já ouvi até hoje [...] Dá um pouco de insegurança, medo, né? Porque... você tá ali, sem experiência nenhuma... [...] no início eu sei que não vai ser tão fácil. É difícil! Mas eu acho que vou me sair bem porque tudo o que eu quero, eu consigo. Então, eu acho que eu vou me sair bem. Se depender de mim, vai ser tudo bom. (Isaura)

Eu sinto medo de matar alguém. Eu tenho muito medo porque agora a gente pode errar. A gente tem bonecos. Os bonecos estão aqui, você pode errar nos bonecos, mas lá na frente não tem como mudar, né? Nós vamos lidar com vidas, aí eu fico preocupada com a minha formação. Não sei se eu tô completa pra isso... [...] Outro dia, mesmo, no estágio, a gente pegou um óbito, eu passei o dia todo calada. [...] Eu nunca tinha visto um óbito! Só que eu entendi no estágio que eu não podia a mudar meu comportamento. Então, eu me comportei da maneira normal, que eu tinha que fazer o estágio, mas quando cheguei em casa... Em casa que a gente vive nossos confrontos, né? Em casa eu tive que deixar aquilo sair. (Tarsila)

Num foi emocionante demais, não. Foi uma coisa normal, eu estava acostumada a ver...[...] As meninas que nunca viram nada vai fazer estágio em clínica cirúrgica, só quer ver gente aberta como eu acho que no tempo que eu fiz eu também só queria ver isso (Zilda)

As narrativas acima revelam os conflitos pelos quais os estudantes da área de saúde se deparam no ambiente das práticas de estágio, nos indicando que este é um momento de transição dentro do período de formação. Um novo tempo de estranhamento, em que o aluno terá que operar com outros elementos simbólicos para obter uma afiliação, agora em outro nível de competência. As falas de Isaura, Tarsila e Zilda exemplificam três períodos distintos: de quem vai passar pela experiência, portanto, carregado de tensão pelo que está por vir; de quem já ingressou no estágio e se deparou com uma situação jamais vivida e o impacto que isso provoca no estudante; e de quem já está tem esta cultura incorporada, um *habitus* resultante da experiência acumulada nos anos de prática como Técnica de Enfermagem.

Na perspectiva da psicologia do desenvolvimento, os indivíduos estão constantemente sujeitos a experiências de situações inéditas, às quais respondem (ou podem responder) com a produção de novos aprendizados. Segundo Zittoun, Mirza e Perret-Clemon (2007, p. 6-7), “a construção de sentido ou de negociação de significações depende da complexidade de numerosas dimensões; ele pode ser alcançado por diversos caminhos, e sua evolução é, em parte, imprevisível”.

A aquisição de conhecimentos e competências socio-cognitivas estão profundamente interligados e dependentes, entretanto, para que a experiência seja significativa para a pessoa, é necessário que ele se inscreva no tempo e em projetos, que fornecem uma tensão de realização na atividade humana (ZITTOUN; PERRET-CLERMONT, 2001). Desta forma, períodos de transição pode constituir uma oportunidade para a pessoa ampliar suas habilidades e experimentar novos papéis que lhe prepare para gerenciar situações inesperadas, tão frequentes na área da saúde. Por outro lado, o enfrentamento de uma situação que seja muito desafiadora, poderá implicar em sentimentos de fracasso, exclusão, vulnerabilidade.

Eu me relatei muito emocionalmente. Isso tem que saber separar. Tudo bem que tem momento que a gente não vai saber separar, né? [...] Num é porque a gente é da área da saúde que tem que ser frio, né? Mas aquilo não pode deixar, não pode ser sua vida. A vida do outro não pode ser sua vida. O que tá dentro do hospital, tá dentro do hospital. Passou da porta, você vai para sua casa. Você não pode tá remoendo, ‘porque isso, porque aquilo? [...] às vezes até os profissionais mesmo ficam de mãos atadas porque não tem muito o que fazer e aí acaba que com o amadurecimento você vai começando a separar essas coisas” (Elza)

A gente vê assim, tem a Tanatologia, mas nada prepara realmente pra prática. Eu fiquei com raiva. Eu não entendia porque eu tinha sentido raiva, aquele sentimento de incapacidade, de que eu não tava pronta. (Tarsila)

No ambiente de ensino-aprendizagem estão envolvidos não somente o local onde as práticas se realizam e os aspectos pedagógicos como também os diferentes agentes que nele transitam. Nesta perspectiva, professores, alunos e os atores institucionais, trabalhadores e usuários, colaboram para a “ressignificação do papel dos profissionais enquanto co-protagonistas na construção da saúde” (COLLISELLI et al, 2009, p.934). No âmbito do estágio, as estratégias adotadas pelo professor-supervisor podem influenciar negativa ou positivamente a ambientação do aluno nos diferentes ambientes e a aquisição de novas competências que os habilitará para outras esferas

do saber. Isso é ainda mais verdadeiro no ambiente hospitalar, no qual o estudante terá que aprender a manejar diferentes habilidades técnicas e de ordem relacional.

Eu lembro que o professor mostrou o hospital inteiro. [...] No primeiro dia foi assim, nós não fizemos nenhum procedimento, nós conhecemos o lugar que a gente ia ficar e o hospital. Isso me deu segurança até de chegar lá no outro dia e subir direto pra o meu setor [...] Agora no estágio de Pediatria, a professora nos orientou sobre algumas coisas que nós temos que fazer e pesquisar. Então, antes de pegar o estágio, eu peguei os conteúdos e fiz uma revisão pelo menos pra levar para o estágio porque se ela perguntar alguma coisa eu sei determinada área ali da pediatria. Não vou saber tudo, naturalmente, mas eu tenho uma noção (Tarsila)

Meu único receio é qual o professor que eu vou pegar no estágio porque eu não sei como é a dinâmica dele. Tem colegas que já tiveram experiências ruins, que não puderam fazer muitas coisas. Então eu fico mais insegura quanto a isso ou o aproveitamento que eu vou ter (Tarsila)

Durante a trajetória universitária, algumas situações podem comprometer o desempenho acadêmico, constituindo elementos impeditivos ou dificultadores à possibilidade do aluno vivenciar plenamente a vida acadêmica e construir, na condição de universitário, uma rede social e um currículo que amplie as suas chances de inserção no mundo do trabalho. Algumas dificuldades podem permanecer ao longo do curso universitário enquanto outras são características do período em que o discente se encontra, como o início ou o final da graduação, indicando que é possível que os desafios encontrados pelos alunos mudem conforme o momento que estão vivendo de seus cursos.

O perfil dos informantes é constituído de alunos de baixa renda, que cumprem uma dupla jornada de estudo e trabalho de modo a contribuir com o sustento da família. As narrativas de Raphael e Brisa revelam bem o tipo de dificuldade que têm que superar.

Até hoje não tenho computador, eu estudo pelo celular. Então, tenho uma dificuldade muito grande, a gente sabe que se você não tem um computador pra redigir um trabalho - porque hoje em dia é fundamental - então, fica de lado. 'Poxa meus colegas têm, eu não tenho; meus colegas vão estudar pra prova melhor do que eu'... Isso não quer dizer que eu seja inferior a eles, mas quer dizer que eu tenho uma dificuldade maior do que eles. Não de aprender, mas de achar o conteúdo pra que o aprendizado aconteça. Eu encaro como uma dificuldade que eu preciso vencer, que eu preciso vencer. E aí, a gente tem que tentar prosseguir. Ao invés da gente pensar que não vai dar certo, a gente tem que estudar com o que tem, tem que usar as

ferramentas que possuímos e esperar pelo que vai acontecer (Raphael)

Eu acho que eu tenho que focar muito nos estudos, só que os recursos... Por exemplo, eu não tenho computador, a tela do meu celular tá trincada e é por onde eu estudo. Eu tinha uma dívida de seis reais na biblioteca que eu consegui pagar agora. Do semestre passado. Quase um ano sem poder pegar livro por conta dessa dívida. Eu nunca conseguia tirar seis reais pra poder pagar essa dívida. Aí, fui, dei um jeito e consegui pagar. Aí eu saí cheia de livros... Apesar de ter muita dificuldade de compreender. Eu já li um livro agora pra aula de amanhã que eu já li o texto várias vezes e não consigo entender... cada vez que eu leio eu consigo entendendo mais, mas eu tenho dificuldade de me concentrar. (Brisa)

A ausência de um patrimônio econômico que possa suprimir minimamente os recursos instrumentais necessários ao aprendizado demanda dos alunos um esforço adicional para superar as dificuldades impostas por uma condição de desigualdade social de modo a garantir sua formação. A isso se soma a necessidade de trabalhar, o que reduz ainda mais o tempo de dedicação aos estudos ou até mesmo a possibilidade dos estudantes aproveitarem os recursos oferecidos pela universidade para apoiar as demandas pedagógicas, tais como biblioteca e os recursos da tecnologia da informação.

Assim como Brisa e Raphael, outros cinco informantes exercem atividades laborais. Além da limitação do tempo, muitas vezes as dinâmicas do ambiente de trabalho interferem na dinâmica acadêmica. A dificuldade de conciliar estudo e trabalho gera sobrecarga, prejudicando não apenas para o aprendizado, mas também para a saúde física e mental dos estudantes, conforme indicado nos relatos a seguir.

Eu não tenho tempo. Porque, assim, eu tô trabalhando agora, eu saio da faculdade, eu vou direto pro trabalho e só chego em casa de noite. [...] Sempre tenho vários compromissos e aí eu não pego nada que eu acho que não vou ter condições de segurar. Aí eu só fico com as coisas que tenho pra fazer mesmo, minhas matérias pra não ficar sobrecarregada (Isaura)

O comércio é muito exigente [...] Eu sempre estudei de manhã, então, eu tinha que está trabalhando de tarde num turno em que eu não me adequava. Eu saía trabalho chorando por causa da pressão que eu sofria... Às vezes, eu tinha que dobrar aí, tinha que faltar aula. No semestre passado eu perdi duas matérias porque eu tinha que ficar indo pra treinamento. Eles diziam que quem não fosse seria demitido. Por eu precisar trabalhar, eu tinha que abrir mão de alguma coisa. Tive que abrir mão das duas matérias... eram matérias que se eu perdesse uma aula era difícil de recuperar (Brisa)

Além disso, alguns alunos moram em cidades da região metropolitana, o que limita fortemente a permanência do aluno no campus em horário extraclasse.

Eu não moro aqui. Eu moro há mais de 40 minutos daqui. Eu saio do trabalho quatro horas da tarde pra chegar aqui. Saio uma hora mais cedo porque o trabalho é pra encerrar cinco, eu saio quatro que é pra eu chegar aqui seis... Então, é bem complicado. Bem complicado, mesmo! (Ana)

Pra mim ainda tem um empecilho porque eu tenho uma filha de dois anos e é aquela luta, 'quem vai ficar ela hoje?' aí tem dia que eu perco o transporte universitário, porque eu sou de Camaçari... É difícil, mas eu vou chegar lá (Quitéria)

É muito cansativo porque saio daqui, chego em Camaçari meia noite, vou pra casa, vou tomar banho, tomar café pra dormir e acordar às seis horas. É muito corrido... mas eu sei que não sou o primeiro a fazer nem serei o último, né, então, isso que me dá forças, saber que outras pessoas também fazem, outras pessoas conseguiram, por que não vou conseguir? Então, isso que me motiva (Raphael)

A dificuldade de gerenciar e conciliar o tempo dos estudos, trabalho e lazer foi mencionada como fator gerador de sofrimento mental por alguns autores (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; REZENDE et al., 2008; SREERAMAREDDY et al., 2007) e exigem do acadêmico adaptações.

Às vezes eu recebo crítica "Porque você não tem tempo, porque você não vem aqui, porque você só quer saber de estudar, porque você agora faz faculdade e se acha"... e não é isso! É a correria do meu dia-a-dia mesmo. "Às vezes eu não tenho tempo de dormir... Mas eu não me importo com isso porque eu sei que eu estou fazendo uma coisa que me faz bem. (Brisa)

Tive que abrir mão de emprego, porque quem faz área de saúde, você tem que abrir mão. Ou você reza para um santo ou reza pra outro, pra dois você não vai rezar porque acaba que lhe atrapalha. Então, hoje eu me dedico de fato à minha vida universitária (Elza)
Agora mesmo, eu saí do trabalho. Chegou período de estágio, como é que ia conseguir ficar um turno, se eu trabalho oito horas? Pego disciplina de manhã e de noite. Eles não queriam abrir mão, mesmo eu fazendo uma escala pra compensar... Minha mãe ficou "Saia, saia, saia". Ou eu saía ou eu não formava. Eu fui demitida por conta do estágio (Zilda)

A afiliação estudantil está diretamente vinculada às relações com o saber e as regras, mas também na interação com o que o ambiente universitário venha a oferecer no espaço relacional e de oportunidades de atividades acadêmicas e culturais extracurriculares, ou curriculares não obrigatórias, portanto distintas do currículo formal. Dentre as principais atividades estão as Ligas Acadêmicas, o Programa de

Tutoria, atividades esportivas, estágios, monitoria e os programas de extensão universitária. Os motivos que levam os alunos a participarem destas atividades são diversos, tais como integração com os colegas, ampliação da rede de relacionamentos, complementação de eventuais lacunas curriculares, busca pelo bem-estar, contribuição para o currículo. (PERES; ANDRADE; GARCIA, 2007; VIEIRA et al, 2004). Na universidade do estudo, o aluno dispõe de uma série de atividades, dentre elas, estão cursos, eventos, programa de iniciação científica, monitoria, ligas acadêmicas, voluntariado e diretório acadêmico, além de projetos extensionistas.

A formação deste capital cultural e educacional, que contribui na formação do portfólio profissional do aluno é resultante de um investimento pessoal, portanto, distingue-se por uma atitude protagonista do aluno se projetando para um futuro, caminho traçado por Tarsila.

O que eu posso fazer pelo meu currículo, eu tô fazendo agora. Eu vou chegar lá com um currículo legal, eu acho. Tenho monitoria, tô participando de pesquisa, então, já é um “q” a mais, né? [...] Eu fiz um ano de monitoria em Parasitologia, tô seguindo um ano de Bases e quero fazer também de Emergência. E na iniciação científica com a professora T. nós vamos trabalhar Alzheimer. Tô feliz porque era o tema que eu queria pra meu TCC, então, caiu como uma luva. [...] Então eu queria passar pela universidade e viver a universidade. Agora vamos ter uma Liga Acadêmica... É um ganho para o curso de Enfermagem! [...] eu tô focada na minha formação. Não quero sair sem sentir que eu estou completa, pelo menos pra começar a dar o pontapé inicial (Tarsila)

Pelas narrativas dos informantes, a participação em atividades curriculares não obrigatórias é dificultada pela incompatibilidade de horários - em especial para os alunos do turno noturno - por conta do trabalho como também por limitações financeiras.

Eu tenho visto que tem tido esta oportunidade de aprendizado. Tem bons cursos aqui, na SEMOC⁶, eu sempre vejo, mas eu só posso participar à noite, então à noite fica meio complicado... pra mim não dá, por causa dos horários (Ana)

Por eu morar em outra cidade, é mais complicado porque eu posso vim pra cá no dia que não tem aula, mas, e eu vou me alimentar aonde? Às vezes, eu não tenho condições de sair de Camaçari pra vir pra cá e perder a noite toda, não ter dinheiro pra fazer uma refeição, [...] não é barato. Você tem que se alimentar ainda mais eu que

⁶ SEMOC – Semana de Mobilização Científica – evento científico de âmbito internacional realizado anualmente pela Universidade Católica do Salvador

trabalho, ajudo minha família dentro de casa a pagar aluguel e tudo mais, então é complicado de vim. (Raphael)

Eu não consigo participar por conta do trabalho. Sempre é de tarde ou no sábado. Teve um filme que foi passado, [...] eu consegui ir porque eu tinha sido demitida do outro trabalho. Eu fiquei feliz por ter ido, de ter assistido a um filme. E eu recebi um certificado por isso. Eu fiquei assim, sabe? Me sentindo porque eu tinha assistido uma coisa da faculdade, entende? Então, quando tem palestra e a professora libera, eu sempre dou um jeito de ir (Brisa)

Retomando a perspectiva da biografização, esta não se constitui apenas como uma história de algo que já passou, mas revela, sobretudo, um vir-a-ser. A construção biográfica inscreve-se numa dinâmica temporal que articula o passado, o presente e o futuro e a história a ser construída ela se projeta para o futuro.

Para estes jovens, na sua maioria são filhos oriundos de famílias de baixa renda, a aquisição de um capital educacional é um dispositivo para ampliar o seu repertório de aprendizagem tendo como objetivo alcançar maiores oportunidades de acesso ao mundo profissional e social.

As narrativas a respeito da expectativa para o futuro revelam uma disposição positiva dos informantes em alcançarem reconhecimento profissional e serem inseridos no mercado de trabalho na sua área de formação.

Concluir meu curso, né? Ser reconhecido, não por ser o tal, o bom, mas por ter colocado ali os meus esforços, ser reconhecido pelo que eu me esforcei pra fazer e que não caiu de bandeja, do céu no meu colo. Conseguir crescer na vida como pessoa, principalmente. Eu acho fundamental para qualquer ser humano é crescer enquanto pessoa, enquanto caráter, saber contribuir pra devolver pra sociedade tudo que recebeu. (Raphael)

A única coisa que eu penso é me formar e trabalhar na área. É o que mais quero: trabalhar na área. [...] Todo mundo fica dizendo que tá esperando a Dr.^a Brisa... e eu fico 'Poxa! Eu tenho que me formar pra eu atender essas pessoas'. Eu quero me formar pra eu diagnosticar, pra eu atender o paciente... eu fico ansiosa pra chegar o dia pra eu sair da área que eu tô pra ir pra área que eu sempre quis (Brisa)

Apesar das condições mais adversas - haja vista não contarem com uma rede familiar e social de apoio, enfrentarem dupla jornada de estudo e trabalho e não terem à sua disposição recursos materiais que lhes deem acesso aos meios de pesquisa - tanto Raphael como Brisa conseguem criar oportunidades para se afirmarem e ir em frente, ao contrário de Zilda,

Eu queria muita coisa... Mas quando eu sair daqui, eu vou ter correr atrás de emprego. Não vou ter tanto tempo pra estudar como eu queria. Queria ter concluído mais cedo pra aproveitar tudo o que o mundo tem pra oferecer. Talvez eu consiga aproveitar, não sei [...] Eu fui demitida por conta do estágio. Quer dizer, eu saí, fiquei desempregada e agora perdi minha mãe. Aí, eu não tenho como me manter. Tô nesse drama. Eu não tenho como me manter porque ela que era o meu suporte. (Zilda)

As narrativas de Marta são de incerteza, sentimento que a acompanha desde o ingresso no curso, mas chama a atenção a sua fala que pressupõe uma insegurança e uma falha de perspectiva em relação ao futuro, diferente de Tarsila e Isaura.

É até idiota falar isso, mas eu não tenho muita perspectiva. Eu não imagino nada muito grandioso. Eu quero terminar o curso. Se eu conseguir engatar com outra graduação ou uma pós... eu quero, mas eu achar, de cara, uma oportunidade de trabalho, seja em qualquer área, eu topo [...] Quando eu entrei, eu estava em dúvida entre Administração... Eu até ganhei outra bolsa em Administração, só que aí eu fiquei com Fisioterapia. Então, eu acho que isso aqui tá aqui um pouquinho preso... Eu queria tirar essa dúvida (Marta)

Hoje eu quero fazer Residência e depois fazer um mestrado, quem sabe um doutorado porque eu gosto muito de pesquisa. (Tarsila)

Minha expectativa é passar no concurso do Sarah. Não é nem em concurso público. Eu tenho esse um sonho de trabalhar lá. Só! Eu não quero trabalhar em dois lugares e como lá tem uma política de trabalhar pra eles, pra mim tá perfeito! E no Sarah ganha bem! Eu não quero me acabar de trabalhar. A verdade é essa! Não sonho em ser rica, milionária, me acabando de trabalhar. Eu sonho em ter uma vida normal, não vivendo pra o trabalho... Eu sonho mais em casar, ter filhos e trabalhar num lugar só pra ter tempo pras coisas, não só ficar presa no trabalho. A maioria dos enfermeiros que eu vejo é tudo preso no trabalho. E eu não quero isso. (Isaura)

A realidade profissional do enfermeiro surge na fala de Isaura e de Tarsila, quando abordam sobre a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, como também quanto à elevada jornada de trabalho a que estes profissionais estão sujeitos, que por sua vez são produtoras de distúrbios físico e mental.

Tem muita gente sendo formada todo semestre, então, a gente precisa ter um diferencial... E hoje em dia, com a nossa situação política, pior ainda, né? Nós vemos que vem a terceirização, todo mundo fala que Enfermagem tá lotado, tem muita gente desempregado... Então eu fico com medo, me bate aquela insegurança... (Tarsila)

O futuro é de incertezas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomo as questões que inspiraram esta pesquisa: Como as experiências de biografização são elaboradas e construídas em estudantes com sintomas depressivos? De que forma as experiências educativas, profissionais, pessoais e percurso de vida dos pais influenciam as suas histórias individuais? Que forças são acionadas no enfrentamento deste problema?

Para responder a estas perguntas, tive que, primeiro, conhecer o universo sobre o qual me propus investigar, sintomas depressivos em alunos dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia. Os resultados do estudo quantitativo mostraram que quase metade dos estudantes investigados apresentava indícios de sintomas depressivos, uma prevalência superior à maioria dos autores consultados. Na sua maioria, eram mulheres, jovens, com baixa renda familiar, que cumprem dupla jornada com estudo e trabalho, sedentários, com hábitos alimentares pouco saudáveis. O maior índice foi entre os alunos ingressantes no ensino superior, que nutriam um sentimento negativo em relação ao ambiente profissional.

O perfil dos participantes da etapa do estudo qualitativo foi constituído por jovens com indicativo de maior sofrimento mental conforme resultado do SRQ-20, qual seja, mulheres, oriundas da rede pública, que ingressaram no ensino superior mediante o benefício de bolsa integral, que têm outra ocupação, e cujos pais concluíram o ensino médio. O desejo da ascensão social e profissional a partir do investimento na escolaridade permeia os relatos destes jovens e as tensões para o alcance deste sonho se apresenta de múltiplas e variadas maneiras. Tais tensões são evidenciadas pela elaboração de um projeto de vida que busca, por um lado, atender às expectativas familiares, em especial por serem, na sua maioria, o primeiro da família a ingressar em uma universidade, e por outro, superar as barreiras sociais, a sobrecarga gerada pela necessidade de compatibilizar estudo e trabalho, as dificuldades de ordem intelectual que lhe permitam acessar e permanecer na academia, atingir um *status* social reconhecido pela obtenção de um diploma de modo que possam, por fim, conquistar um lugar no mercado de trabalho na sua área de formação.

Para estes jovens, a continuidade dos estudos com o ingresso no ensino superior representa um esforço para a conquista de sua autonomia e independência,

frente a um contexto que não lhe oferece garantias da continuidade destes projetos, uma vez que o futuro é de incertezas de que possam, de fato, conquistar o almejado sonho. As atuais exigências da contemporaneidade demandam dos indivíduos o acionamento de dispositivos para manter-se continuamente qualificados de modo a operar com maior prontidão e produtividade. Neste aspecto, observou-se a falta de referência para a continuidade dos estudos na forma de um projeto de pós-graduação para totalidade dos informantes. É possível que o limite deste sonho se deva à situação econômica e necessidade mais premente de uma independência financeira. Indivíduos com menor poder de capital social e que não conseguem atender a estas demandas e expectativas tomam para si a responsabilidade pelo fracasso, o que leva a intensificar uma condição de sofrimento mental já existente.

No plano das relações interpessoais, o incentivo da família para que o jovem possa se desenvolver nos estudos é fundamental. Para os jovens desta pesquisa, a família se apresenta como uma forte base de apoio, fornecendo suporte emocional, material ou ambos. Nesta mesma perspectiva, os vínculos construídos no ambiente acadêmico dão origem a uma rede social que atua para além dos muros da universidade e se constitui um forte elemento de apoio mútuo não apenas na superação de dificuldades como também no desenvolvimento do potencial de aprendizagem, na socialização e fortalecimento do sentimento de pertencimento, fundamentais para a permanência do jovem na universidade. A integração ao contexto universitário e a formação desta rede social é comprometida no universo de alunos de comportamentos introvertidos, que ingressam na universidade em uma fase mais tardia da vida, que trabalham e não podem participar da vida acadêmica para além das exigências obrigatórias.

Em resposta às perguntas, os jovens deste estudo encontram-se em um momento de muitas transições, além da experimentada por todos os outros jovens, a da adolescência para a idade adulta. São os primeiros da família a ingressarem no ensino superior por meio da aquisição de uma bolsa de estudos. Têm como pano de fundo um projeto de ascensão social e profissional - pessoal e familiar - com a convicção de que a educação é um patrimônio durável, que não poderá ser destituído de quem o possui. São filhos de pais com nível de escolaridade média, que os apoiam no projeto educacional de modo a terem mais oportunidades.

O ingresso na universidade, entretanto, para estes jovens que já têm um histórico de sintomas depressivos demandam dos mesmos um maior enfrentamento de situações estressoras da academia – muitas vezes de forma simultânea a outras de ordem familiar, que demandam dos mesmos operar com os recursos materiais, pedagógicos e emocionais, o que muitas vezes não lhes é totalmente acessíveis. A rede social, que tem uma função protetora em situações de estresse e depressão nem sempre é acionada em razão de uma atitude dos alunos de não mostrarem a sua “fraqueza”. Estes jovens “sobrevivem” aos estressores, à custa de um esforço ainda maior, acionando forças numa direção que possam construir sentidos à sua existência. É importante reconhecer a existência e dimensão deste problema e o prejuízo que causa ao funcionamento psicossocial dos alunos, o que poderá comprometer o seu futuro profissional, amplificando a condição clínica em razão da frustração da não conquista dos seus objetivos.

Este cenário impõe a toda sociedade e, em particular, a comunidade acadêmica uma maior reflexão sobre esta temática e a adoção de programas de prevenção e promoção da saúde mental no ambiente universitário com a disponibilidade ou aperfeiçoamento de políticas voltadas para o discente em sofrimento mental.

Neste sentido, sugere-se que a universidade adote uma série de estratégias que envolvam a ampliação do conhecimento acerca do sofrimento mental em busca de combater a discriminação à doença e torná-la mais facilmente reconhecível, de modo a favorecer a busca por tratamento. Um serviço de apoio psicossocial e espiritual que possa assistir e acompanhar os alunos nas suas demandas emocionais é de fundamental importância. Além disso, recomenda-se a criação de espaços de socialização e lazer, que favoreçam a integração entre os alunos, a formação de uma rede social e a troca de experiências; programas de manejo do estresse, envolvendo atividades que promovam saúde e bem estar e qualidade de vida; a adoção de estratégias pedagógicas que possam desenvolver as potencialidades dos alunos, tais como programa de tutoria, monitoria, iniciação científica, entre outros, os quais, adicionalmente, reforçam a afiliação do aluno ao ensino superior.

REFERÊNCIAS

ALHEIT, P. “Biografização” como competência-chave na modernidade. **Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 20, n. 36, p. 31-41, jul/dez. 2011.

ALHEIT, P; DAUSIEN, B. Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. **Educ. Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 177-197, abr. 2006.

ALMEIDA, A. M. et al. Common Mental Disorders among medical students. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.4, p.245-251, 2007.

AMARAL, G. F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatr**. Rio Grande do Sul. v.30, n.2, p.124-130. Aug 2008.

BALDASSIN, SP, MARTINS, LC, ANDRADE, AG. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arq Med ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31. 2006.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. Trajetórias de jovens adultos: ciclo de vida e mobilidade social. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n. 34, p. 71-92, jul./dez. 2010.

BASTOS, J. C. F.; MOHALLEM, A. G. C.; FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em alunos de Enfermagem durante o estágio de Oncologia. **Einstein**, v.6, n.1, p. 7-12, 2008

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2007.120p.

BERTAUT A.; LEMERY B.; MILLOT I. Regards croisés sur la santé mentale de la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique. **ORS Bourgogne**; 2010 sept. Disponível em: < <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/epyzkwSyntSM2015.pdf> > Acesso em: 15 jun. 2015.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: A pesquisa e seus métodos**. São Paulo: Ed. Paulus; Natal: EDUFRN, 2010. 167p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 10. ed., 2004, 199p

BOFF, Leonardo. *Tempo de Transcendência*: o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. 93p.

BOURDIEU, P. A escola conservadora: As desigualdades frente à escola e à cultura. In: _____ **Escritos de Educação**. NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Organizadores). 16.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015a. cap. 2, p. 45-72

BOURDIEU, P. Os três estados do capital cultural. In: _____ **Escritos de Educação**. NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Organizadores). 16.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015b. cap. 4, p. 79-88.

BOURDIEU, P. O capital Social – notas provisórias. In: _____ **Escritos de Educação**. NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Organizadores). 16.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015c. cap. 3, p. 73-78.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. **Rev. Interinst. Psicol**, Juiz de Fora/MG, v. 2, n. 2, p. 81-91, dez. 2009

BRASIL, Vanderlei et al. Orientação profissional e planejamento de carreira para universitários. **Cad. acad**, Palhoça/SC, v.4, n. 1, p 117-131, fev-jul. 2012.

BRASIL. [Plano Nacional de Educação (PNE)]. Plano Nacional de Educação 2014-2024 [recurso eletrônico]: Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 86 p. – (Série legislação; n. 125)'. Disponível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/439/documento-referencia.pdf> acesso em Acesso em 01 abril 2017

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm >. Acesso em: 04 abr. 2017

CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Rev J Bras Psiquiatr**. v. 55, n.4, p. 264-267. 2006.

CECCARELLI, P. R. Novas configurações familiares: mitos e verdades. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 40, n. 72, p. 89-102, jun. 2007.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estud. psicol**. Natal/RN, v. 10, n. 3, p. 413-420, Dec. 2005.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. e cols. **Família e ciclo vital. Nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2. Ed. 2009 282p

CIGOLI, V.; SCABINI, E. La mediación familiar: el horizonte relacional-simbólico. In: González, M. I. **El cuidado de los vínculos. Mediación familiar y comunitaria**. Bogotá: Universidade Del Rosario, 2007.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida*, Bruxelas, 2000. Disponível em: <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/000033001-000034000/000033814.pdf>. Acesso em 21 jun 2015.

Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n^o 466*, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 04 jan. 2015.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-937, Dec. 2009.

COSTA, E. F. O. et al. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 60, n. 6, p. 525-530, Dec. 2014 .

COSTA, E. F. O. et al. Sintomas depressivos entre internos de Medicina em uma universidade pública brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 58, n. 1, p. 53-59, Feb. 2012 .

COULON, A. **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador, Ba: Edufba, 2008. 276p.

CUPERTINO, A. P. F. B. et al. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2006.

DALGALARRONDO, P. Síndromes depressivas. In: _____ **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 27, p.307-313.

DALGALARRONDO, P. et al. Religious affiliation and psychiatric morbidity. In Brazil: higher rates among evangelicals and spiritists. **Int J Soc Psychiatry**. v.54, n. 6. p. 562-74. Nov. 2008:

DALRYMPLE, K.L.; ZIMMERMAN, M. Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, v.25, p. 131–137, 2011

DEBARRE, J. **Santé mentale et suicide: synthèse documentaire, actualisation** 2014. Saint Benoit: Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes, mai. 2015. Disponível em: < <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/epyzkwSyntSM2015.pdf> > Acesso em: 15 jun. 2015.

DEBERT, G. G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre/RS. v. 16, n. 34, July/Dec. 2010.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, maio 1999.

DELORY-MOMBERGER, C. Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica. **Revista Brasileira de Educação**. v. 17 n. 51 set-dez. 2012.

DELORY-MOMBERGER, C. **As histórias de vida: da invenção de si ao projeto de formação**. Trad. Albino Pozzer. Natal (RN): EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Brasília: EDUNEB, 2014. 362p.

DELORY-MOMBERGER, C. **Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto**. Trad. Maria da Conceição Passeggi, João Gomes da Silva Neto, Luis Passeggi. Natal (RN): EDUFRN/Paulus, 2008.147p.

DELORY-MOMBERGER, C. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 359-371, Aug. 2006 .

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C.. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, v.17, n 36, p. 21-32, 2007

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. **Academic Medicine**, v. 81, n. 4, April 2006.

FIGUEIREDO, M. G.; CERVENY, C. M. O. Ninho Cheio, Geração Canguru: A Permanência do Filho Adulto em Casa Segundo a Perspectiva dos Pais. **Pensando Famílias**, v. 16, n. 1, p. 143-162, jul. 2012.

FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de Medicina: prevalência e fatores associados. **J. bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 17-23. 2010

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 114-122, jun. 2003.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, May, 2009.

FOLHA DE S.PAULO. Equilíbrio e Saúde. **Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio**. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874794-Medicina-da-usp-se-mobiliza-apos-tentativas-de-suicidio.shtml>. Acesso em: abr 2017

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59, Aug. 2005.

FRANCO, A. L. S.; COSTA, L. F. Família e redes sociais. **Saúde Coletiva**, v. 09, n, 55, p. 06, 2012.

FUREGATO A. R. F. et al.. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de Enfermagem. **Rev. Psiq. Clín.** v.33, n.5, p. 239-244. 2006.

- FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F.; SILVA, E.C. da. Depressão entre estudantes de dois cursos de Enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. p. 509-16. 2010
- FURTADO, E. S.; FALCONE, E. M. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação Psicol.** v. 7, n. 2, p. 43-51. 2003.
- GAVIRIA, S.; RODRIGUEZ, M. A.; ALVAREZ, T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia, 2000. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago, v. 40, n. 1, enero. 2002.
- GAULEJAC, V.. O sujeito face à sua história: A démarche “Romance familiar e trajetória social”. In: TAKEUTI, N. M.; NIEWIADOMSKI, C. (org). **Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.61-73
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 64-89.
- GOLDSMID, R.; FERES-CARNEIRO, T. Relação fraterna: constituição do sujeito e formação do laço social. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 771-788, dez. 2011
- GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Feb. 2008
- GRYSCHKEK, R. J. G. **Transtorno mental comum nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP**: uma análise longitudinal. 2014. 83 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123871/000830266.pdf?sequenc e=1&isAllowed=y>>. Acesso em Acesso em maio 2017
- GUZMÁN-FACUNDO, F. R. et al. Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. **Invest Educ Enferm.** v. 29, n. 3, p. 442-450, 2011.
- HEISEL, M. J.; FLETT, G. L. Purpose in Life, Satisfaction With Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 26, n. 2, June 2004.
- HOPE, V.; HENDERSON, M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. **Medical Education**, v.48, p.963–979. 2014.
- HOWE, N.; RECCHIA, H. Relações entre irmãos e seu impacto no desenvolvimento das crianças. **Enciclopedia on Early Childhood Development**.. Abr, p. 1-6, 2006.

HVIID, Pernille; ZITTOUN, Tania. Editorial introduction: transitions in the process of education. **European Journal of Psychology of Education**, v.23, n. 2, p.121-130, 2008.

IGUE, E. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 2, dez. 2008

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Data Resources. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Acesso em 01 maio 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios: *Síntese de indicadores: 2015* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016a. 108p. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf> Acesso em 01 abr 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Educação e qualificação profissional: 2014* / INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2017. 104 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100061.pdf> Acesso em 01 abr 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Mobilidade sócio-ocupacional: 2014* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016b. 81p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98815.pdf> Acesso em 01 abr 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016c 146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 36) Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> Acesso em 01 abr 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da População Brasileira. *Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica*. N.32. IBGE: 2013. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Resumo Técnico: Censo do Ensino Superior 2014. 2016. 55 p.: il. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/informacao-da-publicacao/-/asset_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/636024. Acesso em 01 abril 2017

JESUS, M. L. T. B. **O Valor Simbólico do Diploma de Nível Superior**: um estudo sobre os percursos formativos dos professores da primeira turma de Pedagogia UFBA/PARFOR. 2014. 228f Tese (Doutorado) - – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

JOSSO, M. C. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as "histórias de vida" a serviço de projetos. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 11-23, jul.1999.

JOSSO, M. C. Os relatos de história de vida como desvelamento dos desafios existenciais da formação e do conhecimento: destinos socioculturais e projetos de vida programados na invenção de si. In: SOUZA, E. C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Orgs.). **Tempos, narrativas e ficções**: a invenção de si. Porto Alegre: EDIPUCRS: EDUNEB, 2006, p. 21-40.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 90-113.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas/RS, n. 45, p. 168-176, dez. 2014.

KEHL, M. R. A juventude como sintoma de cultura. Outro Olhar. **Revista de Debates Mandato Vereador Arnaldo Godoy** (PT), v. 5, n. 4, Belo Horizonte, p. 42-53. Nov. 2007. Disponível em:
http://files.cadifbavca.webnode.com/200000606-18aaf19a42/kehl_juv%20sintoma.df#page43. Acesso em junho 2017

KEHL, M. R. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, G; PEREIRA, R. (Orgs.) **Direito de família e psicanálise: rumos a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago. 2003. p.163-176. Disponível em:
<http://www.fronteras.com/artigos/maria-rita-kehl-em-defesa-da-familia-tentacular>. Acesso em maio 2017

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. 298p.

LEAL, L. N.; CASTRO, L. M. Cresce 'geração canguru', que não sai de casa. **Metrópole**. Rio. A34 30 Nov. 2013. Disponível em:
<http://digital.estadao.com.br/download/pdf/2013/11/30/A34.pdf>. Acesso em 01 Maio 2014.

LEMOS, A. H. C.; DUBEUX, V. J. C.; PINTO, M. C. S. Educação, empregabilidade e mobilidade social: convergências e divergências. **Cadernos Ebape**, v. 7, nº 2, artigo 8, Rio de Janeiro, Jun. 2009.

LEMOS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M.. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, 2011.

- LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, Dec. 2006.
- LITO, A. M. F. M. **Família(s), fratria(s) e droga(s)**: A perspectiva do próprio e do seu irmão(ã). Estudo comparativo de trajetória de vida. 2012. 408f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- LOPES, C. S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016.
- MACÊDO, T. E. C. R. **Estudos sobre a mulher emergente da nova classe média brasileira: gênero, família, escolarização, trabalho e profissão**. 2014. 142p Tese de doutorado em Psicologia Clínica - Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26. 1986.
- MARTÍN MONZÓN, I. M. Estrés académico en estudiantes universitarios. **Apuntes de Psicología**, v. 25, n.1, p. 87-99. 2007.
- MEYNCKENS-FOUREZ, M. A fratria, o ponto de vista eco-sistêmico. In: TILMANS-OSTYN, E.; MEYNCKENS-FOUREZ (Orgs.). **Os recursos da fratria**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2000. p. 19-53.
- MILLAN, L. R.; ARRUDA, P. C. V. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 Anos de Experiência. **Rev Assoc Med Bras**; v. 54, n. 1, p. 90-4, 2008.
- MONTEIRO, W. F. A metodologia neoclássica da teoria do capital humano: Uma análise sobre Theodore Schultz e Gary Becker. **Rev. Econ. do Centro-Oeste**, Goiânia, v.2, n.1, pp. 40-56, 2016.
- MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P.; SILVA, C. N. Olhares de crianças baianas sobre família. **Paidéia**. Ribeirão Preto/SP, v. 19, n. 42, p. 77-85, abr. 2009.
- MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. (Org.). **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap 7, p. 219-234.
- NEPOMUCENO, R. F.; WITTER, G. P. Influência da família na decisão profissional: opinião de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, v. 14, n. 1, p. 15-22. Jan/Jun, 2010.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. et al. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto/SP, v. 37, n. 10, p. 1519-1524, Oct. 2004.
- NORONHA JÚNIOR, M. A. G. Depressão em estudantes de Medicina. **Rev Med Minas Gerais**. v. 25, n. 4, p. 562-567. 2015.

OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A. C. G. Dificuldades na trajetória universitária e rede de apoio de calouros e formandos. **Psico**, Porto Alegre/RS; v. 45, n. 2, p. 187-197, abr.-jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.^a edição, Lisboa, Abril de 2002

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. 2013

PEREIRA, M. C.; LIRA, P. P. B.; PEDROSA, M. I. Observando brincadeiras e conversando com crianças sobre família. In: MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P. (Orgs.) **Família e parentalidade**. Curitiba: Ed. Juruá, 2011. p. 41-62.

PERES, C.M.; ANDRADE, A.S.; GARCIA, S.B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 203-211, Dec. 2007.

PEIXOTO, F. J.; BRITO, E. S.; CAMPOS, A. E. R. **Sintomas depressivos em acadêmicos de Fisioterapia**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2012. Não publicado.

PETRINI, J. C. Notas para uma nova antropologia da família In: PETRINI, J. C.; MOREIRA, L. V. C.; ALCÂNTARA, M A.R. **Família XXI: entre pós-modernidade e cristianismo**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2003. p. 71-105.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (orgs). **Família, Sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Editora Vozes, 2005, p.29-53.

PINHEIRO, M.H.C; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A família como base. In: WEBWER, L. (orgs) **Família e Desenvolvimento: visões interdisciplinares**. Curitiba: Ed. Juruá, 2008, p.21-36

PORTUGAL, S. **Contributos para uma discussão sobre o conceito de rede na teoria sociológica**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Portugal, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, Aug. 2007.

REZENDE, C. H. A. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n.3, p. 315–323. 2008.

RIBEIRO, M. G. S. **Sofrimento psíquico entre estudantes de medicina da UFMG: uma contribuição da Assessoria de Escuta Acadêmica.** 2014. 179f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9UKRAM/disserta_o_final_sem_artigo_04_12_14.pdf?sequence=1 Acesso em maio 2017

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 630-640, Dec. 2010

RODRIGUES, C.M.; KUBLIKOWSKI I. Os pais e a transição do jovem para a vida adulta. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 4, pp. 524-534, out.-dez. 2014

RULL, M. A. P. et al. Estrés académico en estudiantes universitários. **Psicología y Salud**, v. 21, n. 1, p. 31-37, enero-junio. 2011.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtornos do Humor. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed 2007. Cap 15, p.572-629.

SAMPAIO, B. et al . Desempenho no vestibular, background familiar e evasão: evidências da UFPE. **Econ. Apl.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 287-309, June 2011

SANTOS, C. E. R.; SANTOS, M. S. Os jovens e o mercado de trabalho nas grandes regiões brasileiras: realidade, dificuldades e possibilidades no contexto recente. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 21, n. 1, p.25-42, jan/mar. 2011.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009.

SPARTA, M.; GOMES, W. B. Importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 6, n. 2, p. 45-53. 2005.

SAUL, R. P. **As raízes renegadas da teoria do capital humano:** Sociologias, Porto Alegre, ano 6, nº 12, jul/dez 2004, p. 230-273

SERITAN, A.; HUNTIN, J.; SHY, A.; REA, M.; WORLEY, L. Commentary- The State of Medical Student Wellness: A Call for Culture Change. **Acad Psychiatr**, v.36, n.1, p.7-10. Jan.-Feb. 2012

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 229-242, Mar. 2014.

- SINGLY, F. O nascimento do indivíduo individualizado e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V. (Orgs.). **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.13-19.
- SINGLY, F. **Sociologie de la famille contemporaine**. 4. ed. Paris, Armand Colin, 2012. p. 128.
- SLUZKI, C.E. **Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas**. 2. ed. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2003.
- SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Trad. Muriam Campello. 2. ed. São Paulo: Companhia da Letras, 2014. 570p.
- SOUZA, E. C. Pesquisa narrativa e escrita (auto) biográfica: interfaces metodológicas e formativas. In: SOUZA, E. C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Orgs.). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS: EDUNEB, 2006, p.136-148.
- SOUZA, L. D. M. et al. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, 2008.
- SOUZA, I. M. D. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 736-743, Aug. 2012 .
- SREERAMAREDDY, C. T. et al. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 26, 2007.
- SWARTZ, T. T. Intergenerational Family Relations in Adulthood: Patterns, Variations, and Implications in the Contemporary United States. **Annu. Rev. Sociol.** v. 35, p. 191–212. 2009.
- TABALIPA, F. O. et al. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 388-394, Sept. 2015
- TEDESCO, J. C. Os fenômenos de segregação e exclusão social na sociedade do conhecimento. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, p. 13-28, Nov. 2002.
- TEIXEIRA, M. A. P. et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 185-202, jun. 2008.
- THEODORO, M. L. M; CARDOSO, B. M.; FREITAS, A. C. H. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit**, v.23, n.2, p. 324-333. 2010.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR (UCSAL). Curso de Enfermagem. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem 2015**. Salvador, 2015. 91p.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR (UCSAL). Curso de Fisioterapia. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem 2017**. Salvador, 2017. 91p.

VIANA, G.; LIMA, J. F. Capital humano e crescimento econômico. **Interações**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 137-148, Dec. 2010.

VIEIRA, E.M. et al. O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de ciências médicas da FMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 1/2, p. 84-90, 2004

YUSOFF, M. S. B. et al. The impact of medical education on psychological health of students: a cohort study. **Psychol Health Med**. v.18, n. 4, p. 420-30. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global health estimates. Geneva: Switzerland, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Observatory data repository. Suicide rates, age-standardized**. Data by WHO region. 2015a. (WHO, 2017b). Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en> Acesso em 01 maio 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Observatory data repository. Suicide rates, age-standardized**. Data by country. 2015b). Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRv?lang=en> Acesso em 01 maio 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2016**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, Switzerland: 2016. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ Acesso em 01 maio 2017

ZITTOUN, T. et al. Symbolic Competencies for Developmental Transitions: The Case of the Choice of First Names. **Culture & psychology**, v. 10, n. 2, p. 131-161, 2004

ZITTOUN, T.; MIRZA, N.M.; PERRET-CLERMONT, A-N. Quando a cultura é considerada nas pesquisas em psicologia do desenvolvimento. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 30, p. 65-76, 2007.

ZITTOUN, T.; PERRET-CLERMONT, A-N. Contributions à une psychologie de la transition. In: CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SOCIÉTÉ SUISSE POUR LA RECHERCHE EN ÉDUCATION (SSRE), 2001. Aarau – França. *Anais eletrônicos...* Aarau – França: **La Société Suisse pour la Formation des Enseignant(e)s**, 2001. p. 1-11. Disponível em: https://doc.rero.ch/record/12847/files/Zittoun_Tania_-_Contributions_une_psychologie_de_la_transition_20091027.pdf > Acesso em: jan. 2017

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE VIDA UNIVERSITÁRIA

Data de aplicação: ____/____/____

Nº Identificação: _____

Nome: _____

Curso: Enfermagem Fisioterapia Semestre: _____ Turno: Matutino NoturnoCor: Branca Preta Parda Amarela IndígenaRenda familiar: Até 2 Salários Mínimos (SM) + de 2 SM a 5 SM + de 5 SM a 10 SM + de 10 SM

BLOCO 1 – DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Gênero:
 1.Masculino 2.Feminino

2. Qual a sua idade? _____

3. E seu estado civil?

 1.Solteiro(a) 2.Casado(a) 3.Outro: _____

4. Tem filhos?

 1. Não 2. Sim. Quantos?

5. Onde você nasceu?

 1. Capital 2. Interior 3.Outro estado

6. Com quem você mora? _____

7. Você trabalha?

 1.Não 2. Sim: Em quê?_____ Qual a carga horária?
_____/semana

8. Você possui outra formação acadêmica?

 1.Não 2.Sim. Qual?

9. Qual a sua religião?

10.Qual o grau de escolaridade de seus pais?

Mãe: _____ Pai: _____

11. Qual a profissão de seus pais?

Mãe: _____

Pai: _____

BLOCO 2 – DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA

12. Você pratica alguma atividade física?

 1.Não 2.Sim: (vezes/semana) _____

13. Você fuma?

 1. Não 2. Sim (cigarros/dia) _____

14. Consome bebida alcoólica?

 1. Não 2.Sim. Com que frequência? _____

15. Sua alimentação é saudável (muita frutas, verduras e carnes brancas e pouco carboidrato e gordura)?

 1.Não 2. Sim

16. Quantas horas você dorme por dia?

17. Você tem algum problema de saúde?

 1.Não 2. Sim: (qual?) _____

18. Você usa alguma medicação?

 1.Não 2. Sim: (qual?) _____

19. O que você faz como lazer?

—

—

BLOCO 3 – DADOS SOBRE A VIDA ESCOLAR	
<p>20. Quantas horas extraclasse /semana você se dedica aos estudos? _____ horas.</p> <p>21. Você costuma estudar nos feriados e finais de semana? <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim</p> <p>22. Você está satisfeito com a escolha do seu curso? <input type="checkbox"/> 1. Não. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> 2. Sim</p> <p>23. Em relação ao estudo, você é uma pessoa <input type="checkbox"/> 1. Muito exigente <input type="checkbox"/> 2. Exigente <input type="checkbox"/> 3. Pouco exigente</p>	<p>24. Você se considera muito competitivo? <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim</p> <p>25. Em relação às aulas e atividades acadêmicas, você é <input type="checkbox"/> 1. Pouco participativo <input type="checkbox"/> 2. Participativo <input type="checkbox"/> 3. Muito participativo <input type="checkbox"/> 4. Inquieto</p> <p>26. Para você, o seu rendimento acadêmico é <input type="checkbox"/> 1. Abaixo do esperado <input type="checkbox"/> 2. O esperado <input type="checkbox"/> 3. Acima do esperado</p> <p>27. Você tem dificuldade de se concentrar quando estuda? <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim <input type="checkbox"/> 3. Às vezes</p>

BLOCO 3 – DADOS SOBRE A VIDA ESCOLAR - continuação	
<p>28. Que recursos você usa para estudar? (pode marcar mais de uma resposta) <input type="checkbox"/> 1. Leio livros <input type="checkbox"/> 2. Faço busca na internet <input type="checkbox"/> 3. Pesquiso nas bases científicas <input type="checkbox"/> 4. Tenho um grupo de estudo com colegas <input type="checkbox"/> 5. Tiro dúvidas com os professores <input type="checkbox"/> 6. Outros: _____</p> <p>29. Que tipos de atividades extracurriculares você faz para incrementar o seu currículo? (pode marcar mais de uma resposta) <input type="checkbox"/> 1. Participo de grupos de pesquisa <input type="checkbox"/> 2. Faço cursos de extensão <input type="checkbox"/> 3. Monitoria <input type="checkbox"/> 4. Atividades de voluntariado <input type="checkbox"/> 5. Estudo outro idioma <input type="checkbox"/> 6. Palestras / Oficinas <input type="checkbox"/> 7. Outros: _____</p>	<p>30. Qual o seu sentimento em relação ao ambiente universitário? (pode marcar todas as respostas que se aplicar) <input type="checkbox"/> 1. Acolhimento <input type="checkbox"/> 2. Solidão <input type="checkbox"/> 3. Segurança <input type="checkbox"/> 4. Ansiedade <input type="checkbox"/> 5. Insatisfação <input type="checkbox"/> 6. Motivação <input type="checkbox"/> 7. Sobrecarga <input type="checkbox"/> 8. Pertencimento <input type="checkbox"/> 9. Desvalorização <input type="checkbox"/> 10. Medo do fracasso <input type="checkbox"/> 11. Autonomia <input type="checkbox"/> 12. Competitividade <input type="checkbox"/> 13. Cooperação</p> <p>31. Em relação ao seu futuro profissional, você se sente: <input type="checkbox"/> 1. Otimista! Já tenho uma perspectiva de trabalho <input type="checkbox"/> 2. Otimista, embora não tenha perspectiva de trabalho <input type="checkbox"/> 3. Otimista, pois tenho apoio financeiro da minha família <input type="checkbox"/> 4. Inseguro, embora tenha perspectiva de trabalho <input type="checkbox"/> 5. Inseguro, pois não tenho apoio familiar <input type="checkbox"/> 6. Inseguro, pois não tenho perspectiva de trabalho</p>

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) aluno(a)

Sou aluna do doutorado em Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL) e estou realizando uma pesquisa sobre percursos acadêmicos e familiares de estudantes universitários com sofrimento psicoemocional, a qual tem como objetivo analisar os processos envolvidos no conhecimento, percepção e enfrentamento do adoecimento neste público. Como a literatura mostra que este tipo de problema é muito comum em estudantes da área de saúde, o estudo será feito com estudantes de Enfermagem e Fisioterapia. Pretendo, ao final do estudo, produzir informações que possam colaborar com a instituição na tomada de decisões quanto ao desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde mental no ambiente universitário e no aperfeiçoamento de políticas voltadas para o discente e de formação e capacitação da equipe de profissionais.

A pesquisa terá duas etapas. A primeira, **para a qual estou lhe convidando a participar de forma voluntária**, é feita com o preenchimento do questionário sociodemográfico e de vida acadêmica e do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A outra etapa será com uma entrevista, mas nem todos participarão. Se você for selecionado, eu irei fazer contato posteriormente. Os gastos com a pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora de modo que não acarretará para você nenhum custo em participar da pesquisa, nem haverá pagamento pela atividade. O questionário SRQ-20 mensura a intensidade de sintomas psicoemocionais, cuja ocorrência pode interferir nas atividades cotidianas de modo que eu me comprometo a devolver o resultado do teste. Caso você se sinta desconfortável, se quiser saber mais ou ter o acompanhamento de um especialista, eu lhe encaminharei para o PLENUS, que é nossa unidade de assistência ao estudante da UCSAL.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCSAL em 08/04, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Esclareço que **as informações coletadas serão guardadas rigorosamente sob sigilo e utilizadas estritamente para fins científicos**. Garanto a você que, **em hipótese alguma, seu nome será revelado**. A participação se dará de forma **voluntária** e você tem liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento do processo ou não responder às perguntas que não desejar sem sofrer nenhum tipo de constrangimento ou prejuízo. Eu me comprometo a divulgar os achados do estudo por meio de relatórios, publicações e outras formas de socialização do conhecimento.

Tendo feito todas as explicações e, caso não reste nenhuma dúvida, eu lhe convido a participar da **primeira fase do estudo**. A participação nesta primeira fase não lhe obriga a participar da seguinte, caso você não o desejar. Caso você aceite, por favor, assine as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma das quais será entregue a você. A qualquer momento, estarei à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos, mesmo depois da pesquisa concluída.

Salvador, ____/____/____

Eliana Sales Brito

Pesquisadora principal: Eliana Sales Brito, fisioterapeuta, professora, CI: 2.263.823, CREFITO 3722-F. E-mail: elianasbrito@hotmail.com

Endereço e telefones institucionais: Universidade Católica do Salvador - Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea - Av. Cardeal da Silva, 205 – Salvador/ BA. CEP 40.231-902/ Tel. 55 (71) 3203-8969.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador – CEP/UCSAL - Tel: (71) 3203-8913 | E-mail: cep@UCSAL.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, após a leitura e/ou escuta da leitura do TCLE e de ter sido devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios, confirmo a minha participação **voluntária**. Tive a garantia do anonimato, de que as informações prestadas serão usadas exclusivamente com fins científicos como também de que receberei esclarecimentos adicionais, se assim desejar. Além disso, posteriormente, receberei o resultado do questionário SRQ-20 e que, caso haja necessidade de acompanhamento, se for de minha vontade, poderei ser encaminhado(a) para o PLENUS. Posso desistir de participar a qualquer momento sem sofrer nenhuma penalidade. Estou ciente de que os custos da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora e que não receberei nenhum valor pela minha participação. Por fim, estou ciente de que a minha participação na primeira fase do estudo não me obriga a participar da segunda e que, caso seja selecionado, outro TCLE me será entregue. Diante do exposto, concordo de espontânea vontade em participar da primeira fase deste estudo.

Salvador, ____/____/____

Assinatura do voluntário

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) aluno(a)

Você foi selecionado(a) para a **segunda etapa** da pesquisa sobre percursos acadêmicos e familiares de estudantes universitários com sofrimento psicoemocional, a qual tem como objetivo analisar os processos envolvidos no conhecimento, percepção e enfrentamento do adoecimento de estudantes de Enfermagem e Fisioterapia. Pretendo, ao final do estudo, produzir informações que possam colaborar com a instituição na tomada de decisões quanto ao desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde mental no ambiente universitário e no aperfeiçoamento de políticas voltadas para o discente e de formação e capacitação da equipe de profissionais.

Foram selecionados para a segunda etapa os alunos(as) que alcançaram um nível intermediário a superior no escore do questionário *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Desta vez, você está convidado(a) a participar de uma **entrevista**, a qual será gravada de modo a facilitar a recuperação e transcrição das informações. Mantenho o compromisso sobre o sigilo das informações e de sua identidade. A participação no estudo é voluntária e você tem liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento ou de não responder às perguntas que não desejar, sem nenhum prejuízo. Os gastos com a pesquisa será de minha responsabilidade de modo que não haverá nenhum custo em participar da pesquisa, nem haverá pagamento.

A entrevista se dará em um ambiente reservado para esta finalidade a fim de garantir a privacidade. Será feita em um horário que lhe for conveniente, mediante a disponibilidade da sala. Falaremos de situações muito particulares, então, é possível que você se emocione ou se sinta desconfortável. Se isso acontecer, poderemos interromper e retomar depois e, caso seja necessário e for do seu interesse, poderei lhe encaminhar para ser acompanhado(a) pelo PLENUS, Centro de Assistência ao Estudante.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP, conforme as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Esclareço que as informações aqui colhidas e o resultado da pesquisa serão utilizados estritamente pra fins científicos. Eu me comprometo a divulgar os achados do estudo por meio de relatórios, publicações e outras formas de socialização do conhecimento produzido e, mais uma vez, garanto que o seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Tendo feito todas as explicações e, caso não reste nenhuma dúvida, eu lhes convido a participar da **segunda fase** do estudo. A participação na primeira fase não lhe obriga a participar desta. Caso você aceite, por favor, assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando a sua decisão de forma voluntária. Uma das cópias será entregue a você. A qualquer momento, estarei à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos, mesmo depois da pesquisa concluída.

Salvador, ____/____/____

Eliana Sales Brito

Pesquisadora principal: Eliana Sales Brito, fisioterapeuta, professora, CI: 2.263.823, CREFITO 3722-F. E-mail: elianasbrito@hotmail.com

Endereço e telefones institucionais: Universidade Católica do Salvador - Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea - Av. Cardeal da Silva, 205 – Salvador/ BA. CEP 40.231-902/ Tel. 55 (71) 3203-8969.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador – CEP/UCSAL - Tel: (71) 3203-8913 | E-mail: cep@UCSAL.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, após a leitura e/ou escuta da leitura deste documento e ter sido devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios, aceito participar **voluntariamente** da mesma. Tive a garantia do anonimato, de que as informações prestadas serão usadas exclusivamente com fins científicos e de que receberei esclarecimentos adicionais, se assim desejar. Sei que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Tenho conhecimentos dos procedimentos aos quais serei submetido(a). Estou ciente que nesta segunda etapa serei entrevistado(a) e que a entrevista será gravada em áudio para, posteriormente, será transcrita pela pesquisadora para assegurar o sigilo das informações. Tenho ciência de que todo o custo da pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora e que não receberei nenhum pagamento pela minha participação. Fui informado(a) que a entrevista pode mobilizar sentimentos e que, caso seja necessário e se for de minha inteira vontade, poderei ter acompanhamento no PLENUS, unidade de atendimento a estudantes da Universidade Católica do Salvador. Por fim, estou ciente de que a minha participação na primeira fase do estudo não me obriga a participar desta e que, por este motivo, me foi entregue outro Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Diante do exposto, concordo de espontânea vontade em participar da segunda fase deste estudo.

Salvador, ____/____/____

Assinatura do voluntário

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____ Semestre: _____

Data: ___/___/___ Local: _____

Horário: Início: _____ Fim : _____

TÓPICO NORTEADOR PARA NARRAÇÃO:

Conte para mim: como é pra você a experiência de ser universitário?

Interesse do entrevistador:

- Motivações e Influências (familiares, fraternas, afetivas) sobre sua escolha/trajetória acadêmica;
- Qualidade das relações familiares e presença de rede de apoio familiar e social;
- Relação com a vida universitária e a prática profissional (ameaças e oportunidades)
- Idealização/Expectativa com o futuro / construção do caminho
- Percepção e fatores associados com a presença/intensificação/surgimento dos sintomas depressivos

ANEXOS

ANEXO 1 - SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Responda as perguntas abaixo marcando um **X** na resposta verdadeira:

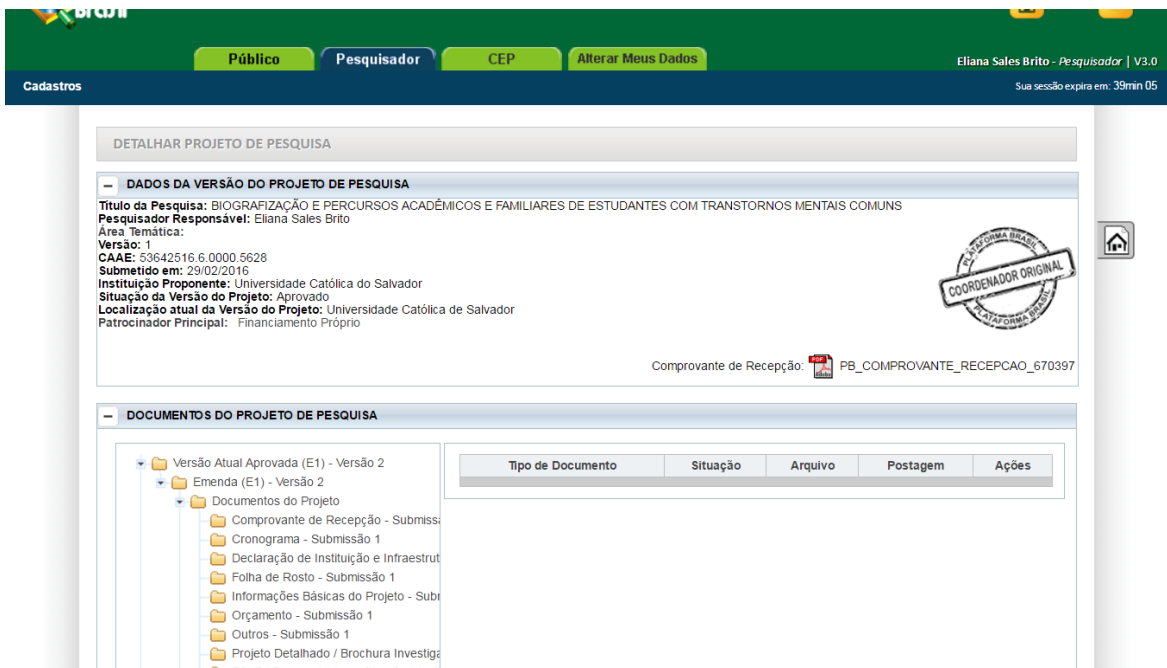
	SIM	NÃO
1. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?		
2. Assusta-se com facilidade?		
3. Sente-se triste ultimamente?		
4. Você chora mais do que de costume?		
5. Tem dores de cabeça frequentemente?		
6. Você dorme mal?		
7. Você sente desconforto estomacal?		
8. Você tem má digestão?		
9. Você tem falta de apetite?		
10. Tem tremores nas mãos?		
11. Você se cansa com facilidade?		
12. Tem dificuldade em tomar decisão?		
13. Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?		
14. O seu trabalho traz sofrimento?		
15. Sente-se cansado todo o tempo?		
16. Tem dificuldade de pensar claramente?		
17. Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?		
18. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
19. Tem pensado em dar fim à sua vida?		
20. Sente-se inútil em sua vida?		

Reproduzido de SANTOS; ARAUJO; OLIVEIRA, 2009.

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA


Submissão inicial ao CEP



The screenshot displays a web application interface for managing research projects. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Público', 'Pesquisador', 'CEP', and 'Alterar Meus Dados'. The user is identified as 'Eliana Sales Brito - Pesquisador | V3.0' and the session expires in 39 minutes. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and is divided into two sections: 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA' and 'DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA'.

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BIOGRAFIZAÇÃO E PERCURSOS ACADÊMICOS E FAMILIARES DE ESTUDANTES COM TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
Pesquisador Responsável: Eliana Sales Brito
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 53642516.6.0000.5628
Submetido em: 29/02/2016
Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Católica de Salvador
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_670397

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
Versão Atual Aprovada (E1) - Versão 2				
Emenda (E1) - Versão 2				
Documentos do Projeto				
Comprovante de Recepção - Submiss				
Cronograma - Submissão 1				
Declaração de Instituição e Infraestrut				
Folha de Rosto - Submissão 1				
Informações Básicas do Projeto - Sub				
Orçamento - Submissão 1				
Outros - Submissão 1				
Projeto Detalhado / Brochura Investiga				
TCE / Termos de Assentimento / Insti				

ANEXO 2 - SUBMISSÃO AO CEP APÓS QUALIFICAÇÃO


Plataforma Brasil principal sair

Público **Pesquisador** **CEP** **Alterar Meus Dados** Eliana Sales Brito - Pesquisador | V3.0
 Sua sessão expira em: 29min 25

DETALHAR EMENDA

DADOS DA VERSÃO DA EMENDA

Título da Pesquisa: BIOGRAFIA E PERCURSOS ACADÊMICOS E FAMILIARES DE ESTUDANTES COM SOFRIMENTO MENTAL
Pesquisador Responsável: Eliana Sales Brito
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 83642516.6.0000.5628
Submetido em: 01/06/2016
Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_727655

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (E1) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Emenda (E1) - Versão 2 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Comprovante de Recepção - Submiss ↳ Cronograma - Submissão 1 ↳ Declaração de Instituição e Infraestrut ↳ Folha de Rosto - Submissão 1 ↳ Informações Básicas do Projeto - Sub ↳ Orçamento - Submissão 1 				

