

O papel do suporte familiar em adolescentes acometidos por depressão

DOI: Em atribuição

Thais Carvalho dos Santos¹, Andrea Seixas Magalhães²

Resumo: O presente trabalho aborda, inicialmente, a definição contextualizada da complexa etapa do desenvolvimento humano chamada de adolescência. Discute, ainda, a interação entre as mudanças corporais e sociais vividas pelo adolescente, bem como a repercussão dessas transformações no âmbito familiar. O transtorno depressivo pode indicar uma dificuldade na travessia dessa fase conflituosa. Alguns fatores podem aumentar ou reduzir a possibilidade de o adolescente adoecer psicologicamente. Este trabalho, por fim, aponta como o suporte familiar pode influenciar sobremaneira na saúde emocional do adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Depressão; Suicídio; Família; Suporte familiar.

The role of family support in adolescents affected by depression

Abstract: This paper initially addresses the contextualized definition of the complex stage of human development called adolescence. It also discusses the interaction between the physical and social changes experienced by the adolescent, as well as the repercussion of these transformations on the family environment. The depressive disorder may indicate a difficulty in crossing this conflicting phase. Some factors may increase or decrease the possibility of the adolescent becoming physically ill. Finally, this work points out how family support can greatly influence the emotional health of adolescents.

KEY WORDS: Adolescence; Depression; Suicide; Family; Family Support

¹ Puc-Rio

² Puc-Rio

Introdução

O adolescente passa por uma desorganização dos aspectos de sua personalidade para organizar sua identidade. Nesse período, ele não é considerado socialmente uma criança, muito menos um adulto, ocasionando, dessa forma, conflitos. Nesse sentido, a adolescência é marcada por mudanças e transições que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010).

O suporte familiar pode ser visto como um facilitador para ajudar o adolescente a passar por esse período de mudanças, portanto, de crises. Porém, pode também ser um dificultador, fazendo com que o adolescente não se sinta apoiado e vivencie outros conflitos. Para Parker, Tupling e Brown

(1979), o suporte familiar se traduz na qualidade de cuidados e proteção que os pais dedicam a seus filhos, incluindo comportamentos de afeto, cooperação, sensibilidade, aceitação, indiferença, rigor, rejeição, punição, controle, superproteção, estímulo à autonomia e à independência.

Os adolescentes se deparam com inúmeras situações novas e pressões sociais, condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Se o adolescente for privado de um suporte familiar, os riscos para que as mudanças do humor e comportamentais evoluam para uma depressão são aumentados. Quanto à estrutura familiar, clareza de papéis, regras familiares flexíveis, liderança compartilhada e independência reduzem a probabilidade de o adolescente apre-

sentar a sintomatologia depressiva. Os sintomas de depressão podem estar envolvidos na percepção do suporte familiar, já que indivíduos com depressão tendem a distorcer negativamente o apoio proveniente da família e de amigos (Ballone & Moura, 2008).

Autonomia e o conceito de adolescência

Etimologicamente, o termo adolescência vem do verbo latino “adolescere” (ad = para e olescere = crescer), indicando um processo de crescimento, uma evolução. Essa evolução chegaria ao seu ápice quando as responsabilidades adultas fossem assumidas (Mussen, Conger, Kagan, & Huston, 1995). Estes mesmos autores acreditam que a adolescência “começa na biologia e termina na cultura” (p.515). Sendo assim, nas

O objetivo geral deste trabalho é analisar a relação entre suporte familiar ausente ou inadequado e a depressão em adolescentes.

sociedades mais desenvolvidas tecnologicamente, a adolescência tende a se prolongar, enquanto nas menos desenvolvidas ela tende a ser mais breve.

A adolescência deve, portanto, ser situada no contexto sócio-histórico que define sua especificidade enquanto objeto de estudo (Margulis, 2001; Aguiar, Bock, & Ozella, 2001). Até o século XVIII, o termo usado para designar o que chamamos de adolescência era *enfant*. Esse termo, porém, também era usado para se referir à infância, o que ocorria porque não havia distinção dessas duas etapas do desenvolvimento humano. Somente no final do século XIX é

que a adolescência é nomeada e passa a ser vista como um período de transição entre a infância e a fase adulta, passando a ter psicologia e sociologia próprias (Travesso-Yépez & Pinheiro, 2002).

Pode-se dizer que a adolescência é um evento previsível que gera um grande impacto no contexto familiar, sendo considerada como uma importante crise que afeta esse contexto (Kalina, 1999; Tallón, Ferro, Gómez, & Parra, 1999). É encarada, ainda, como uma fase do ciclo de vida familiar que apresenta aspectos particulares e que envolve todos os membros familiares. Silva e Matos (2004) acreditam que esse período chamado adolescência é uma fase de transição do indivíduo – da infância para a idade adulta –, que evolui de uma condição de total dependência até a condição de autonomia. Essa crise pode ser vista como um modo de lidar com uma demanda paradoxal de autonomia, visto que, ao mesmo tem-

po em que se espera que o adolescente seja autônomo, não se permite que ele faça o que bem entender, obrigando-o a seguir certas normas.

Segundo Calligaris (2002), Endo (2007) e Matheus (2008), foi o ideal de sujeito autônomo que possibilitou o surgimento do conceito de adolescência. A partir desse ideal, o indivíduo passou a ser considerado responsável pelas suas escolhas, ações, realizações e autossuperação. Seria, portanto, durante a adolescência que o indivíduo enfrentaria os desafios para alcançar a autonomia, logo, o status de adulto. Cabe ressaltar que a etapa adulta é caracterizada como sendo o ideal de completude do sujeito moderno (Bertol & Souza, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), a adolescência é a fase do desenvolvimento humano que vai dos 10 aos 19 anos, critério adotado, no Brasil, pelo

Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No entanto, essa fase é demasiadamente complexa para ser reduzida a mudanças biológicas. Ela abrange questões de gênero, classe social e contextos socioculturais (Mathews, 2003). A própria OMS utilizou, nas últimas décadas, o termo juventude para evocar a faixa etária entre 15 e 24 anos em função do alongamento dessa fase, na qual não são assumidas as responsabilidades ditas adultas (Burak, 2001).

A visão melhor aceita atualmente enxerga a adolescência como correspondendo a um fenômeno biopsicossocial, no qual o elemento psicológico é influenciado pela sociedade (Kalina, 1999). A adolescência corresponde à fase de descoberta dos próprios limites, de refutar os valores e normas familiares, além da profunda adesão aos valores do grupo de

amigos. É, ainda, um período de rupturas e descobertas, uma etapa marcada pela necessidade de integração social, pela busca da independência e pela definição mais clara da identidade sexual (Silva & Mattos, 2004).

Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) acreditam que devemos falar de adolescências, no plural, visto que há especificidades que dependem das variáveis sociodemográficas, tais como gênero, classe social e contexto histórico-cultural. Além dessas variáveis, pode-se citar a diversidade e o pluralismo cultural, que cada vez mais chegam, através da mídia, a todos os contextos culturais. Coloca-se em destaque uma visão mais ampla acerca de comportamentos, referências identitárias, linguagens e formas de socialização que tornam inviável um entendimento unívoco de adolescência.

Interações entre mudanças físicas e sociais na adolescência

É na adolescência que ocorrem transformações físicas e psíquicas, o que aumenta a vulnerabilidade do adolescente. Ele já não tem mais o corpo da infância, entretanto o corpo adulto não está completamente formado, dificultando para o adolescente a identificação com essas duas etapas (Braga, Molina, & Cade, 2007). Ruiz, Cano, Alvarez e Alemany (1999) acreditam que não é somente a imagem do físico que se modifica na adolescência, mas toda a representação de si. Cabe ressaltar que a adolescência é a fase na qual mudanças corporais são proeminentes. Sendo assim, o cuidado excessivo com o corpo, a preocupação exacerbada com a moda e a obsessão por esportes podem refletir o mal-estar em

relação ao corpo, tão comum nessa fase (Dias, 2000). A mídia influencia negativamente os adolescentes, impondo a eles um ideal que dificilmente será alcançado, podendo gerar frustração, insegurança e instabilidade (Saikali, Soubhia, Scalfaro, & Cordá, 2004).

As adolescentes costumam valorizar ainda mais a aparência física, além de se sentirem mais insatisfeitas com a própria (Hartler, 1993). O corpo feminino é o que mais sofre transformações nessa fase. Como exemplo, podemos citar o crescimento dos seios e o surgimento da menarca. Essas mudanças mais proeminentes acarretam maiores flutuações no autoconceito físico, além

de autoimagens corporais mais pobres e maior prevalência de distúrbios alimentares (Bacchini & Magliulo, 2003; Kansi, Wichstrom, & Bergman, 2003). Uma autoimagem negativa pode estar relacionada ao fato de a aparência estar fortemente ligada à popularidade e à aceitação no grupo de pares (Faria, 2012).

A entrada na adolescência tem sido antecipada, com isso cada vez mais cedo o adolescente sente a necessidade de se reavaliar e de elaborar seu projeto de vida (Matos, 2008). O adolescente necessita, ainda, renegociar sua relação com os pais, com o seu corpo e com os pares. O desenvolvimento do adolescente implica em uma mudança nas relações nos diversos contextos sociais dos quais faz parte (Frydenberg, 2008).

A vivência da adolescência não é igual para todos os indivíduos, mesmo que compartilhem uma mesma cultura e, até mesmo, que

possuam condições econômicas parecidas (Matos, 2008). Cada um experimenta essa fase de acordo com características próprias e sua estrutura familiar também pode influenciar. Matos (2008) postula, ainda, que adolescência tende a ser uma fase de conflitos e turbulências para muitos. No entanto, essa crise não é uma regra, há pessoas que passam por esta fase sem manifestarem grandes dificuldades de ajustamento. Segundo Marturano, Elias e Campos (2004), 20% dos adolescentes necessitam de ajuda profissional por apresentarem problemas de saúde mental, enquanto os demais não encontram adversidades maiores ao atravessarem essa etapa do desenvolvimento.

Biasoli-Alves (2001) fala, ainda, da evolução de um estado de necessidade de controle externo até o estado de autocontrole. Essa fase é marcada também por mudanças evolutivas intensas e rápidas nos sistemas sociais,

psicológicos e biológicos (Marturano et al., 2004).

Nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo tende a vivenciar momentos de instabilidades e desequilíbrios. É comum que ele se sinta inseguro, angustiado, injustiçado, confuso e incompreendido. Essa incompreensão que sente, sobretudo, por parte dos pais e professores e outras figuras de autoridade, pode acarretar problemas de relacionamento entre o adolescente e as pessoas próximas (Matos, 2008). Essas instabilidades vividas na adolescência podem, entretanto, ser consideradas importantes para o desenvolvimento psicológico dos sujeitos (Drummond & Drummond Filho, 1998), o que faz da adolescência uma crise normativa.

A família, os amigos, a comunidade e os professores exercem um papel importante na construção da identidade pessoal e social do

adolescente (Caldwell & Darling, 1999). Os adultos, que são figuras de autoridade e influência, possuem um papel de destaque nesse processo. Eles transmitem a esses adolescentes uma bagagem de regras e normas sociais, ideias, valores, costumes e comportamentos. Essa bagagem é passada às gerações seguintes através das transmissões conscientes e inconscientes (Biasoli-Alves, 2001).

As repercussões da adolescência na família

É no contexto familiar, sobretudo, que o adolescente continua a se desenvolver e é nesse contexto, ainda, que ele permanece por um período que tem se tomado cada

vez mais extenso. A adolescência não afeta somente o indivíduo que a vivencia, mas também as pessoas que convivem diretamente com o mesmo. Os familiares, devido ao convívio mais intenso, são os mais afetados, visto que a família não é apenas a soma dos membros que a constituem, mas um sistema no qual os membros estão diretamente ligados. A modificação de um elemento familiar leva à modificação do todo (Matos, 2008). A adolescência não é, portanto, um momento difícil e doloroso apenas para o sujeito, mas para toda a unidade familiar.

A adolescência propicia a emergência de conflitos dentro do núcleo familiar, estudos apontam que existe um aumento das brigas e disputas entre os pais e os adolescentes (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002). É necessário que haja, portanto, uma negociação constante e uma mediação dos conflitos intergera-

cionais (Marturano et al., 2004). A literatura aponta, ainda, que existe uma correlação entre o aumento desses conflitos e a diminuição do tempo de convívio e a proximidade entre os pais e os adolescentes (Steinberg & Morris, 2001). A falta de diálogo no ambiente familiar pode acarretar ou acentuar algumas dificuldades de relacionamento, podendo afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes. Entretanto, uma vez que o conflito consegue ser resolvido, os pais e os filhos adolescentes tendem a amadurecer e crescer com a situação passada (Marturano et al., 2004).

Depressão na adolescência

A conceituação da depressão vem, ao longo dos anos, sofrendo diversas modificações, o que gera

controvérsias em relação ao termo. Lafer e Amaral (2000) descrevem-na como uma sensação inalterável e durável na qual a pessoa sente-se desvalorizada, o mundo perde o significado e não há esperança para o futuro. No entanto, para Camon (2001), a depressão é resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente e distorce a percepção do mundo, a maneira como ela sente a realidade, como entende as coisas e demonstra suas emoções. De modo geral, a depressão é caracterizada como um transtorno de humor, que abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos e até mesmo religiosos (Coutinho, 2001).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10 (1994), os principais sintomas da depressão são: humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida,

levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos, ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. A duração dos sintomas deve ser de no mínimo duas semanas para que o diagnóstico possa ser feito.

Dalgarrondo (2008) acrescenta que, nos quadros depressivos mais graves, é comum que o indivíduo fixe sua atenção em certos temas, como a concentração em conteúdos de fracasso, culpa, pecado, ruína, etc. Assim, o baixo desempenho em tarefas de atenção parece ser proporcional à gravidade do estado depressivo. Podemos refletir que a condição emocional afeta os projetos de realização pessoal assim como a energia necessária para a sua execução.

O número de estudos sobre os quadros depressivos vem aumentando nas últimas décadas e isso se deve a uma prevalência do transtorno na população geral. Conforme evidências, eles estão entre as doenças mais comuns e prejudiciais, despendendo altos custos sociais, caracterizando um problema de saúde pública (Bahls & Bahls, 2002; Bahls, 2004; Botega, Furlanetto, & Fráguas, 2006). Já se fala na depressão como o mal do século XXI, tornando-se uma maneira de caracterizar o homem contemporâneo (Peres, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (1993) aponta que problemas tradicionais, como doenças infecciosas e a má nutrição, que constituem as principais necessidades de saúde da população, serão substituídas por doenças como a depressão. Dados fornecidos pela Disability Adjusted Life Years (medida obtida pela soma dos anos de vida perdidos pela mor-

talidade prematura na população e dos anos perdidos de vida por incapacidade) identificaram, em 2002, o transtorno depressivo grave em quarto lugar como causador de sobrecarga, prevendo que, em 2020, ocupe o segundo lugar, perdendo apenas para doenças cardíacas isquêmicas (World Health Organization, 2002).

Reconhecendo a depressão na adolescência

Durante muitos anos, acreditou-se que a depressão era um fenômeno que atingia somente adultos. A ideia provinha da crença de que a depressão era uma resposta à problemática existencial que tanto adolescentes quanto crian-

ças não tinham esse tipo de problemática (Lima, 2004). Foi somente a partir da década de 70, como relatou Bahls (2002), que foi reconhecida a existência da depressão em crianças e adolescentes. A depressão na adolescência, atualmente, é considerada frequente e com repercussões graves ao longo do desenvolvimento humano. Ela impacta a esfera familiar, acadêmica e social, podendo até levar ao suicídio. Segundo o autor, a depressão na adolescência possui um elevado risco de recorrência que se estende até a idade adulta, implicando em uma grande vulnerabilidade para evolução no sentido de um quadro grave.

A adolescência é uma fase de transformação em que diversas mudanças físicas, psíquicas, afetivas e sociais têm lugar. O adolescente sente-se ameaçado pelas grandes alterações que lhe estão a acontecer: no seu corpo, que não controla; na relação com os pais,

em que os conflitos de dependência/autonomia são constantes; nos receios que sente em relação às suas competências sociais e escolares; e na relação com os pares (Brito, 2011).

Segundo Ballone e Moura (2008), pesquisas mostram que cerca de 20% dos estudantes do ensino médio sentem-se profundamente infelizes ou têm algum tipo de problema emocional. O autor considera que o mundo pós-moderno contribui para esse panorama. Há as dificuldades postas pela exigência da escola e do futuro, como entrar para a universidade, lidar com colegas e professores, arranjar um emprego. Essas são condições que, em qualquer meio, podem estimular o estado depressivo (Fonseca, 2011).

Além disso, muitos adolescentes consideram as mudanças ocorridas em seu aspecto físico incoerentes com os modelos de estética

vigentes em sua época. Essa discrepância entre o corpo e a aspiração pode desencadear dificuldades de adaptação social, baixa autoestima e rejeição de si, levando à sintomatologia depressiva (Bahls, 2002). Ainda, segundo o mesmo autor, as mulheres relatam, com maior facilidade, a presença de sintomas mais subjetivos, como sentimentos de tristeza, por exemplo. As adolescentes do sexo feminino também teriam mais preocupação com a aparência e tendência a desenvolver baixa autoestima.

Damião, Coutinho, Carolino e Ribeiro (2011) realizaram uma pesquisa sobre as representações sociais da depressão com adolescentes do ensino médio. Como resultado, os sujeitos do sexo feminino obtiveram as maiores médias em todos os fatores indicativos de sintomatologia depressiva, resultado que corrobora com a literatura acerca da depressão, que registra o dobro da

vulnerabilidade à depressão em mulheres. De acordo com Reppold e Hutz (2003), a prevalência de sintomas depressivos entre as adolescentes está relacionada ao modo de funcionamento neuro-hormonal feminino, além do fato de que elas se sentem mais afetadas por eventos estressantes, bem como buscam com maior frequência o autoconhecimento.

Desde a segunda metade do século XX, a prevalência da sintomatologia depressiva vem crescendo e a idade de surgimento da mesma tem diminuído, se mostrando cada vez mais precoce (Andrade et al., 2003). Atualmente, a depressão é uma das principais causas de suicídio em jovens adultos e adolescentes, juntamente com o baixo rendimento escolar, o abuso e dependência de drogas (Ramchand, Griffin, Harris, Mccaffrey, & Morral, 2008). No Brasil, o suicídio é a terceira maior causa de morte entre os adolescentes, perdendo apenas para

os acidentes de trânsito e os homicídios (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Ministério da Saúde). Segundo Bahls (2002), o índice de suicídio é maior em jovens deprimidos do que em adultos, esses dados confirmam que a adolescência é considerada um fator de risco.

Estudos mostram que, nos cuidados de saúde primários, a cada três adolescentes com depressão, somente um deles é identificado e recebe tratamento (Burns et al., 1995). Dentre os que são diagnosticados, somente a metade é devidamente tratada (Kessler, Avenevoli, & Ries, 2001).

Beck, Steer e Griham (1996) indicam que alguns pacientes suicidas, por exemplo, não expressam a ideação suicida, mas podem apontar para importantes dificuldades para comer e dormir – queixas somáticas. Nesse caso, o examinador deve primeiramente verificar possíveis causas orgâni-

cas que expliquem as alterações do humor. Se essas causas não forem encontradas, devem, posteriormente, analisar as tendências depressivas e suicidas que podem estar encobertas nessas queixas somáticas e de desempenho.

Muitas vezes, a família percebe as atitudes patológicas do adolescente como rebeldia e indisciplina (Crivelatti, Durman, & Hofstatter, 2006). Muitos pais consideram comportamentos como ausência em aulas, trancar-se no quarto e não falar com ninguém, e agressão física como normais na adolescência, não observando a necessidade de ajuda especializada (Valverde, Vitalle, Sampaio, & Schoen, 2012). Segundo Bahls e Bahls (2002), jovens deprimidos não estão sempre tristes, apresentando-se principalmente irritáveis e instáveis.

Adolescentes deprimidos, de acordo com Versiani, Reis e Fi-

gueira (2000), podem se envolver em atividades de risco e atividades antissociais. Eles podem, ainda, apresentar-se não cooperativos e ter dificuldade de identificar e expressar seus sentimentos, além de possuírem tendência ao isolamento e graus elevados de ansiedade. Sendo assim, jovens deprimidos, frequentemente, interagem menos com os outros, desenvolvem problemas de comportamento, têm fraco desempenho escolar e apresentam, ainda, falta de interesse pelas atividades rotineiras, como esportes, eventos sociais ou outras atividades extracurriculares.

Toda a família é afetada quando um membro se encontra deprimido, pois com as mudanças no comportamento e humor do indivíduo, dificulta-se o processo de interação do grupo, o que leva todo grupo familiar a sofrer as consequências do transtorno. A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um

papel importante no funcionamento da dinâmica familiar, visto que as pessoas estão interconectadas e são dependentes umas das outras. Ao ocorrer qualquer alteração de saúde em um desses membros, todos os demais serão afetados, repercutindo, assim, na unidade familiar como um todo. Conclui-se, assim, que a família influencia a saúde e bem-estar dos seus membros, mas pode sofrer as influências da saúde e do mal-estar dos seus membros.

Estrutura familiar, suporte familiar e percepção de suporte familiar

A família não é a única, mas é considerada a principal fonte de apoio social, sendo responsável por transmitir valores, referências culturais e sendo modelo para o ser humano interagir com os outros (Ceberio, 2006). Não há um consenso para a definição estrutural de família e seu conceito vem se modificando, gradativamente, ao longo do tempo, devido à coexistência de diferentes arranjos familiares. Apesar das mudanças recorrentes na estrutura, na sua função e nas práticas educativas, a família continua sendo fundamental para constituição do sujeito (Baptista, Baptista, & Dias, 2001).

Por estrutura familiar, entende-se a quantidade de pessoas que moram na casa e suas respectivas funções; o fato de os pais estarem vivos ou terem falecido; a condição de estarem casados, divorciados ou serem recasados; dentre outras características físicas (Baptista et al., 2001). Mombelli,

Costa, Marcon e Moura (2011) verificaram que a estrutura familiar não foi fator protetor contra sintomas de estresse e nem melhorou a percepção de suporte familiar recebido pelos participantes. Pode-se dizer que não há correspondência direta entre o modelo familiar e o suporte oferecido pela rede. É importante considerar que diversos aspectos do relacionamento com a rede familiar se entrelaçam, produzindo maior ou menor possibilidade de apoio (Matsukura, Marturano, & Oishi, 2002).

No estudo feito por McFarlene, Bellissimo e Norman (1995), avaliou-se a associação entre a estrutura familiar, a integração familiar e o bem-estar dos filhos na adolescência. Os resultados dessa pesquisa indicaram que a maneira como os pais tratam seus filhos é o fator determinante para a coesão familiar e para o bem-estar dos adolescentes, independentemente da configuração fa-

miliar. O suporte prestado pela rede familiar é fundamental para a manutenção da saúde psíquica e para o enfrentamento de situações estressantes, visto que atua de forma preventiva (Cohen & Wills, 1985), promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida dos familiares. Quando há ausência ou insuficiência dessas redes de apoio, revela-se maior vulnerabilidade nas famílias (Gutierrez & Minayo, 2008).

Baptista e Oliveira (2004) entendem suporte familiar como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas). O suporte familiar pode ser entendido, ainda, como o cumprimento de determinadas funções familiares, tais como: transmitir informações sobre o mundo, ideologias e valores, ajudar na formação da identidade, oferecer ajuda financeira, apoio

emocional e orientação. Além dessas funções, a família ainda deve mediar conflitos, ajudar na solução de problemas e servir de refúgio para recuperação de seus membros quando necessário (Campos, 2004). Craig e Winston (1989) diferenciam dois tipos de apoio oferecido pela rede familiar, o instrumental e o emocional. Apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se a afeição, aprovação, simpatia, preocupação com o outro e, também, ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo.

Segundo Lidchi e Eisenstein (2004), na medida em que os membros familiares percebem a família como afetuosa, com comunicação clara e congruente, coesa, com regras flexíveis, limites claros, provendo autonomia e apoio diante de situações difíceis,

há, então, o cumprimento das funções familiares. Ainda segundo os autores, uma família disfuncional seria aquela percebida por seus membros como não oferecendo afeto, com comunicação falha, não sendo capaz de promover autonomia e proteção, não oferecendo recursos para o desenvolvimento individual e nem apoio nos momentos de crise.

Geralmente, é com a família que o indivíduo estabelece os primeiros contatos. É ela que vai mediar a relação do indivíduo com o mundo, provendo o primeiro apoio afetivo e material, que depois será estendido para outras relações (Campos, 2004; Ceberio, 2006). Quando a família consegue oferecer carinho, atenção, diálogo, flexibilidade, regras, autonomia e aceitação, ela passa a funcionar como fonte suporte, sendo assim imprescindível ao desenvolvimento saudável de seus membros. De acordo com Campos (2004), o efeito principal do suporte está no

fato de ser percebido como satisfatório pelo receptor, de modo que o sujeito se sinta valorizado, individualizado, amado, cuidado, reconhecido, protegido e informado. É essa percepção que vai possibilitar a enfrentar as dificuldades diárias e que vai, ainda, contribuir para o bem-estar psíquico, para o aumento da autoconfiança e redução do estresse.

O ser humano, quando percebe o suporte familiar como adequado, apresenta menor predisposição a desordens mentais, além de apresentar autoestima mais elevada quando comparado com aquele que não tem uma visão positiva do suporte recebido (Lakey & Scoboria, 2005). O suporte familiar não apenas atenua os eventos estressores na vida do indivíduo, é também um fator protetor diante de condições adversas (Arpini & Quintana, 2003; Carvalho & Almeida, 2003). O suporte familiar adequado favorece a superação de crises e da desestabilização

que podem acarretar (Castro, Campero, & Hernández, 1997). Em contrapartida, frieza, hostilidade, superproteção e rejeição frequentemente influenciam no aumento de estresse emocional.

A percepção do recebimento de suporte familiar é fundamental na manutenção de saúde mental, no enfrentamento de crises, na promoção de benefícios, nos processos fisiológicos (sistema endócrino, cardiovascular e imunológico) e no alívio de estresse (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). Alves, Baptista e Souza (2008) analisaram a correlação entre a Severidade de Doença Mental e as dimensões do IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar. O resultado sugere que quanto maior o afeto oferecido, a proximidade, a comunicação congruente, a compreensão, a autonomia e a habilidade na resolução de problemas por parte da família, menor a severidade de

doença mental. Esses resultados corroboram com o entendimento da família como importante colaboradora para a produção de saúde e doença mental. Como saúde, a OMS (1995) entende um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas em ausência de doença.

Souza (2007) também estudou a relação entre o suporte familiar e a saúde mental em adolescentes e jovens adultos, utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Como resultado, foram encontradas correlações significativas entre as dimensões medidas por esses instrumentos. Constatou que quanto menor é o desejo de morte, o estresse, a baixa autoestima, os distúrbios do sono, de ansiedade e psicossomáticos, maior é a percepção de recebimento de afeto, inclusão, compreensão, confiança, liberdade, independência, habilidade na

resolução de situações-problema e privacidade entre os membros da família, sendo maior o suporte oferecido pela rede familiar.

O suporte familiar funcional influencia positivamente nos tratamentos psiquiátrico e psicológico, diminuindo, inclusive, a recorrência de transtornos, como, por exemplo, os transtornos de humor (Patten et al., 1997), contribuindo, assim, para a saúde mental do indivíduo. Para Ramos (2002), saúde é resultado do bom funcionamento psíquico e da capacidade de o indivíduo estabelecer relações adequadas com às redes que dispõe. Programas que enfatizem e incentivem o suporte familiar, devem ser pensados para atuar de maneira preventiva. Desse modo, seriam minimizados os riscos de surtos psíquicos, assim como para tratamento da doença mental.

Suporte frágil ou inexistente

Em um estudo de revisão, Baptista et al. (2001) analisaram a estrutura e o suporte familiar como fatores de risco para a depressão em adolescentes. Segundo os autores, não se pode pensar em uma causa específica para o desenvolvimento da depressão, visto que ela é multifacetada, sendo influenciada tanto por fatores biológicos quanto psicológicos e sociais. Eles afirmam, ainda, que as mudanças familiares bruscas, que incluem as mudanças em composição, estrutura física e consequentemente nas regras e papéis familiares, aumentam a prevalência de depressão nos adolescentes. A família deve ser considerada como amortecedora dos impactos dos eventos estressantes, enfrentados no cotidiano de adolescentes.

Baptista e Oliveira (2004), ao investigar a sintomatologia de depressão e o suporte familiar em adolescente, verificou que o suporte familiar foi percebido como insuficiente no grupo com sintomatologia depressiva, indicando que, quanto maior a sintomatologia depressiva no adolescente, mais falhas há no suporte familiar. Logo, quando os adolescentes se sentem recebendo afeto, carinho, proteção, interesse, atenção, diálogo, inclusão e compreensão, apresentam melhor saúde emocional.

O suporte familiar está relacionado com a satisfação na vida das pessoas, principalmente em adolescentes, como afirmam Pardeck, Brown, Christian, Schunurbusch e Shurm (1991), ou seja, indivíduos que possuem percepção de uma família menos suportiva relatam mais insatisfação com a vida. Da mesma forma, Ross e Mirowsky (2002) também apontam que a percepção de su-

porte familiar inadequado estaria vinculada à diminuição do senso de segurança em relação à sobrevivência em indivíduos com constantes crises de saúde.

Cruvinel e Boruchovith (2009) encontraram, como resultado da pesquisa realizada, a associação entre sintomas depressivos e pensamentos disfuncionais e a possibilidade de os pais influenciarem positiva ou negativamente em problemas relacionados à depressão, já que podem ser modelos de pensamentos e avaliações disfuncionais (Ahlstrom, Danielson, & Skarsater, 2010). Outra questão que se associa à sintomatologia depressiva é a instabilidade familiar, que pode ser definida como a ausência da consistência de atividades rotineiras da família (Ivanova & Israel, 2006). A relação entre suporte e a renda familiar também foi verificada, indicando que as famílias que possuem maior condição financeira têm uma melhor

percepção do suporte familiar recebido. Santana (2008), em seu estudo, corroborou com os achados anteriores. Ele encontrou diferença significativa entre os participantes mais desfavorecidos financeiramente, revelando que estudantes com nível econômico inferior percebiam o suporte familiar oferecido como mais inadequado.

Morano, Cisler e Lemerond (1993) estudaram os preditores para tentativas de suicídio nos adolescentes e, como resultado, as experiências de perda e o suporte familiar ausente ou inadequado foram tidos como os melhores prenúncios. Sendo assim, o suporte familiar adequado pode proteger o adolescente frente às vulnerabilidades e aos eventos estressantes. Já Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995) investigaram a relação entre percepção da dinâmica familiar, a sintomatologia depressiva e a tentativa de suicídio em adolescentes. Além

dos instrumentos utilizados para medir depressão (Beck Depression Inventory – BDI) e disfunção familiar (McMaster Family Assessment Device – FAD), os adolescentes responderam questões sobre pensamentos, planejamento e tentativas suicidas, e experiências de vida. Analisando os dados resultantes desse estudo, verificou-se que a disfunção familiar influencia, mesmo que indiretamente, os pensamentos de suicídio e a sintomatologia depressiva no geral.

Santana (2008) verificou que, quanto maior a sintomatologia depressiva, menor o suporte familiar percebido e mais inadequado o estilo parental encontrado. É importante ressaltar que, independentemente da fase de desenvolvimento de ciclo vital familiar, a família representa uma proteção contra eventos estressores e contra o desenvolvimento de transtornos mentais. Quanto menor a percepção de

afeto, cuidado, emoção por parte da família e, ainda, quanto menor a sua eficácia na resolução das situações-problema, na oferta de independência, na adaptabilidade do sujeito à família e na configuração das regras claras e bem delimitadas, maior o estresse psíquico. Uma vez que a família é fonte de estresse, ela está descumprindo sua função suportiva (Castro et al., 1997).

Schneider e Ramires (2007) levantaram a hipótese, diante dos resultados obtidos da aplicação do Parental Bonding Instrument (PBI), de que os adolescentes deprimidos recebem suporte inadequado dos pais em alguma medida, visto que predominou, entre eles, a percepção de cuidado insuficiente pelas figuras parentais. Isto testemunha em favor da existência de aspectos significativos na relação entre vínculo parental e depressão. Já Essau (2004) identificou em seu estudo que o apego com os pais era mais

frágil em adolescentes deprimidos do que naqueles que não apresentavam desordens psíquicas.

A família, ao mesmo tempo em que é vista como a provedora do suporte mais importante, pode ser, ainda, vista como fonte maior de estresse para seus membros. Ela pode afetar sobremaneira os estados de saúde ou doença. Krause, Liang e Yatomi (1989) sugerem que os distúrbios psicológicos, particularmente os sintomas depressivos, podem ser influenciados por consequência da insatisfação do indivíduo com o suporte familiar recebido. Baptista (1997) realizou uma pesquisa com dois grupos de adolescentes, em que um deles apresentava sintomatologia depressiva. As meninas do grupo que apresentava o transtorno classificaram suas mães como rejeitadoras, indiferentes e pouco carinhosas. Em comparação feita entre esses dois grupos de mães,

o das adolescentes deprimidas se autoavaliaram como sendo mais superprotetoras em relação ao suporte que oferecem. Ou seja, as mães de adolescentes deprimidas consideram que propiciam suporte inadequado, visto que inibem a autonomia de suas filhas.

Os resultados dessas pesquisas apontam dois paradoxos. O primeiro deles é que embora o oferecimento de suporte seja muito importante para as adolescentes, pode também ser fonte de estresse, o que caracteriza o suporte inadequado ou ausente. O segundo paradoxo diz respeito ao fato de as filhas caracterizarem o suporte de suas mães como negativo por não perceberem afeto e atenção envolvidos, enquanto suas mães se autoavaliam de forma oposta. Ao superprotegerem suas filhas, as mães, ainda assim, oferecem suporte inadequado. O excesso de proteção é considerado tóxico, visto que inibe a autonomia das meninas.

Langford, Browsher, Maloney e Lillis (1997), com base em uma revisão crítica da literatura, apontam que o suporte familiar é associado frequentemente à competência social, enfrentamento de problemas, senso de estabilidade, afeto positivo e bem-estar psicológico. Sendo assim, baixo nível de suporte familiar está relacionado com alta prevalência de transtornos ansiosos e de humor. Já Harris e Molock (2000), em outro estudo, associaram o suporte familiar inadequado com ideação suicida e sintomatologia de depressão. O resultado encontrado foi que baixos níveis de coesão e suporte familiar estão correlacionados com elevados níveis de depressão e ideação suicida. Nessa mesma direção, Martin e Waite (1994), em um estudo realizado com estudantes de idade média de 15 anos, investigaram a relação entre ideação, intenção suicida, depressão e vínculo com os pais. Os resultados apontaram que baixo carinho e

alta proteção são associados com o aumento dos níveis de depressão.

Com o objetivo de verificar a relação entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade, Santos (2006) realizou uma pesquisa com 346 jovens. Os resultados apontam que indivíduos com a percepção positiva do suporte familiar apresentavam traços de personalidade adequados, como boa socialização, simpatia, responsabilidade, honestidade, capacidade de flexibilidade, maturidade, entre outros. Os sujeitos que avaliavam o suporte familiar negativamente demonstravam ansiedade, instabilidade emocional, imprevisibilidade, tendência a sentimentos confusos, dentre outros.

Parker et al. (1979) postularam que os pais carinhosos e empáticos permitem que o filho tenha uma maior autoestima, o que proporciona proteção contra a

depressão na fase adulta. Os autores explicam, ainda, que a superproteção está relacionada à depressão por meio da inibição da autonomia e da competência social. Consideram, ainda, que carinho, autonomia e proteção estão dentro de suporte familiar, sendo, portanto, fatores protetores à depressão. Consta-se que superproteção, ausência de autonomia e baixo carinho oferecido estão relacionados ao suporte familiar inadequado ou inexistente, sendo fatores de risco para que adolescentes desenvolvam uma sintomatologia depressiva.

Considerações finais

A adolescência é uma etapa de grande vulnerabilidade e transformações, como o presente trabalho apontou. É durante essa fase do desenvolvimento que

muitos indivíduos adoecem psicologicamente. A depressão é uma das possibilidades diagnósticas que vêm sendo cada vez mais comuns no adolescente da sociedade contemporânea.

O adolescente passa por uma marcante mudança corporal, que muitas vezes não lhe agrada ou não corresponde ao ideal imposto socialmente. Além disso, sua maneira de se relacionar com as pessoas também não é a mesma de quando era criança. Os relacionamentos amorosos surgem, fazendo com que aprendam a lidar, sozinhos, com essa nova maneira de se relacionar com o outro. As pressões quanto ao futuro acadêmico e profissional começam a surgir. É nessa fase, ainda, que ele é pressionado a expressar opiniões acerca de assuntos mais sérios, já não podendo errar como uma criança pode.

O ambiente familiar pode ser protetivo, ao oferecer suporte

adequado ao indivíduo que está atravessando essa fase do desenvolvimento tão estressante. A família pode, entretanto, ser mais um motivo de sofrimento psicológico. Ela pode desqualificar suas crises e pode pressioná-lo ainda mais. Além disso, ela pode prejudicar a autoestima dele, tolher sua autonomia, impor-lhe regras inflexíveis, não oferecer apoio e não demonstrar amor. Essa família estaria, assim, aumentando as chances desse adolescente desenvolver uma sintomatologia depressiva, por exemplo.

Espera-se que os membros familiares possam promover saúde emocional uns aos outros, sobretudo nos períodos de crise. É fundamental que a família ajude o adolescente a atravessar essa etapa, oferecendo todo suporte necessário, pois, assim, as chances de a travessia ser menos dolorosa são aumentadas. Além disso, quando o adolescente se encontra deprimido, toda a dinâmica fami-

liar é influenciada e modificada, levando a um sofrimento familiar. Oferecer suporte, portanto, não

beneficia apenas o adolescente, mas toda a rede familiar.

Referências

- Aguiar, W. M., Bock, A. M. B., & Ozella, S.** (2001). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock, A. M. B. (Org.). *Psicologia Sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 129-140.
- Ahlstrom, B. H., Skarsater, I., & Danielson, E.** (2008). The meaning of major depression in family life: The viewpoint of the ill parent. *Journal of Clinical Nursing*, Hoboken, 19, 284-293.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., & Vollebergh, W.** (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, Indianapolis, 12(1), n. 1, 3-21.
- Arpini, D. M., & Quintana, A. M.** (2003). Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 20(1), 27-36.
- Bacchini, D., & Magliulo, F.** (2003). Self-image and perceived self-efficacy during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, São Francisco, 32(5), 337-350.
- Bahls, S. C.** (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal da pediatria*, Porto Alegre, 78(5), 359-366.
- Bahls, S. C.** (2004). *A Depressão: em Crianças e Adolescentes e o seu Tratamento*. São Paulo: Lemos editorial.
- Bahls, F. R. C., & Bahls, S. C.** (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, 6(1), 49-57.
- Ballone, G.J., & Moura, E.C.** (2014). Depressão na Adolescência. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>. Acesso em: 31 mar.

- Baptista, M. N.** (1997). *Depressão e Suporte Familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães*. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto De Psicologia Da Puccamp, Campinas.
- Baptista, A. S. N., Baptista, M. N., & Dias, R. R.** (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 21, 52-61.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A.** (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, 14(3), 58-67.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Grisham, J.R.** (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 68(3), 371-377.
- Bertol, E., & Souza, M. de** (2010). Transgressões e Adolescência: Individualismo, Autonomia e Representações Identitárias. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, 30(4), 824-839.
- Biasoli-Alves, Z. M.** (2001). Crianças e adolescentes: a questão da tolerância na socialização das gerações mais novas. In: Biosoli-Alves, Z. M., & Fischman, R. (Orgs.). *Crianças e adolescentes: construindo uma cultura da tolerância*. São Paulo: EDUSP, 79-93.
- Botega, N. J., Furlanetto, L., & Fráguas, R. Jr.** (2006). Depressão. In: Botega, N. J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed, 225-246.
- Braga, P. D., Molina, M. D. C. B., & Cade, N. V.** (2007). Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. *Cien. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 12(5), 1221-1228.
- Brito, I.** (2011). Ansiedade e Depressão na adolescência. *Rev. Port. Clin. Geral*, Lisboa, 27(1), 208-14.
- Burak, S. D.** (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescents. In: S. D. Burak (Comp). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universidad Regional, 469-487.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., & Farmer, E. M.** (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*, Washington, 14(3), 147-59.
- Caldwell, L. L., & Darling, N.** (1999). Leisure context, parental control, and resistance to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance use: An ecological perspective. *Journal of Leisure Research*, CIDADE, 31(1), 57.

Calligaris, A. (2002). A cooperação UFSCar-empresa por meio dos programas de inovação tecnológica PATME, PITE e PIPE. 126f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Departamento de Engenharia de Produção-Universidade Federal de São Carlos. São Carlos).

Camon, V. A. A. (2001). Depressão como um processo vital. In: Camon, V. A. A. (Org.), Depressão e psicossomática. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1-44.

Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In: Filho, J. M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 141- 161.

Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 17(2), 109-122.

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafios. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 31(4), 425-435.

Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. In: 7º Congresso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis, Madrid, 147-148.

Organização Mundial da Saúde. (1994). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, Washington, 98(2), 310-357.

Coutinho, M. P. L. (2001). Depressão infantil: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB.

Craig, St. J., & Winston, T. J. (1989). The effect of social support on prenatal care. Journal of Applied Behavioral Science, Nova York, 25, 79-98.

Crivelatti, M. M. B., Durman, S., & Hofstatter, L. M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. Textocont.- Enferm., Pernambuco, 15(1), 64-70.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora, 32(1), 87-100.

Dalgalarrondo, P. (2008). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Damião, N. F., Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C., & Ribeiro, K. C. S. (2011). Representações sociais da Depressão no Ensino Médio: Um estudo sobre duas capitais. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, 23(1), 114-124.

Dias, S. (2000). A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. Psicologia USP, São Paulo, 11(1), 119-135.

Drummond, M. C. C.; Drummond Filho, H. C. (1998). Drogas, a busca de respostas. Ipiranga: Edições Loyola.

Endo, P. C. (2007). Criação e destruição. O olhar adolescente: Espelhos da Sociedade. *Mente e Cérebro*, São Paulo, 1(4), 62–69.

Essau, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, São Francisco, 5(33), 365–372.

Faria, L. (2012). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, Lisboa, 23(4), 361–371.

Fonseca, T. O. (2011). Cartografias do cuidado em saúde para adolescentes e jovens: um estudo sobre a organização e os processos de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da Rede-SUS municipal do Rio de Janeiro. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Frydenberg, R. (2008). Adolescent coping: advances in theory, research and practice. New York: Routledge.

Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. S. (2008). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15, 1497–1508.

Harris, T. L., & Molock, S. D. (2000). Cultural orientation, family cohesion and family support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Chicago, Illinois, USA, 30(4), 341–353.

Harter, S. Self and identity development. In: Feldman, S.S., & Elliott, G. R. (Eds.). (1993). *At the threshold: The developing adolescent*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 352–387.

Instituto Brasileiro De Geografia Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 8. Mar. 2014.

Ivanova, Y. M., & Israel, C. A. (2006). Family stability as a protective factor against psychopathology for urban children receiving psychological services. *Journal of Clinical Childhood and Adolescence Psychology*, Londres, 35(4), 564–570.

Kalina, E. (1999). Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kansi, J., Wichstrom, L., & Bergman, L. R. (2003). Eating problems and the self-concept: Results based on a representation sample of Norwegian adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, São Francisco, 32(5), 325–335.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries, M. K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry, Nova Jérсия*, 49(12), 1002-1014.

Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis. *Psychology and Aging, Washington*, 4, 88-97.

Lafer, B., & Amaral, J. A. M. S. (2000). Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lakey, B., & Scoboria, A. (2005). The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self-esteem. *Journal of Personality, Nova Jérсия*, 73(2), 361-388.

Langford, C. P. H., Browsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, São Francisco*, 25, 95-100.

Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. In: J. Mello Filho (Org.), *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 217-231.

Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria, Porto Alegre*, 80(2).

Margulis, M. (2001). Juventud: uma aproximación conceptual. In: Burak, S. D., *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, 41-56.

Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinávica, São Francisco*, 92(5), 336-344.

Martin, G., & Waite, S. (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinávica*, 89(4), 246-254.

Marturano, E. M., Elias, L. C. D. S., & Campos, M. A. S. (2004). O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção. *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar*, 1, 251-88.

Matheus, T. C. (2003). O discurso adolescente numa sociedade virada do século. *Psicol USP, São Paulo*, 14(1), 85-94.

Matheus, T. C. (2008). Quando a adolescência não depende da puberdade. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, São Paulo*, 11(4), 616-625.

Matos, M. G. (coord.) (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA: Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar*. Lisboa: CMDT-LA, FMH e FCT.

Matsukura, T. S., Marturano, E. M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, 10(5), 675-681.

Mcfarlene, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Hoboken, 36, 847-864.

Mombelli, M. A., Costa, J. B., Marcon, S. S., & Moura, C. B. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos Psicológicos*, Campinas, 28(3), 327-335.

Morano, C. D., Cisler, R. A., & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss insufficient familial support and hopelessness. *Adolescence*, São Francisco, 28(112), 851-865.

Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J. E., & Huston, A. C. (1995). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. São Paulo: Editora Harbra.

Organização Mundial Da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete*, Edusp, 1.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1995). *La salud delos jóvenes: un reto y una esperanza*. Geneva: OMS.

Pardeck, J. T., Brown, C., Christian, B., Schunurbusch, M., & Shurm, L. (1991). Family structure and life satisfaction. *Family Therapy*, San Diego, 18(1), 11-15.

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, São Francisco, 52, 1-10.

Patten, C. A., Gillin, J. C., Farkas, A. J., Gilpin, E. A., Berry, C. C., & Pierce, J. P. (1997). Depressive symptoms in california adolescents: Family structure and parental support. *Journal of Adolescent Health*, CIDADE, 20, 271-78.

Peres, U. T. (2006). *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Ramchand, R., Griffin, B. A., Harris, K. M., Mccaffrey, D. F., & Morral, A. R. (2008). A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of

mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*, Washington, 22(4), 524-532.

Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, 7, 11-20, 2002.

Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Revista de Avaliação Psicológica*, Itaitiba, 2(2), 175-184.

Ribeiro, K. C. S., Coutinho, M. D. P. D. L., & Nascimento, E. D. S. (2010). Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(3), 448-463.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2002). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*, Los Angeles, 43, 469-489.

Ruiz, E., Cano, J., Alvarez, S., & Alemany, P. (1999). Broken symmetry approach to calculation of exchange coupling constants for homobinuclear and heterobinuclear transition metal complexes. *Journal of computational chemistry*, New York, 20(13), 1391-1400.

Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, 3(14), 164-166.

Santana, P. R. (2008). Suporte familiar, estilos parentais e sintomatologia depressiva: um estudo correlacional. 114f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Universidade São Francisco, Itatiba.

Santos, T. M. M. (2006). Evidência de validade entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Universidade São Francisco, Itatiba.

Schneider, A. C. N., & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, Canoas, 26, 95-108.

Silva, V. A. D., & Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas. *Adolescência e drogas*, 31-44.

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52(1), 83-110.

Souza, M. S. de (2007). Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação entre Variáveis. Dissertação de Mestrado, Pro-

grama de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Souza, M. S. de, Baptista, M. N., & Silva Alves, G. A. da (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, 28, 45-59.

Tallón, M. A., Ferro, M. J., Gómez, R., & Parra, P. (1999). Evaluacion del clima familiar en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicologia Geral y Aplicada*, Logroño, 451-462.

Traverso-Yépez, M. A., & Pinheiro, V. D. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, 14(2), 133-147.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, Curitiba, 119, 488-531.

Valverde, B. S. C. L., Vitalle, M. S. S., Sampaio, I. P. C., & Schoen, T. H. (2012). Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 22(53), 315-323.

Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 10(12), 367-382.

Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M. B. D. O., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75-80.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates.

Recebido em: 22/04/2022

Aprovado em: 23/11/2023