

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
UNIDADE SÃO GABRIEL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO ENTRE ADOLESCENTES E  
SUA RELAÇÃO COM O NÍVEL DE APOIO E SUPORTE FAMILIAR**

EDILEUZA FERREIRA DOS SANTOS

BELO HORIZONTE

2009

EDILEUZA FERREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO ENTRE ADOLESCENTES E  
SUA RELAÇÃO COM O NÍVEL DE APOIO E SUPORTE FAMILIAR.**

Monografia de conclusão de curso apresentada à disciplina Orientação de Monografia II, do curso de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade São Gabriel, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Liza Fensterseifer

BELO HORIZONTE

2009

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

...A Deus, pelo dom da vida, e por ter me guiado nesta fase tão especial.

...À minha família, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos mais difíceis desta caminhada, enfim, obrigada por fazerem parte dessa conquista e da minha vida. Em especial à minha irmã, Lélia, pelo amor incondicional.

... À minha sobrinha, Laís, pelo carinho de sempre e por ter me ensinado a encarar alguns problemas como uma criança meiga e carinhosa.

...Às escolas, que através de seus coordenadores pedagógicos e diretores abriram as portas para a realização desta pesquisa e me acolheram com muito carinho. O meu muito obrigada a todos os pais e responsáveis pelos adolescentes, por consentirem a participação dos mesmos neste estudo. Por fim, agradeço aos adolescentes, por aceitaram fazer parte dessa pesquisa.

...À minha orientadora, Profa. Liza Fensterseifer, pela paciência, disponibilidade e dedicação com que atuou durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Você realmente é um exemplo de pessoa e profissional para mim e muito querida em minha vida.

...Ao Sr. Homero, por me acolher, incentivar e acreditar na minha capacidade.

...Ao meu amigo Franklim, que acompanhou durante todo o percurso e, com todo seu carinho e compreensão cobrou a minha presença, respeitando os motivos das minhas ausências, e não deixou, em momento algum, que eu desistisse. Pessoa que sempre esteve do meu lado, diante de grandes conquistas, o meu muito obrigado!

...À minha amiga Célia, por ter chegado à minha vida de repente e ajudado na transformação do meu ser com sua força, sinceridade e sorriso cativante... Por acreditar em mim e por aceitar compartilhar comigo de indecisões, tristezas e alegrias. Amiga, você realmente marcou a minha vida e é algo de alma, inexplicável o carinho que tenho por ti.

...À família Silveira, por todo o acolhimento e carinho. Sou muito grata a todos vocês! Em especial à minha amiga e companheira de todos os momentos, Fabiana, que durante todos esses anos esteve ao meu lado, na alegria, na tristeza, no desespero, enfim... Saiba que terá que me suportar pra sempre, pois você faz parte da minha família!

...À querida amiga Carolina, que com seu jeito irreverente e engraçado, contribuiu para que os momentos se tornassem menos dolorosos e mais alegres, obrigada por toda a ajuda e carinho.

...À querida Rosânia, que com sua simplicidade e simpatia contribuiu para dias mais felizes, agradeço por toda ajuda na realização da pesquisa e por dividir comigo momentos de tristeza e alegria durante este percurso.

...Ao meu amigo Dudu, por fazer parte da minha vida e por se dedicar a este ideal junto comigo. Obrigada pela ajuda de sempre!

...À minha amiga Silvia, que me acompanhou durante alguns momentos dessa jornada, ajudando com sua calma, paciência e compreensão.

...Às amigas Joseane Fernandes, Alice Felipe, Alice Pacheco, Josiane Matos, Raquel, Valéria e Bruna, por fazerem parte da minha vida.

...Agradeço, ainda, à minha mãe, que mesmo distante torceu muito por mim e através das suas orações contribuiu para a conclusão dessa fase.

...Ao meu pai, que um dia se foi e deixou para trás um imenso vazio... Saudade eterna! Tenho certeza de que onde estiver estará torcendo por mim.

...Agradeço ao querido amigo Gilmar, que contribuiu com suas palavras e colocações sempre pautadas e coerentes. Obrigada pelo incentivo!

...Enfim, a todas aquelas pessoas especiais que fizeram parte da minha vida durante esse processo, contribuindo para o seu desenvolvimento.

*“Para todos nós, em algum momento, nossa existência se revela como alguma coisa particular, intransferível e preciosa. Quase sempre esta revelação se situa na adolescência. A descoberta de nós mesmos se manifesta como um saber que estamos sós; entre o mundo e nós surge uma impalpável, transparente muralha: a da nossa consciência. É verdade que, mal nascemos, sentimo-nos sós; mas as crianças e os adultos podem transcender a sua solidão e esquecer-se de si mesmos por meio da brincadeira ou do trabalho. Em compensação, o adolescente, vacilante entre a infância e a juventude, fica suspenso um instante diante da infinita riqueza do mundo. O adolescente se assombra com ser. E ao pasmo segue-se a reflexão: inclinando para o rio de sua consciência pergunta-se se este rosto que aflora lentamente das profundezas, deformado pelas águas, é o seu. A singularidade de ser – mera sensação na criança transforma-se em problema e pergunta, em consciência inquisidora”.*

*OCTAVIO PAZ – O Labirinto da solidão*

## RESUMO

A adolescência é uma etapa da vida marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais. Em função disso, os adolescentes são mais propensos à ocorrência de transtornos emocionais. Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de indicadores de depressão em adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, da cidade de Belo Horizonte-MG, bem como verificar a relação destes com o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes. Para isso, realizou-se uma pesquisa quantitativa, transversal, da qual participaram 175 adolescentes, sendo 63% do sexo feminino e 37% do sexo masculino. As escolas que aceitaram participar deste estudo foram localizadas através de uma rede de contatos da pesquisadora. Os instrumentos utilizados foram uma Ficha de Dados Sociodemográficos, o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e o Inventário de Percepção de Suporte familiar (IPSF), que foram respondidos em aplicações coletivas, na escola, com duração aproximada de 30 minutos. A participação do adolescente com menos de 18 anos só foi aceita mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, feita por seus pais ou responsáveis, que também foi assinado pelos adolescentes. O projeto do presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas, tendo sido aprovado. Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e analisados a partir de estatística descritiva (frequências e médias) e inferencial (Teste T de *Student*, correlação de Pearson), através do aplicativo estatístico SPSS. No referencial teórico foram discutidas questões relacionadas à adolescência, ao surgimento da sintomatologia depressiva e ao papel do suporte e apoio familiar nesta fase. Para tanto, alguns teóricos foram utilizados: Aberastury e Knobel (1981), Bahls (2002), Bahls e Bahls (2002), Baptista (2005), Erikson (1976), Levisky (1998), Sukiennik e colaboradores (2000), Avanci, Assis e Oliveira (2008), Santana (2008), Rigotto (2006), Vieira (2008), dentre outros. Os resultados encontrados revelam que 21,8% da amostra obteve escore indicativo de depressão, no BDI-II, sendo 18,9% de depressão moderada e 2,9% de depressão grave. As diferenças entre sexos e entre adolescentes de escola pública e privada, quanto ao escore no BDI-II, mostraram-se estatisticamente significativas, sendo que a maioria dos adolescentes que apresentaram depressão grave ou moderada é do sexo feminino e frequenta escola pública. A correlação entre os escores do IPSF e do BDI-II foi fraca, apesar de ter se observado que a maioria dos adolescentes que apresentaram escore equivalente à depressão grave ou moderada tem uma percepção de baixo suporte familiar. Verificou-se, igualmente, a relação entre escore alto no

BDI-II e fatores sociais e econômicos (renda familiar, repetência e desempenho escolar, situação conjugal dos pais e organização do núcleo familiar, presença de doenças) e não foram encontradas correlações significativas. Como principais conclusões, o presente estudo identificou um número expressivo de adolescentes que obtiveram escore indicativo de depressão (21,8% da amostra), e que a maioria destes percebe-se pouco apoiada por sua família. Dessa forma, destaca-se a relevância desta pesquisa, uma vez que a prevenção depende de bom conhecimento e compreensão da depressão na adolescência.

**Palavras-chave:** Depressão. Adolescência. Suporte Familiar.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição dos participantes por sexo, em termos de porcentagem (n=175) .....	31
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição dos participantes por tipo de escola em termos de porcentagem (n=175) .....	31
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição dos participantes em relação à série atual frequentada, em termos de porcentagem .....	32
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição dos adolescentes que (n=175) repetiram alguma série, em termos de porcentagem (n=175).....	32
<b>Gráfico 5.</b> Distribuição do desempenho escolar dos adolescentes, em termos de porcentagem (n=175) .....	32
<b>Gráfico 6.</b> Distribuição da situação conjugal dos pais dos adolescentes, em termos de porcentagem (n=175).....	33
<b>Gráfico 7.</b> Distribuição da renda familiar mensal dos participantes, em termos de porcentagem (n=175).....	33
<b>Gráfico 8.</b> Distribuição, em termos de frequência e porcentagem, da presença de doença física, psicológica, tratamento psicológico e uso de medicamento pelos participantes (n=175) .....	34
<b>Gráfico 9.</b> Distribuição dos dados, em termos de frequência e porcentagem, sobre privação financeira, frustração, ruptura amorosa e perda de pessoa próxima (n=175).....	34
<b>Gráfico 10.</b> Distribuição, em termos de frequência e porcentagem, dos resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck-II (BDI- II) (n=175).....	35
<b>Gráfico 11.</b> Distribuição dos adolescentes por sexo, em termos de frequência e porcentagem, dos resultados obtidos no BDI-II (n=175).....	36
<b>Gráfico 12.</b> Distribuição dos adolescentes por tipo de escola, em termos de frequência e porcentagem, dos resultados obtidos no BDI-II (n=175) .....	37



**Gráfico 13.** Distribuição dos adolescentes, em termos de frequência e porcentagem, quanto aos resultados obtidos no Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (n=175)..... 38

**Gráfico 14.** Distribuição dos adolescentes, em termos de frequência, comparados os resultados no BDI-II e no IPSF (n=175) ..... 39

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição dos escores (mínimo e máximo) pontuados no BDI-II, médias e desvios-padrão, para adolescentes do sexo masculino e feminino (n=175).....36
- Tabela 2.** Distribuição dos escores (mínimo e máximo) pontuados no BDI-II, médias e desvios-padrão, para adolescentes de escolas públicas e privadas (n=175).....37

## **Lista de abreviaturas**

BDI – Inventário de Depressão de Beck

CAAE – Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas

DSM-IV -TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IPSF – Inventário de Percepção de Suporte Familiar

OMS – Organização Mundial da Saúde

SOE – Serviço de Orientação Educacional

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
1.1 Justificativa .....	12
1.2 Objetivos .....	13
1.2.1 Objetivo Geral .....	13
1.2.2 Objetivos Específicos .....	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	14
2.1 A depressão .....	14
2.2 A adolescência .....	20
2.3 O papel do suporte e do apoio familiar na adolescência .....	24
3 MÉTODO .....	28
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	31
4.1 Caracterização da amostra.....	31
4.2 Resultados conforme os objetivos propostos neste estudo .....	35
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	41
6 CONCLUSÕES .....	46
REFERÊNCIAS .....	48
APÊNDICES .....	54
ANEXOS .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida na qual ocorrem muitas transformações, é um período marcado por crises e pela passagem por diversas mudanças, tanto de ordem biológica como de ordem psicológica e social. Segundo Rocha e colaboradores (2006), a adolescência é um período crítico de definição da identidade, atravessado por transformações, conflitos e crises, que acabam gerando sentimentos de angústia, medos e incertezas. Essas mudanças desempenham um papel fundamental na compreensão da adolescência como um período de crise, caracterizado pela ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental dos indivíduos, o que facilita a ocorrência de perturbações do humor. Além disso, a adolescência é considerada como um período marcado por características depressivas, devido à correspondência entre as alterações de humor e esta fase do desenvolvimento.

Sukiennik e colaboradores (2000) salientam que, com a chegada da puberdade, os adolescentes vivenciam momentos complexos e difíceis do ponto de vista psíquico, fato que os torna mais vulneráveis à instalação de diversos transtornos afetivos. Por isso, nesta fase, é essencial a participação dos pais e da escola, que têm um papel indispensável a desempenhar na construção da personalidade desses indivíduos. É preciso que eles estejam atentos e alertas à gravidade das manifestações emocionais e comportamentais apresentadas pelos jovens.

De acordo com Aberastury e Knobel (1981), a adolescência caracteriza-se, principalmente, pela transformação. Talvez em nenhuma outra fase do ciclo da vida as mudanças sejam tão radicais e abruptas. Essas diferentes modificações transformam a adolescência em um período dinâmico, de mudanças, tornando os adolescentes mais vulneráveis. Além disso, esta fase é caracterizada pelo aumento das responsabilidades sociais, familiares e profissionais, que, quando associadas às acentuadas mudanças biológicas e hormonais, podem causar inquietações, dúvidas e mudanças de comportamento. Com todas estas modificações, destaca-se a importância de se conhecer mais e melhor sobre as dificuldades vivenciadas nesta idade, que muitas vezes são atravessadas por sintomas depressivos, de ansiedade, sentimentos de angústia, solidão, dentre outros.

Assim, destaca-se a importância de se estar atento para a incidência de transtornos psicológicos neste público, com foco especial na depressão, uma vez que, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), estima-se que os distúrbios de humor, incluindo a depressão, devem afetar milhões de pessoas nos próximos anos. A OMS ainda salienta que no ano de 2020, a depressão será o principal distúrbio mental a atingir a

população mundial, podendo ocorrer em crianças e idosos, mas os adultos na faixa dos 20 aos 50 anos são os mais vulneráveis. A depressão, aliás, está na pauta da OMS como um dos mais importantes males do futuro. Atualmente, o transtorno já é a quarta causa de incapacitação no mundo, e em 2020, a estimativa é que a depressão esteja no segundo lugar, atrás apenas do grupo de doenças cardíacas. Vale sublinhar que os impactos pessoais, sociais e econômicos causados pela depressão são bastante significativos.

Considerando este contexto, a presente pesquisa teve como principal objetivo verificar a prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes da população geral, além de verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelo adolescente.

Para que o objetivo proposto pudesse ser alcançado, foi realizada uma pesquisa quantitativa, envolvendo adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, de escolas públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte-MG, que foram submetidos à aplicação de instrumentos que revelaram dados sobre a temática pesquisada. Além disso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, que consta a seguir, dividida em três tópicos: 1) a depressão; 2) a adolescência; e 3) o papel do apoio e do suporte familiar na adolescência. Os resultados encontrados foram analisados e discutidos à luz da literatura consultada.

## **1.1 Justificativa**

Acredita-se na relevância e justificativa deste estudo, pois o conhecimento adquirido na execução desta pesquisa é essencial para a construção de programas, principalmente na área da saúde e da educação, que tenham por objetivo buscar uma melhor compreensão dos adolescentes e da dinâmica vivenciada por eles, em um período em que estão mais vulneráveis ao surgimento de transtornos afetivos, tais como a depressão. Estes programas podem ser utilizados desde o âmbito familiar até em instituições mais amplas, como escolas e hospitais. Dessa forma, pretende-se contribuir para um maior e melhor entendimento da presença de depressão na adolescência, dos fatores que contribuem para isso e, conseqüentemente, para a implantação de políticas públicas que atuem de maneira mais eficaz junto aos adolescentes.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Verificar a prevalência de indicadores de depressão em adolescentes entre 15 e 19 anos, da população geral, bem como verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

1. Verificar se há diferenças na prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes do sexo feminino e masculino.
2. Verificar se há diferenças na prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes que frequentam escolas públicas e privadas.
3. Identificar o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.
4. Verificar se existe relação entre a presença de sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.
5. Verificar se existe relação entre a presença de sintomas depressivos em adolescentes e fatores sociodemográficos, econômicos e culturais.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A depressão

A palavra depressão origina-se do latim e é composta de duas outras palavras: baixar (*premere*) e pressionar, isto é, “*deprimere*” que, literalmente, significa “*pressionar para baixo*” (COUTINHO; SALDANHA *apud* VIEIRA, 2008). Conforme pontua Solomon, citado pela mesma autora, o termo depressão foi, inicialmente, usado em inglês para descrever o desânimo, em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX.

O termo depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais, sem ser exclusivo de nenhum deles; como também uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos; ou ainda, uma doença caracterizada por marcantes alterações afetivas (BALLONE, 2005). No que diz respeito à psicopatologia, os quadros depressivos têm a tristeza como elemento central. Entretanto, eles caracterizam-se por uma diversidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relacionados à autoavaliação, à volição e à psicomotricidade. Além destes, podem estar presentes sintomas psicóticos e fenômenos biológicos associados (DALGALARRONDO, 2000).

De acordo com Avanci, Assis e Oliveira (2008), etiologicamente a depressão é fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sócio-familiares, sendo, então, estudada sob diferentes abordagens. Ao sofrer de depressão o indivíduo depara-se com sentimentos e pensamentos de pessimismo, desamparo, tristeza profunda, apatia, falta de iniciativa, descontentamento físico, dificuldade na organização e fluidez das ideias, comprometimento do julgamento cognitivo, dentre outros sintomas (SOUGEY; AZEVEDO; TAVEIRA *apud* COUTINHO et al., 2003).

Segundo Del Porto (1999), a depressão como sintoma pode ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas, manifestando-se por apatia, tristeza, sensação de impotência e desesperança. Como síndrome (conjunto de sintomas), a depressão inclui não apenas alterações do humor (irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). Como doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, entre os quadros mencionados na literatura atual



encontra-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, que serão discutidos a seguir.

Fonseca, Coutinho e Azevedo (2008) pontuam que entre os transtornos do humor emerge, com mais frequência, a depressão, que, no senso comum, é considerada como sinônimo de tristeza, designando desde alterações psicológicas simples e perturbações psiquiátricas graves, a flutuações de humor ou de caráter. No entanto, sabe-se que no âmbito científico, a depressão é caracterizada não como uma simples tristeza, mas apresenta um significado psicológico geral, tendo como sintoma principal um quadro clínico grave, que é chamado doença depressiva. Cabe destacar, baseado em Ito e colaboradores (1998), que o estado de humor “triste” não deve ser confundido com a depressão clínica, que se apresenta como uma condição médica, que tem consequências importantes para a saúde pública.

Segundo Marcelli e Ajuriaguerra (1998), a depressão no adolescente é muito frequente e está estreitamente associada aos remanejamentos psicoafetivos próprios da idade. Os autores ainda destacam que a ocorrência dos transtornos do humor na criança e no adolescente aumenta o risco dos mesmos ocorrerem na vida adulta. Cabe mencionar, baseado em Bahls (2002), que os principais transtornos depressivos são a depressão maior e a distímia.

Abreu (2006) refere que a depressão é atualmente

considerada um dos transtornos mentais mais frequentes e o seu desencadeamento recebe a influência dos fatores genéticos e principalmente dos fatores socioeconômicos, como: ausência de perspectiva de futuro, abandono familiar e falta de diálogo interpessoal e social, solidão, dentre outros. (ABREU, 2006, p. 49)

Apesar de o objetivo proposto nesta pesquisa referir-se à verificação da prevalência de indicadores de depressão em adolescentes, da população geral, sem a realização de diagnósticos (classificação), julgou-se necessário fazer uma breve discussão teórica sobre os principais transtornos do humor. De acordo com o Eixo-I do DSM-IV-TR (2002), que traz informações relativas aos transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica, os transtornos do humor compreendem o Episódio Depressivo Maior, o Maníaco, o Misto e o Hipomaníaco. Os episódios depressivos servem de “blocos de construção” (*clusters*), ou seja, formam um conjunto de critérios para o diagnóstico dos demais transtornos.

Segundo Dalgalarondo (2000), o Episódio Depressivo Maior é referido como depressão unipolar, sendo caracterizado por episódios depressivos recorrentes, marcados pelas

sintomatologias de humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, alterações do sono e apetite, ideias de culpa, dentre outros. O autor ainda destaca que para o diagnóstico, os sintomas devem estar presentes por, no mínimo, duas semanas. Baseado no DSM-IV-TR (2002), para diagnosticar este transtorno é necessário que pelo menos cinco ou mais sintomas estejam presentes, no período de uma semana, e que pelo menos um deles seja o humor deprimido, ou ainda, a perda de interesse ou prazer. Cabe destacar que em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste.

O Episódio Maníaco é definido por um período distinto, durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Este período de humor anormal deve durar pelo menos uma semana. A perturbação do humor deve ser acompanhada por pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, verborragia, fuga de ideias, distraibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas. O Episódio Misto é caracterizado pelos sintomas tanto de um episódio maníaco quanto de um episódio depressivo maior, ocorrendo quase todos os dias por pelo menos uma semana. O Episódio Hipomaníaco pode ser definido tal qual o Maníaco, sendo que o que os distingue é o nível de elevação do humor anormal, não chegando ao ponto de produzir delírios e alucinações, que é comum que estejam presentes, no Episódio Maníaco (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), os transtornos depressivos são constituídos por episódios de humor. Estes incluem os transtornos do tipo unipolar, em que ocorrem apenas episódios depressivos maiores e os do tipo bipolar, em que, além dos episódios depressivos, ocorrem episódios de mania ou hipomania. Os transtornos depressivos compreendem o transtorno depressivo maior, o transtorno distímico e o transtorno depressivo sem outra especificação. Ito e colaboradores (1998) destacam que a depressão maior tem como principal característica a presença de um ou mais episódios depressivos maiores, podendo ser acompanhados de sintomas psicóticos ou traços melancólicos. Já a distímia tem como principal característica um estado de humor depressivo, com sintomas de intensidade leve, de duração contínua, ocorrendo por pelo menos dois anos, adquirindo, assim, caráter crônico.

No que diz respeito aos sintomas depressivos para os adolescentes, Bahls (2002) descreve a presença dos seguintes aspectos:

Irritabilidade e instabilidade; humor deprimido; perda de energia; desmotivação e desinteresse; retardo psicomotor; sentimentos de desesperança e ou culpa; alterações do sono; isolamento; dificuldade de concentração; prejuízo no desempenho escola; baixa auto-estima; ideação e comportamento suicida; problemas graves do comportamento. (BAHLS, 2002, p. 259)

O autor ainda refere que dentre as principais comorbidades associadas aos quadros depressivos na adolescência estão os transtornos de ansiedade, o uso abusivo de substâncias, os transtornos alimentares, o transtorno de déficit de atenção e os transtornos de conduta. Além disso, o autor aponta a manifestação do desejo de cometer suicídio nesta fase da vida, marcado principalmente pelo estado de desesperança, característico da depressão.

Cabe salientar que os sintomas depressivos eram considerados, anteriormente, como uma psicopatologia de rara ocorrência na adolescência. No entanto, após a década de 1970, diversos autores apontaram a existência de transtornos depressivos em adolescentes e crianças. Bahls (2002) reforça esta ideia, trazendo em suas pesquisas dados sobre o surgimento da sintomatologia depressiva, tanto em adolescentes como em adultos jovens. Cada vez mais os autores têm descrito a depressão como uma doença de grande incidência, ocorrendo em qualquer idade e sem diferenças raciais ou geográficas, constituindo-se em um crescente e preocupante problema de saúde pública (BAHLS, 2002; COUTINHO *apud* MONTEIRO; COUTINHO; ARAÚJO, 2007).

Pesquisas realizadas por Braconnier e Marcelli, citadas por Fonseca e colaboradores (2008), apontam ainda para o fato de os adultos jovens apresentarem maiores níveis de depressão, devido ao fato de existir uma maior pressão exercida por parte do meio em que estão inseridos, de uma maior responsabilidade, e são criadas, ainda, algumas expectativas acerca do seu comportamento que, por vezes, são difíceis de atingir. De acordo com Barbosa (1987), a sintomatologia da depressão na adolescência aparece como algo disfarçado, frequentemente sob a forma de inquietações, rebeldia, isolamento, impulsividade, condutas anti-sociais, dentre outras características.

Segundo Vieira (2008), a depressão resulta de uma inibição global da pessoa, alterando a maneira com que ela vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções. Deste modo, a autora cita Camon, descrevendo a depressão como uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, o social e o físico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a depressão tem uma prevalência de 17% ao longo da vida de um sujeito. Segundo Versiani, citado pela mesma autora, embora possa ocorrer em episódios de longa ou curta duração, ou apenas uma vez na vida de uma pessoa, a depressão é considerada uma doença crônica, mais

incapacitante que males como diabetes ou insuficiência cardíaca.

Com relação ao sexo, todas as pesquisas já realizadas indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que os homens. No entanto, não fica evidenciado que ser do sexo feminino seja um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Quanto ao surgimento da sintomatologia depressiva ser maior em adolescentes do sexo feminino, Rocha e colaboradores (2006) associam este fato à questão histórica do papel feminino nas sociedades atuais, uma vez que a mulher assume múltiplas funções, papéis e jornadas. Já outros autores, tais como Avanci e colaboradores (2008), enfatizam as mudanças neuroendócrinas, aliadas às implicações sociais e emocionais que acompanham a fase.

Quanto aos fatores de risco para a depressão, em se tratando de crianças e adolescentes, é importante considerar a presença de depressão em um dos pais, ou seja, a existência de histórico familiar depressivo aumenta, segundo Bahls (2002), em pelo menos três vezes a chance do indivíduo também desenvolver o transtorno, principalmente quando associado a estressores ambientais (perda dos pais, irmãos ou amigos íntimos). Além disso, outros fatores de risco importantes são a presença de conflitos familiares, dúvidas quanto à orientação sexual, presença de comorbidades, principalmente aliada à presença de doenças crônicas, baixa condição socioeconômica, falta de suporte familiar, dentre outros (SON; KIRCHNER *apud* BAHLS, 2002).

De acordo com Sukiennik e colaboradores (2000), a depressão pode ser pensada a partir de diferentes perspectivas, sendo que a perspectiva biológica focaliza os aspectos bioquímicos, genéticos e outros envolvidos na etiologia da doença. Já a perspectiva sociológica privilegia a depressão como uma manifestação de cunho interpessoal, associada às condições ambientais e sociais. E por último, a perspectiva psicológica ou psicodinâmica, inclui aspectos do afeto primário do indivíduo, até sua história de vida e experiências prévias, ou seja, leva em consideração todos os fatores da vida, de forma integrada.

Vieira (2008), assim como os autores acima referidos, aponta e discute diferentes “explicações” para a depressão, destacando a que se refere ao modelo fisiológico e, no que diz respeito à psicologia, descreve as visões cognitiva e psicodinâmica. Do ponto de vista fisiológico, a depressão é vista como sendo originária de um baixo nível de atividade neurológica, principalmente nas áreas do cérebro responsáveis pelo prazer. Isso se deve à diminuição dos níveis dos neurotransmissores norepinefrina e serotonina, o que pode explicar, também, os distúrbios do sono e da alimentação, que geralmente acompanham a depressão.

No modelo cognitivo da depressão encontram-se duas teorias. Na primeira os indivíduos desenvolvem cognições e pensamentos negativos que os conduzem a esse

transtorno e ao seu estado de humor característico; a segunda sugere que a depressão é decorrente de sentimentos de desamparo, o que deixa o indivíduo com poucas habilidades e capacidades para controlar e enfrentar os aspectos negativos da vida (VIEIRA, 2008). Nesse sentido, Ito e colaboradores (1998) ressaltam a existência das chamadas crenças básicas ou pressupostos constituídos na experiência pessoal, que determinam a forma com que o indivíduo pensa, sente e, conseqüentemente, se comporta. É importante salientar, baseado em Beck (1997), que essas crenças são consideradas pelas pessoas como verdades absolutas, ou seja, desde a infância as pessoas desenvolvem crenças sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, sendo que essas crenças podem ser positivas e/ou negativas. Quando se manifestam por meio de pensamentos negativos, descritos pela autora como pensamentos negativos automáticos, podem afetar o comportamento da pessoa, levando à diminuição de seu interesse pelas atividades em geral, aumento da ansiedade e da culpa, indecisão e dificuldade para concentrar-se, perda de apetite e sono. Esses pressupostos compõem um sistema de valores e são necessários ao funcionamento normal, uma vez que auxiliam tanto na previsão de atitudes, como no sentido que as pessoas atribuem às próprias experiências. Para Beck (1997), as crenças negativas ajudam a predispor um sujeito à depressão, uma vez que as emoções negativas podem ser disfuncionais, a partir do momento em que interferem na capacidade da pessoa de pensar, resolver problemas, agir e/ou obter satisfação.

Nas explicações psicodinâmicas, Vieira (2008) teoriza, por um lado, a respeito dos conceitos de luto e melancolia, descritos por Freud, destacando semelhanças entre depressão e luto, eventos decorrentes da perda de um objeto amado. Por outro lado, a autora destaca que as teorias psicodinâmicas mais recentes apontam o estresse como principal causa da depressão.

No que diz respeito ao tratamento da depressão, existem dois caminhos: o psicoterapêutico e o farmacológico. De acordo com Ito e colaboradores (1998), o tratamento farmacológico pode ser feito através de antidepressivos indicados por médicos psiquiatras, que apresentam resultados eficazes para o tratamento. No entanto, além dos psicofármacos, a terapia cognitivo-comportamental tem apresentado resultados consideráveis na redução de muitos sintomas depressivos e, cada vez mais, a literatura tem demonstrado que a combinação da psicoterapia e da farmacologia produz resultados superiores a essas terapêuticas isoladas. Corroborando esta ideia, Abreu, citado por Vieira (2008), descreve que

em conjunto, é o que existe de mais eficaz, pois apenas a psicoterapia pode não ser suficiente, por haver um desequilíbrio no funcionamento do corpo. Por outro lado, apenas o medicamento não resolve, pela razão complementar: a depressão se

caracteriza por ser um distúrbio do humor, do afeto, tendo repercussões em todo o psiquismo, não existindo remédio milagroso, capaz de trabalhar com essa esfera, que é alcançada na psicoterapia. (ABREU *apud* VIEIRA, 2008, p.35)

Segundo Beck (1997), o terapeuta cognitivo-comportamental tem como objetivo não apenas reduzir os sintomas do paciente, mas ajudá-lo a modificar seus pensamentos disfuncionais, crenças e comportamentos, além de ensiná-lo a continuar o tratamento posteriormente, por conta própria. Cabe destacar que a terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para o tratamento da depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK, 1997). Dessa forma, o terapeuta busca produzir mudanças cognitivas no pensamento e no sistema de crenças do paciente, com o objetivo de promover mudança emocional e comportamental duradoura.

Considerando os apontamentos feitos, fica evidente que a depressão, na sociedade contemporânea, vem se apresentando de forma significativa, configurando índices bastante elevados de incidência. Esse transtorno ocasiona um sofrimento psíquico que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida do indivíduo, em sua produtividade e habilidades sociais, atingindo desde crianças até pessoas idosas, rompendo barreiras de idade, classe sócio-econômica, cultura, raça e espaço geográfico (COUTINHO *apud* VIEIRA, 2008). Daí a importância de se estudar o tema, visando o aumento do conhecimento sobre este fenômeno, para subsidiar estratégias de prevenção.

## **2.2 A adolescência**

Segundo Penna (2004), o conceito de adolescência é novo na história, tendo surgido com a modernidade. Muitos autores definem o século XX como o século da adolescência. O termo adolescência, etimologicamente, é composto pelos prefixos latinos “*ad*”, que significa para a frente, mais *dolescere*, que significa crescer, com dores, o que denota tratar-se de um período de transformações, de crises, sendo as principais transformações não apenas de natureza anatômica e fisiológica, mas também de natureza psicológica, especialmente voltadas para a busca de uma identidade individual, grupal e social (ZIMERMAN, 1999). Já o

termo puberdade<sup>1</sup> é bem mais antigo e vem do latim *pubertas*, derivado de púbis, pêlo.

Citando Ariès, Penna (2004) diz que durante muito tempo não houve distinção entre crianças e adultos na sociedade. Somente a partir do nascimento do sentimento de família, característico do século XIX, em que o privado ganhou novos contornos diante do público e instaurou-se o conceito de individualismo, é que pôde surgir a figura do jovem adolescente, sob as influências do romantismo. Inicialmente, os jovens distinguiram-se por diferentes vestimentas e já eram, curiosamente, agrupados em escolas, classes, grupos de escoteiros ou grupos religiosos. Para Justo (2005), a adolescência pode ser considerada como uma fase de passagem de um círculo social restrito e primário, que é a família, para um universo social muito mais amplo e secundário, que é o mundo todo. Com essa entrada no mundo os adolescentes serão influenciados socialmente no seu funcionamento psicológico e, conseqüentemente, na constituição da sua subjetividade, tendo em vista que a adolescência é um momento crucial do desenvolvimento dos indivíduos.

Sobre a definição do período que compreende a adolescência, Campos (2001) aponta uma disparidade de pontos de vista, quanto ao início e término desta, e cita, para ilustrar, a existência de autores como Afonso, que se refere à adolescência como uma etapa situada aproximadamente entre 12 e 21 anos, variando conforme os fatores biológicos e culturais. Já Erikson (1976) ressalta que o processo da adolescência está completo somente quando o indivíduo subordinou suas identificações infantis a uma nova espécie de identificação, adquirida na socialização e na aprendizagem competitiva com e entre seus pares. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela lei nº 8.069 de 13/07/1990, o adolescente é o indivíduo que se encontra na faixa etária entre 12 e 18 anos.

Dessa forma, parece que não há uma definição clara sobre o momento exato em que uma criança passa a ser um adolescente. Entretanto, todos concordam que a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, que corresponde à segunda década da existência de um ser humano e que continua num processo dinâmico de evolução da vida, situando-o entre os limites da dependência infantil e da autonomia do adulto. Nesta fase o indivíduo está em busca de identidade, do estabelecimento de normas, regras e valores.

Segundo Aberastury e Knobel (1981) e Aberastury (1983), o adolescente, inicialmente, nega suas transformações. Em seguida, vive a ambivalência entre o desejo de permanecer no estágio infantil e a necessidade de continuar a sucessão normal de

---

<sup>1</sup> Neste sentido, torna-se importante pontuar que puberdade envolve transformações biológicas inevitáveis, enquanto a adolescência refere-se aos componentes psicológicos e sociais que estão diretamente relacionados aos processos de mudança física gerados nesse período. (OSÓRIO *apud* PRATTA; SANTOS, 2007).

desenvolvimento. A revolução psicológica desta etapa pode ser comparada a um processo de luto, em que o adolescente experimenta três lutos fundamentais, que são de extrema importância para a constituição de sua identidade: o luto pela perda do corpo infantil, pela perda do papel e identidade infantis e pela perda dos pais da infância. Primeiro ocorre o luto pela perda do corpo infantil, em que o adolescente vivencia passivamente diversas transformações corporais, fato que gera grande conflito interno. Posteriormente, vem o segundo luto, pela perda da dependência familiar, ou seja, é o momento em que o adolescente percebe que não pode mais se manter tão dependente de sua família. O último luto diz respeito à desconstrução da fantasia de uma família ideal; o adolescente vai percebendo que esta família ideal, em que os pais são perfeitos, não existe.

Levisky (1998) afirma que a separação dos pais é um fator fundamental na formação da identidade do adolescente. Uma separação simbólica, que significa o separar-se dos pais da infância e a transição para uma nova relação, que tende a um distanciamento. Nesta fase o adolescente manipula a afetividade, briga, questiona, reclama privilégios, mas acha as responsabilidades correspondentes muito onerosas e por serem impostas pelos pais, são vistas como opressivas. Do ponto de vista dos pais, privilégios e responsabilidades caminham juntos, como sinal de maturidade, mas os adolescentes não conseguem perceber, ainda, esse elo essencial. A presença internalizada de boas imagens parentais, com papéis bem definidos, permitirá uma boa separação dos pais, um desprendimento útil, facilitando a passagem para a fase adulta, oportunizando uma elaboração adequada deste luto.

Para Aberastury e Knobel (1981), a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que apresenta características que constituem uma “síndrome normal”, constituída por uma

busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução temporal manifesta, atitude reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, separação progressiva dos pais e, constante flutuação do humor e do estado de ânimo. (ABERASTURY; KNOBEL, 1981, p. 29)

Os mesmos autores destacam que a adolescência é um momento de contradições, confusão, ambivalência, dor, caracterizado por fricções com o meio familiar e social. Neste momento, os adolescentes confrontam suas teorias políticas e sociais e se posicionam, defendendo seu ponto de vista, o que difere do período da infância, em que a “lei” representada pelos pais não é questionada.

Fica evidente, então, que as diversas perturbações que podem surgir na adolescência são fruto, por um lado, do abandono da proteção infantil, proporcionada pelos pais e por



outras figuras de referência do mundo dos adultos, e por outro, da necessidade cada vez maior de estabelecer metas e traçar projetos utilizando apenas os próprios recursos. Assim, é preciso que o sujeito construa uma imagem de si próprio bastante elaborada e consistente, que possa resistir aos desafios e conflitos que podem surgir (CLAUDINO; CORDEIRO; ARRIAGA, 2006).

Alguns autores sublinham as transformações corporais da adolescência, que são marcadas pelas alterações orgânicas que ocorrem no corpo, e outros frisam as comportamentais, tais como uma suposta rebeldia, o isolamento, um apego exagerado ao grupo, a adoção de novas formas de se vestir, falar e se relacionar, além de episódios de depressão, tristeza ou euforia. Segundo Erikson (1976), o período da adolescência é marcado por diversos fatores, inclusive por uma tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada em uma nova realidade, que produz conflitos e a perda de referências. Nesta fase, o encontro dos iguais no mundo dos diferentes é o que caracteriza a formação dos grupos de adolescentes, que se tornarão lugar de livre expressão e de reestruturação da personalidade.

Erikson (1976) descreveu esse período, ainda, como “crise de identidade”, que acarreta angústias, passividade ou revolta, dificuldades de relacionamento, além de conflitos de valores. O autor ainda destaca que a identidade é desenvolvida durante todo o ciclo vital, no qual cada indivíduo passa por uma série de períodos desenvolvimentais distintos. Portanto, a construção da identidade é pessoal e social, uma vez que se dá de forma interativa, através de trocas entre o indivíduo e o meio em que está inserido. A identidade não deve ser vista como algo estático e imutável, como se fosse uma armadura para a personalidade, mas como algo em constante desenvolvimento. É importante destacar que o termo crise, adotado por Erikson, não é sinônimo de catástrofe ou desajustamento, mas de mudança, de um momento crucial no desenvolvimento, onde há a necessidade de se optar por uma ou outra direção, mobilizando recursos que levam ao crescimento.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de se considerar o contexto do desenvolvimento da adolescência, fase marcada por conflitos, ocasionados por mudanças físicas e psicológicas. De acordo com Avanci e colaboradores (2008), as experiências conflitantes relacionadas à própria fase acabam trazendo desafios estressantes, que aliados à vulnerabilidade psíquica do jovem, podem ser vistos como gatilhos para o surgimento de sintomas depressivos. Além disso, no contexto atual, os adolescentes têm se deparado com diversas situações novas, e pressões sociais trazidas pela complexidade, competitividade e exigência do mundo moderno. É justamente neste momento que a sintomatologia depressiva pode aparecer, representada por flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento.

Nesta mesma direção estão as ideias de Lemos e colaboradores (2005), que salientam, baseados em Baptista e Assumpção, que é preciso levar em consideração que a fase da adolescência é um período marcado por transformações contínuas e profundas, que podem levar a pensamentos negativos sobre si e sobre o mundo. A crise, típica da adolescência, gera sentimentos de ambivalência e alterações na organização e saúde psíquica dos indivíduos, o que contribui para o surgimento das perturbações de humor. No entanto, Rocha e colaboradores (2006) destacam que a etiologia da depressão é composta por uma série de fatores que se entrecruzam, gerando um estado sintomatológico. Assim, fica claro que não se pode atribuir à fase da adolescência a causa da sintomatologia depressiva.

### **2.3 O papel do suporte e do apoio familiar na adolescência**

Para um melhor entendimento da dinâmica social que cerca o adolescente, principalmente no que se refere ao papel do suporte e do apoio familiar nesta fase, são apresentadas a seguir algumas definições e considerações de diferentes autores sobre o significado desses conceitos e a função da família na constituição do sujeito.

A organização familiar influencia o desenvolvimento dos seus membros em todas as etapas do ciclo vital: infância, adolescência e idade adulta. De acordo com Papp, citado por Baptista, Baptista e Dias (2001), a família pode ser vista como uma junção de crenças nucleares, trazidas pelos pais, formando diretrizes que guiam os sujeitos da infância à adolescência. A estrutura familiar é constituída por esses padrões de interação, que por sua vez governam o funcionamento dos membros da própria família, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação (MINUCHIN; FISHMAN *apud* BAPTISTA et al., 2001).

Assim, a família pode ser descrita como o processo que proporciona o desenvolvimento psicológico do indivíduo, como lugar em que as pessoas se constituem enquanto sujeitos. Silva e Dessen (2001) descrevem a família por um ciclo determinado tanto por estímulos biológicos quanto pela interação psicológica, associado aos processos interativos que ocorrem no interior do sistema familiar. No entanto, nem sempre a família consegue acompanhar as mudanças vividas por um de seus membros, na evolução da infância para a adolescência. Por isso é que estes autores pontuam que um ambiente familiar hostil, que não emprega adequadamente seus recursos de apoio, tem sido associado à presença de

transtornos emocionais nos membros desta família, ou seja, um ambiente pouco continente e que não oferece suporte e acolhimento para as dificuldades dos indivíduos, exerce influência na etiologia dos estados depressivos.

Os mesmos autores descrevem a família como sendo marcada pelas relações mais complexas e profundas que ocorrem na constituição da personalidade humana. Ainda destacam a necessidade de se considerar a enorme carga emocional das relações entre seus membros, uma vez que é o primeiro universo de relações sociais. É importante salientar que a ausência de apoio familiar pode comprometer principalmente o início da adolescência, em razão dos conflitos e mudanças inerentes a esta fase da vida. Nessa perspectiva, fica evidenciado que a família está diretamente ligada ao desenvolvimento dos seus membros, pelo fato de ser responsável pela formação e constituição dos indivíduos.

Sabe-se que nas últimas décadas muitas transformações ocorreram e influenciaram a forma com que as pessoas e as famílias se organizam, surgindo novas concepções de casamento, alterações na dinâmica dos papéis parentais e de gênero. Entretanto, Pratta e Santos (2007) destacam que mesmo com os múltiplos arranjos possíveis em uma família, na atualidade, “as funções básicas desempenhadas pela instituição familiar no decorrer do processo de desenvolvimento psicológico de seus membros permanecem as mesmas” (p. 247). Em consequência do cenário de transformações ocorridas no contexto familiar, hoje é possível observar o aumento do número de uniões consensuais, de famílias monoparentais (geralmente chefiadas por mulheres) e de famílias reconstituídas, ou seja, famílias originadas através da união de cônjuges que se separaram (TORRES *apud* PRATTA; SANTOS, 2007). É certo que os laços de consanguinidade sempre estarão presentes na definição de famílias, conforme pontua Fensterseifer (2008). No entanto, atualmente eles perderam destaque frente a uma rede complexa e dinâmica de interações com significados particulares e singulares de cada família. Tudo isso reforça a ideia de que, apesar de todas as mudanças e transformações ocorridas nesta instituição, a família ainda mantém um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, tendo funções importantes para o crescimento saudável de seus membros (PRATTA; SANTOS, 2007; FENSTERSEIFER, 2008).

Dessa forma, na sociedade ocidental, a família sempre será o primeiro agente socializador da criança e do adolescente, influenciando diretamente nas características do sujeito, ao nível interno e externo (FORTE, 1996). Nesta mesma direção, Minuchin (1982) destaca que a família é a matriz da identidade dos sujeitos, demarcando seus primeiros processos de socialização. Além disso, o autor sinaliza que o contexto influencia o indivíduo, bem como o indivíduo influencia o contexto. A família é descrita, então, como uma unidade

dinâmica, reconhecida como a matriz das relações de caráter afetivo, social e cognitivo que os indivíduos estabelecem com o mundo.

Baptista e Souza (2008) descrevem a família como a primeira rede de interação social, provedora de apoio primordial à integridade física e psicológica do indivíduo. Para tal, Cobb, citado pelos autores, afirma que o suporte familiar tem seu início no ciclo vital. De acordo com Andrade e Vaitsman (2002), o suporte familiar compreende um tipo de apoio proveniente da família, que abrange ações individuais ou em grupo, que resultem em efeitos emocionais, levando os indivíduos a acreditar que são amados e cuidados e que pertencem a uma rede social. O suporte familiar pode ser entendido, então, como a comunicação, informação e suporte emocional proveniente da família. Em função disso, Claudino e colaboradores (2006) acreditam que o suporte social oferecido pela família, pelos amigos e pela escola tem um importante papel na diminuição dos riscos de depressão na adolescência. O suporte familiar está relacionado, então, com o desenvolvimento ou proteção de sintomatologias associadas à saúde mental dos indivíduos, sendo constituído por algumas dimensões tais como carinho, comunicação, regras, papéis, aceitação, apoio emocional, dentre outras.

Em estudo realizado por Baptista, Baptista e Dias (2001), os pesquisadores analisaram a estrutura e o suporte familiar como fatores de risco para a depressão em adolescentes. Os autores ressaltam que, apesar de não ser possível pensar em uma causa específica para o desenvolvimento da depressão, uma vez que ela é multideterminada, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, cabe salientar que as rápidas mudanças sociais e familiares, no que diz respeito às mudanças na composição, estrutura física e, conseqüentemente, nas regras e papéis da família, acabam por colaborar com a prevalência de depressão na população adolescente.

De acordo com estes autores, a família pode ser considerada como amortecedora dos eventos estressantes enfrentados no cotidiano pelos adolescentes. Assim, é possível dizer que o recebimento de suporte familiar influencia diretamente no bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, sendo que sua falta pode contribuir para a predisposição a uma doença mental (BAPTISTA; SOUZA, 2008). Parker, Tupling e Brow, citados por Baptista e Souza (2008), afirmam que os pais que dispensam afeto e empatia aos filhos acabam por permitir que os mesmos tenham maior auto-estima, proporcionando, desse modo, uma proteção contra a depressão na fase adulta.

Especificamente em relação à adolescência, período em que ocorre uma série de problemas e conflitos no âmbito familiar, que influenciam e afetam todos os membros da

família, Pratta e Santos (2007) destacam que é comum os adolescentes se fecharem em seu próprio mundo, devido à tendência de reclusão e busca de refúgio na fantasia e no devaneio, características próprias desta fase. Em função disso, mais ainda se faz necessário o suporte e o apoio dos pais, que precisam oferecer compreensão e orientação aos filhos, pois a falta de diálogo no ambiente familiar pode acentuar dificuldades e afetar o bem-estar e, conseqüentemente, a saúde psíquica dos adolescentes.

### 3 MÉTODO

Para que os objetivos propostos fossem atingidos, realizou-se uma pesquisa quantitativa, do tipo transversal. A amostra foi constituída por 175 adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, dos sexos masculino e feminino, que frequentam escolas públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte-MG. A escolha desta faixa etária se justificou pela indicação, encontrada na literatura, de que a partir desta idade aumenta a vulnerabilidade à depressão e à baixa auto-estima, bem como a diferença de prevalência destes sintomas entre os sexos (STEINBERG *apud* REPPOLD; HUTZ, 2003; OMS, 2006). O tamanho da amostra inicialmente definido, com base nos estudos descritos na literatura sobre a temática em questão, era de 200 adolescentes. Entretanto, diversos atravessamentos (dificuldades com as escolas participantes, tempo exíguo etc) impediram que este número fosse atingido.

As escolas foram contatadas através de uma rede de conveniência da pesquisadora. Os estudantes foram convidados a participar após receber todas as informações referentes à pesquisa. Aos adolescentes com menos de 18 anos, que aceitaram participar da referida pesquisa, foi enviada uma carta aos pais ou responsáveis (vide Apêndice A), na qual constavam dados sobre o estudo proposto e os contatos da pesquisadora responsável, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Apêndice B). Só participaram da pesquisa os adolescentes menores de idade que trouxeram, no dia previamente agendado, o termo de consentimento assinado pelos pais. Após a obtenção do consentimento dos pais e/ou responsáveis, cada adolescente também assinou seu próprio consentimento de participação na pesquisa (vide Apêndice C). Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados, destacando que eles seriam analisados em conjunto e não individualmente.

A coleta dos dados foi feita através de uma Ficha de Dados Sociodemográficos, preenchida por cada participante, contendo informações sobre suas características pessoais, familiares e socioeconômicas (vide Apêndice D). Além disso, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) (vide Anexo A), com a finalidade de avaliar a presença e a severidade do humor deprimido, e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (vide Anexo B), com o objetivo de verificar o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes. A aplicação dos instrumentos foi coletiva, com duração aproximada de 30 minutos, e ocorreu na própria escola do adolescente.

O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) é um instrumento indicado para medir

a intensidade da depressão, podendo ser aplicado em sujeitos de 17 a 80 anos. Entretanto, existem registros de pesquisas, na literatura, cujas amostras incluem sujeitos de faixa etária inferior e ou superior à indicada. Este instrumento foi desenvolvido por Beck e colegas (1996) e é originário de uma revisão da primeira versão do instrumento, o BDI – *Beck Depression Inventory* (BECK; STEER, 1993). Este inventário consiste de 21 itens, cada um contendo quatro alternativas, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, que subentendem graus crescentes de depressão. O sujeito deve escolher a alternativa que melhor se aplica a maneira com que está se sentindo nas “duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje” (BECK et al., 1996, p. 7). Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa e de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35) e depressão grave (36-63) (CUNHA, 2001).

O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) visa identificar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar, da relação que tem com sua família (BAPTISTA, 2005). No presente estudo utilizou-se a versão do instrumento revisada por Baptista (2007), composta por 42 itens, divididos em três dimensões: afetivo-consistente, adaptação familiar e autonomia familiar. Santana (2008) destaca que o fator 1 (Afetivo-Consistente), composto por 21 itens, evidencia as relações afetivas positivas intra-familiares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não-verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. O fator 2 (Adaptação Familiar), composto por 13 itens, é expresso por perguntas referentes a sentimentos negativos e comportamentos negativos em relação à família, tais como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão e, ainda, a percepção de relações de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Por último, o fator 3 (Autonomia), composto por 8 itens, possui questões sobre a percepção que o indivíduo tem sobre a vivência da autonomia em sua família, no que diz respeito à confiança, privacidade e liberdade entre seus membros. Em cada um desses itens o sujeito deve escolher a alternativa que melhor se aplica à maneira como percebe/compreende seu suporte ou assistência familiar, ou seja, em cada um destes itens o sujeito deve escolher de acordo com uma escala *Likert* de três pontos, pontuando-se zero (0) para a resposta “Quase Nunca ou Nunca”, um (1) para “Às vezes” e

dois (2) para “Quase Sempre ou Sempre”. Sendo assim, o IPSF deve ser corrigido através da pontuação das respostas do sujeito, que podem variar de 0 a 2 pontos, em cada um dos 42 itens. Estes pontos são somados, gerando um escore total para o teste. A pontuação máxima que o sujeito pode alcançar é 84 pontos, sendo que quanto maior for sua pontuação, maior é sua percepção de suporte familiar. Os pontos de corte para interpretação dos escores obtidos pelos sujeitos são: 0-53 pontos igual a percepção de suporte familiar baixa; 54-63 pontos igual a médio-baixa; 64-70 pontos igual a médio-alta; 71-84 pontos igual a alta.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica e analisados a partir de estatística descritiva e inferencial, para averiguar as possíveis associações entre as variáveis que foram estudadas, usando-se, para isso, o aplicativo estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Science*. Para comparações entre médias utilizou-se o Teste T de *Student*, e para os cálculos de correlação o coeficiente de Pearson. Posteriormente, os resultados foram trabalhados à luz do referencial teórico pesquisado.

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas, obtendo parecer de aprovação pelo órgão, sob o número CAAE – 0075.0.213.000-09 (Vide Anexo C).

É importante salientar que foi acordado com as escolas participantes que, no caso de haver algum indício marcante de depressão em algum adolescente, identificado através dos escores do BDI-II, o psicólogo ou profissional do Serviço de Orientação Educacional (SOE) da instituição seria procurado, para que algum tipo de intervenção pudesse ser sugerido, tais como oficinas sobre o tema e sobre a necessidade de se buscar ajuda. Além disso, disponibilizou-se a todos o contato da clínica-escola do curso de Psicologia da PUC Minas São Gabriel, que através da pessoa de seu coordenador, concordou em oferecer atendimento aos participantes desta pesquisa, se estes procurarem tal serviço. Este atendimento poderá ocorrer na própria clínica ou com profissionais indicados e/ou credenciados à mesma (vide Apêndice E). Estas estratégias são necessárias, uma vez que não é possível identificar nominalmente os participantes, o que inviabiliza um encaminhamento direto ao atendimento especializado. Ao fim deste estudo os resultados obtidos foram devolvidos às escolas, de maneira geral, e os procedimentos mencionados acima foram reforçados.

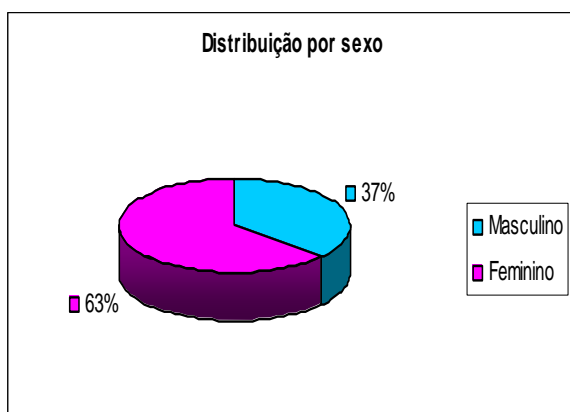


## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra

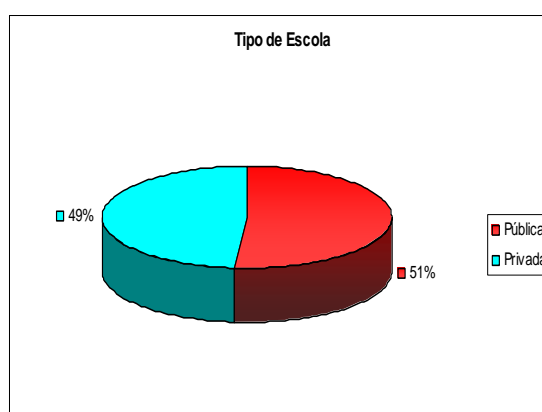
Antes da apresentação dos dados, em relação aos objetivos deste estudo, julgou-se pertinente apresentar características sociodemográficas dos adolescentes que participaram desta pesquisa, que têm idade entre 15 e 19 anos e frequentam o ensino fundamental<sup>2</sup> e médio de duas escolas privadas e de uma escola pública, da zona urbana de Belo Horizonte-MG. As informações que constam abaixo foram retiradas da Ficha de Dados Sociodemográficos, preenchida por cada participante.

A amostra foi constituída por 175 adolescentes, sendo 85 (49%) de escolas privadas e 90 (51%) de uma escola pública, 111(63%) do sexo feminino e 64 (37%) do sexo masculino. A média de idade é de 16,18 anos. Estes dados podem ser visualizados nos Gráficos 1 e 2.



**Gráfico 1.** Distribuição dos participantes por sexo, em termos de porcentagem (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

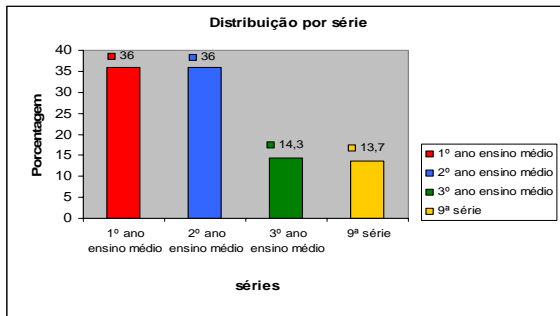


**Gráfico 2.** Distribuição dos participantes por tipo de escola em termos de porcentagem (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

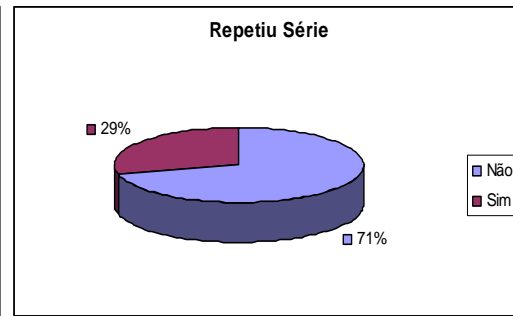
Em relação à série que os 175 participantes da pesquisa frequentam atualmente, constatou-se que 72% cursa o primeiro e o segundo ano do ensino médio, sendo 36% alunos do primeiro ano e 36% do segundo ano. Os demais alunos frequentam o terceiro ano e a 9ª série. Dos 175 participantes, 51 (29%) repetiram alguma série. Detalhes sobre estes resultados podem ser observados nos Gráficos 3 e 4.

<sup>2</sup> A 9ª série pertence ao ensino fundamental.



**Gráfico 3.** Distribuição dos participantes em relação à série atual frequentada, em termos de porcentagem

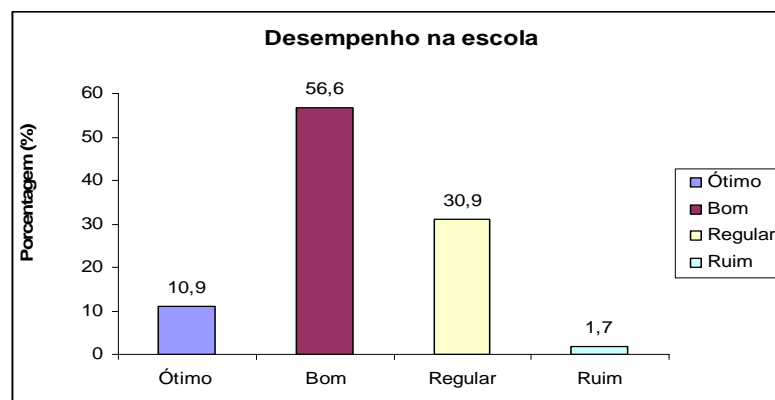
**Fonte:** Dados da pesquisa



**Gráfico 4.** Distribuição dos adolescentes que (n=175) repetiram alguma série, em termos de porcentagem (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

Com relação ao desempenho escolar dos 175 adolescentes, a maioria (56,6%) referiu que, na sua opinião, tem um bom rendimento escolar, enquanto 54 (30,9%) apontaram ter um rendimento regular. Estes e outros dados sobre esta questão podem ser visualizados no Gráfico 5. Quando perguntados se os professores têm queixas a seu respeito, 49 adolescentes (28%) responderam que sim, sendo que as mais frequentes foram falta de atenção (32,6%) e conversa constante em sala de aula (18,3%).

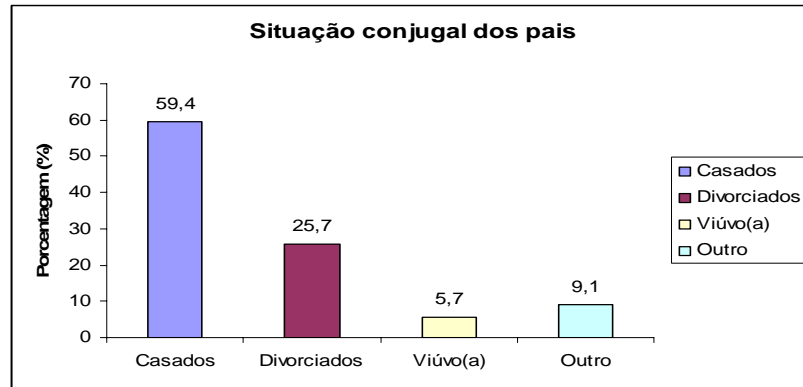


**Gráfico 5.** Distribuição do desempenho escolar dos adolescentes, em termos de porcentagem (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

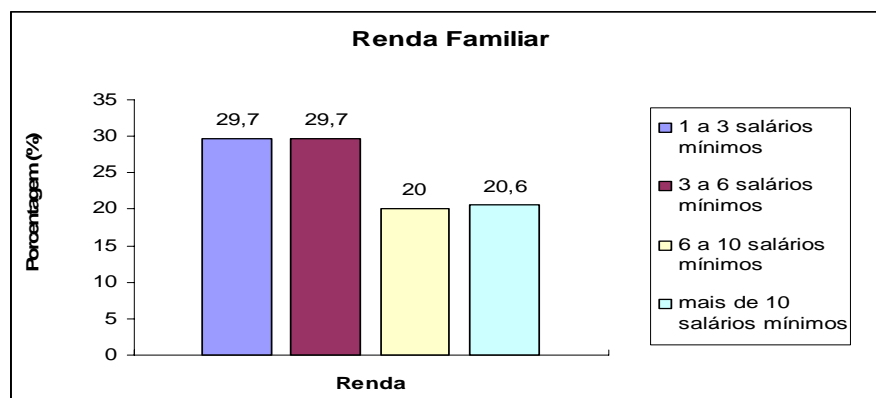
Foi perguntado com quem os participantes residiam e a maioria (50,9%) respondeu que mora com seus pais e irmãos, 24 (13,7%) moram com a mãe e irmãos e 15 (8,6%) residem apenas com a mãe. Os demais estão distribuídos em residências formadas por outras configurações familiares. Assim, os dados coletados revelam que a maioria dos participantes tem o núcleo familiar formado por pai e mãe, o que é descrito como família nuclear. Além disso, foi perguntado sobre a situação conjugal dos pais, e os dados revelam que dos 175

adolescentes, 104 (59,4%) tem pais casados e 45 (25,7%) pais divorciados. O detalhamento desta informação pode ser observado no Gráfico 6.



**Gráfico 6.** Distribuição da situação conjugal dos pais dos adolescentes, em termos de porcentagem (n=175)  
**Fonte:** Dados da pesquisa

Com relação à renda familiar<sup>3</sup>, os dados coletados revelam que nas famílias de 52 adolescentes (29,7%) a renda é de 1 a 3 salários mínimos, seguido de outros 52 participantes (29,7%), com renda de 3 a 6 salários mínimos, e 35 (20%) com renda de 6 a 10 salários mínimos. Quando perguntados sobre quem usufrui dessa renda, ou seja, quantas pessoas moram com eles em suas residências e fazem uso desta renda, 68 (38,9%) relataram que são mais de três pessoas, 39 (22,3%) referiram que são mais de duas pessoas e 33 (18,9%) mais de quatro. Detalhes sobre a renda familiar dos participantes podem ser observados no Gráfico 7.

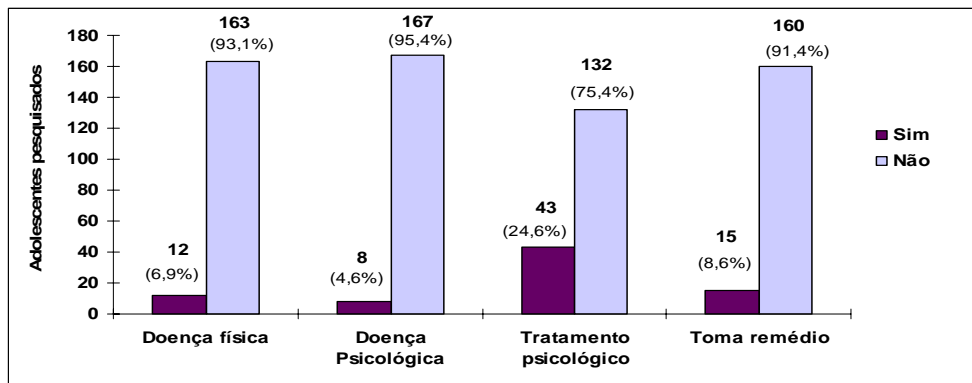


**Gráfico 7.** Distribuição da renda familiar mensal dos participantes, em termos de porcentagem (n=175)  
**Fonte:** Dados da pesquisa

Com relação à presença de doença física, dos 175 adolescentes, 12 (6,9%) sofrem de

<sup>3</sup> Considerou-se renda familiar o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio.

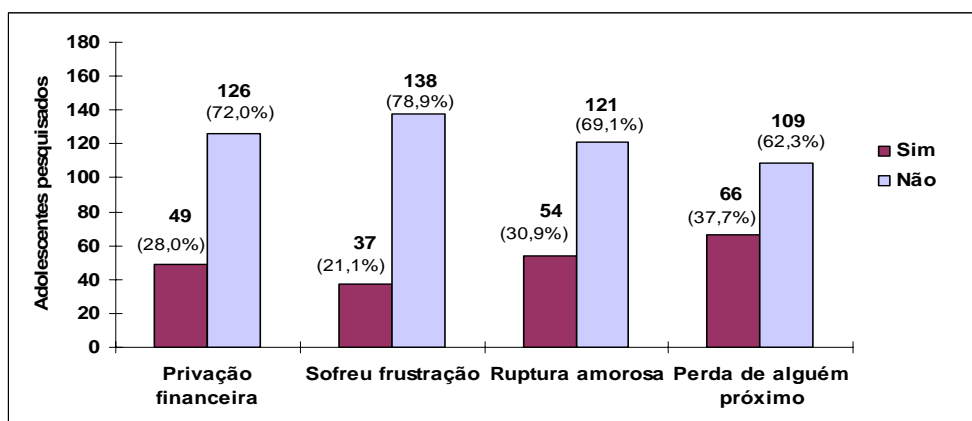
algum tipo de doença. Quanto à doença psicológica, 8 (4,6%) afirmam sofrer de algum tipo. Quanto à fazer tratamento psicológico, 43 (24,6%) afirmam fazê-lo e 15 (8,6%) tomam algum tipo de medicamento, sendo que destes, 8 (53,3%) fazem uso de substâncias prescritas para doenças físicas e 7 (46,6%) para doenças psicológicas. Detalhes sobre estes resultados podem ser observados no Gráfico 8.



**Gráfico 8.** Distribuição, em termos de frequência e porcentagem, da presença de doença física, psicológica, tratamento psicológico e uso de medicamento pelos participantes (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

Além das informações socioeconômicas, e pensando em fatores que se relacionam com a depressão, de acordo com a literatura, perguntou-se sobre privação financeira, frustração no projeto de vida, ruptura amorosa e perda de pessoas próximas. Como pode ser observado no Gráfico 9, 28% dos participantes relatam ter sofrido privação financeira, 21,1% destacam ter sofrido frustração em seu projeto de vida, 30,9% viveram ruptura amorosa e 37,7% perderam alguma pessoa próxima.



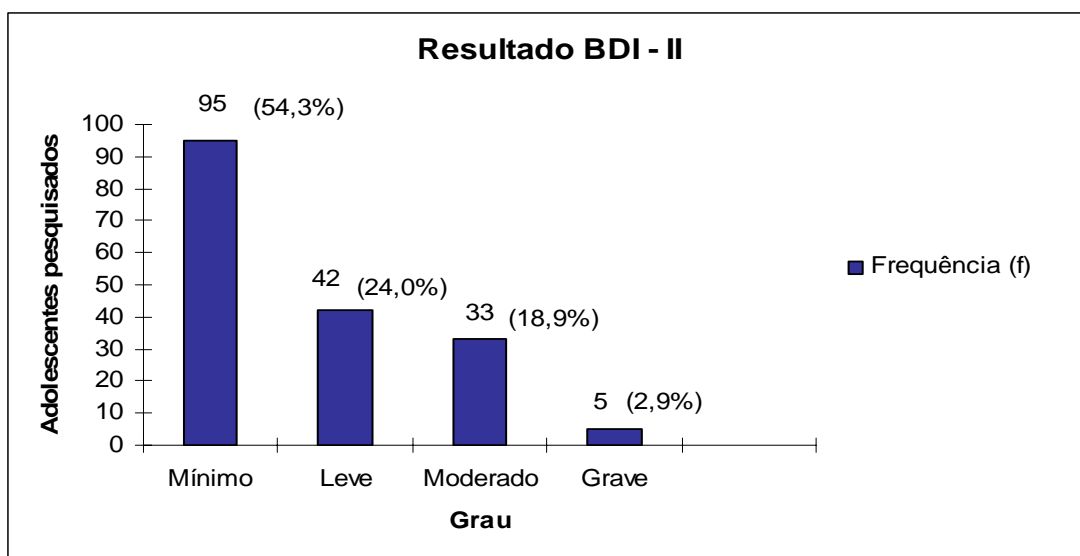
**Gráfico 9.** Distribuição dos dados, em termos de frequência e porcentagem, sobre privação financeira, frustração, ruptura amorosa e perda de pessoa próxima (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

#### 4.2 Resultados conforme os objetivos propostos neste estudo

Serão apresentados abaixo os dados referentes aos resultados obtidos após coleta de dados, conforme os objetivos propostos neste estudo. As informações foram obtidas através dos instrumentos psicológicos Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) e do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), preenchidos por cada participante, além de alguns dados da Ficha de Dados Sociodemográficos.

O primeiro dado relevante diz respeito à identificação do grau de depressão apresentado por cada participante, através do escore total obtido no BDI-II. Observou-se que dos 175 participantes, 54,3% apresentam, no somatório dos pontos obtidos no BDI-II, escore equivalente ao grau mínimo de depressão, seguido de 24% com grau leve, 18,9% com grau moderado e 2,9% com escore indicativo de depressão grave, como pode ser conferido no Gráfico 10.

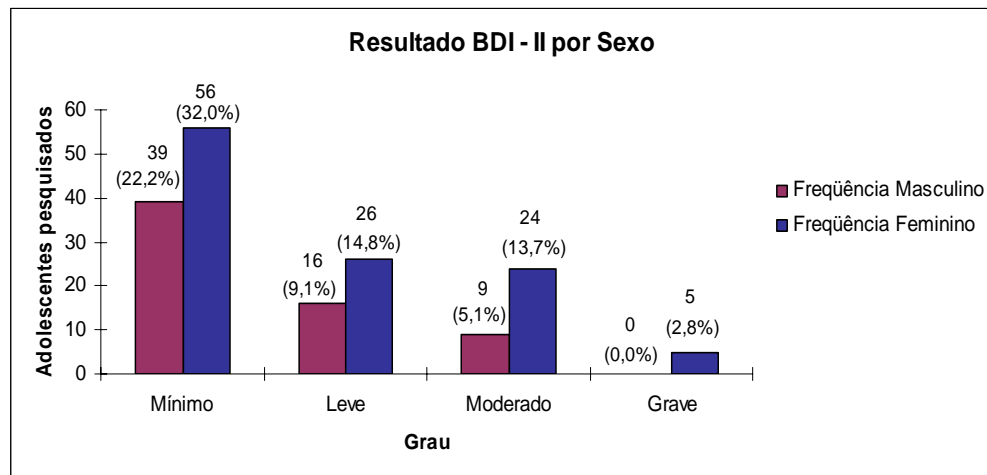


**Gráfico 10.** Distribuição, em termos de frequência e porcentagem, dos resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck-II (BDI- II) (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

O primeiro objetivo específico pretendia verificar se existem diferenças na prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes do sexo feminino e masculino. Os dados revelam que 13,7% dos participantes do sexo feminino apresentam depressão moderada e 2,9% depressão grave. Entre os homens, nenhum participante obteve pontuação equivalente à depressão grave, e apenas 5,1% obtiveram pontuação para depressão moderada. Além disso, observou-se que as mulheres tenderam a pontuar mais alto no BDI-II, do que os homens,

sendo que a média de pontuação delas, em cada item, foi de 1,80 pontos, e deles de 1,53. Para verificar se esta diferença era estatisticamente significativa, utilizou-se o Teste T de *Student*, para amostras independentes, que revelou que há diferenças entre os sexos, no escore obtido no BDI-II, ou seja, na prevalência de indicadores de depressão. Estes resultados constam no Gráfico 11 e na Tabela 1.



**Gráfico 11.** Distribuição dos adolescentes por sexo, em termos de frequência e porcentagem, dos resultados obtidos no BDI-II (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 1.** Distribuição dos escores (mínimo e máximo) pontuados no BDI-II, médias e desvios-padrão, para adolescentes do sexo masculino e feminino (n=175)

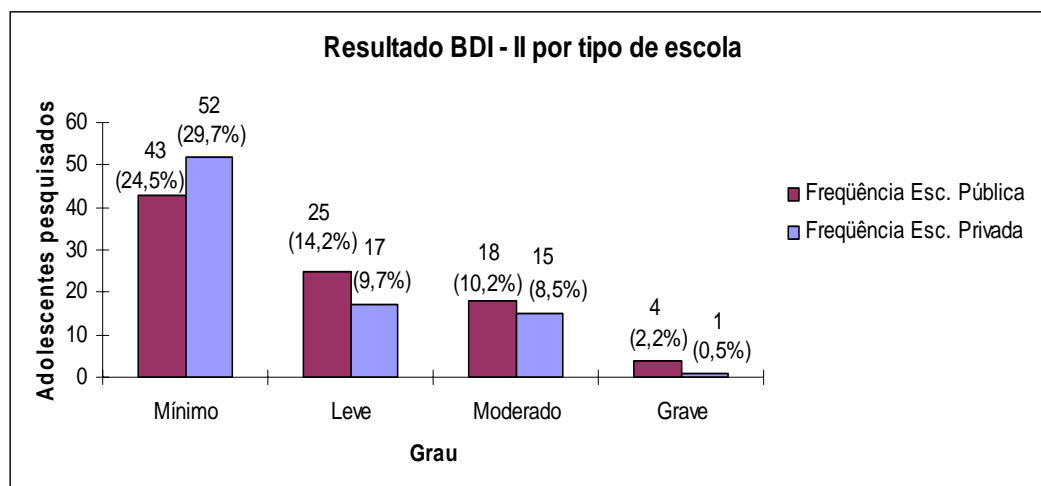
Pontuação BDI-II					
Sexo	Mínimo	Máximo	M	DP	p*
<b>Masculino</b>	0	34	1,53	0,73	0,035
<b>Feminino</b>	0	47	1,80	0,93	0,035

\* Índice de confiança de 95%

**Fonte:** Dados da pesquisa

No que diz respeito à diferença na prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes que frequentam escolas públicas e privadas, segundo objetivo específico deste estudo, cabe destacar que 10,2% dos adolescentes que obtiveram grau moderado de depressão frequentam escola pública, enquanto 8,5% frequentam escola privada. Além disso, vale ressaltar que dos adolescentes que obtiveram escore equivalente à depressão grave, 4 frequentam escola pública, e apenas 1 escola privada. Os dados revelam, ainda, que os adolescentes de escola pública, de maneira geral, tenderam a pontuar mais alto no BDI-II do que os adolescentes de escola privada, sendo que a média de pontuação dos primeiros, em

cada item, foi de 1,81 pontos, e dos segundos de 1,59. Através do Teste T de *Student*, para amostras independentes, verificou-se que a diferença entre as médias de adolescentes de escolas públicas e privadas é estatisticamente significativa. Estes resultados podem ser observados no Gráfico 12 e na Tabela 2.



**Gráfico 12.** Distribuição dos adolescentes por tipo de escola, em termos de freqüência e porcentagem, dos resultados obtidos no BDI-II (n=175)

Fonte: Dados da pesquisa

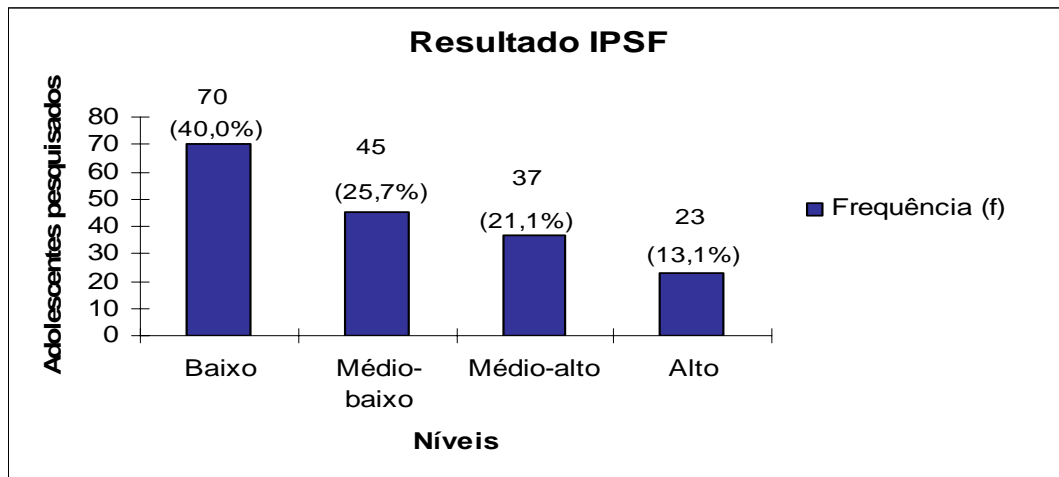
**Tabela 2.** Distribuição dos escores (mínimo e máximo) pontuados no BDI-II, médias e desvios-padrão, para adolescentes de escolas públicas e privadas (n=175)

<b>Pontuação BDI-II</b>					
<b>Escola</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>p*</b>
<b>Pública</b>	0	43	1,81	0,91	0,091
<b>Privada</b>	0	47	1,59	0,82	0,091

\* Índice de confiança de 95%

Fonte: Dados da pesquisa

O terceiro objetivo específico do presente estudo pretendia identificar o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes, através do Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF). Os resultados constam no Gráfico 13, e apontam que 40% dos participantes têm uma percepção baixa de suporte familiar, e apenas 13,1% uma percepção alta.



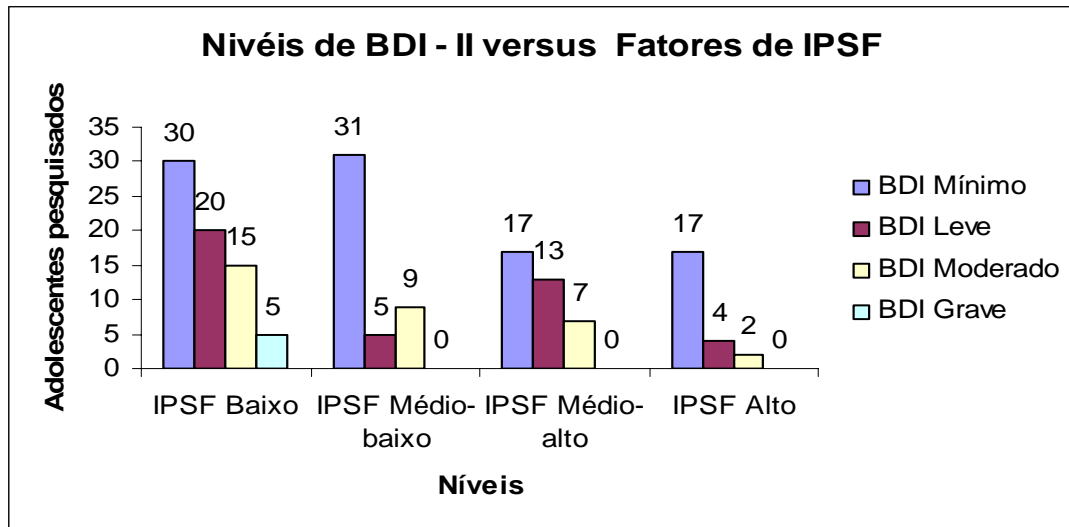
**Gráfico 13.** Distribuição dos adolescentes, em termos de frequência e porcentagem, quanto aos resultados obtidos no Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (n=175)

**Fonte:** Dados da pesquisa

No que se refere à relação entre a presença de sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes, quarto objetivo deste estudo, é importante assinalar que dos 70 adolescentes que revelaram percepção baixa de suporte familiar, 21,4% obtiveram escore, no BDI-II, equivalente à depressão moderada, e 7,1% para depressão grave. Dos 45 adolescentes que apresentaram percepção de suporte familiar médio-baixa, 9 têm grau moderado de depressão. Dos 37 adolescentes que obtiveram escore médio-alto quanto à percepção de suporte familiar, 7 revelaram grau moderado de depressão. E, por último, para os adolescentes que obtiveram alto nível de percepção e suporte familiar, apenas 2 adolescentes apresentaram grau moderado de depressão. Estes dados podem ser visualizados no Gráfico 14.

É importante assinalar que todos os participantes que obtiveram pontuação indicativa de depressão grave apresentaram escore baixo no IPSF. Esses dados chamam a atenção, uma vez que apontam que quanto mais o indivíduo apresenta indícios e sintomas de depressão, maior é sua tendência em perceber a presença de um baixo suporte familiar. Entretanto, quando esta hipótese foi testada estatisticamente, através do coeficiente de correlação de Pearson, os resultados revelaram um  $r=0,287$  ( $p<0,001$ ). Isso quer dizer que existe uma correlação fraca entre os escores do BDI-II e do IPSF.





**Gráfico 14.** Distribuição dos adolescentes, em termos de frequência, comparados os resultados no BDI-II e no IPSF (n=175)  
**Fonte:** Dados da pesquisa

Como último objetivo específico pretendia-se verificar se existe relação entre a presença de sintomas depressivos em adolescentes e alguns fatores sociodemográficos, econômicos e culturais, tais como renda familiar, repetência e desempenho escolar, situação conjugal dos pais e organização do núcleo familiar, presença de doença física ou psicológica, dentre outros. Quando aplicado o coeficiente de correlação de Pearson, para verificar a associação entre estes fatores, os resultados revelaram uma correlação fraca e/ou fraquíssima entre os escores e desempenhos obtidos no BDI-II, e as variáveis constantes da Ficha de Dados Sociodemográficos. Isso quer dizer que os dados encontrados nestas análises não revelaram relações estatisticamente significativas entre sintomas depressivos e os fatores sociodemográficos investigados.

Também foram cruzados e correlacionados os escores obtidos pelos adolescentes no BDI-II e a resposta dada por eles às questões finais da ficha de dados, que investigavam sobre perdas e frustrações recentes, vividas pelos participantes. Nestas análises também não foram encontradas relações estatisticamente significativas, porém, vale mencionar que do total de sujeitos que obteve pontuação indicativa de depressão grave, 3 (60%) afirmaram ter sofrido privação financeira nos últimos tempos, e 4 (80%) frustração em seu projeto de vida.

Um dado curioso observado nestas análises diz respeito à quantidade de adolescentes que fazem tratamento psicológico (24,6%), sendo que a maioria destes obtiveram escore indicando grau mínimo de depressão. Através deste dado é possível assinalar que mesmo adolescentes que pertencem a uma população geral beneficiam-se de um processo de psicoterapia, apesar de não sofrerem ou apresentarem quadros psicopatológicos constituídos.

Outro dado importante de sublinhar refere-se ao modo como o adolescente se sente (perguntou-se sobre isso no último item da ficha de dados), sendo que dos adolescentes que atingiram escores equivalentes à depressão grave, apenas dois assinalaram sentimentos condizentes com isso, de desânimo e tristeza; os demais apontaram sentimentos opostos, de felicidade e animação.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a caracterização da amostra e a apresentação dos resultados obtidos, conforme os objetivos propostos, passou-se à discussão deste material, com a intenção de articulá-lo com o enquadramento teórico adotado e a revisão bibliográfica realizada. Os resultados apontam que da amostra total dos adolescentes (n=175), apenas 5 (2,9%) obtiveram pontuação, no BDI-II, equivalente a um nível grave de depressão, e 33 (18,9%) apresentaram pontuação que indica depressão em grau moderado. Estes dados somam 21,8% da amostra e vão ao encontro dos resultados encontrados por Bahls citado por Rocha e colaboradores (2006), que constatou a presença de sintomatologia depressiva em 20,3% da amostra estudada na cidade de Curitiba, em 2002, com predomínio de 2,6 mulheres para cada homem. Esses dados confirmam a doença depressiva em adolescentes como um problema de saúde pública, conforme destacam Bahls e Bahls (2002).

É importante assinalar que dos adolescentes que apresentam indicadores<sup>4</sup> de depressão, tanto grave como moderada, a maior parte é do sexo feminino. Assim, os dados confirmam o predomínio de sintomas depressivos entre as mulheres, corroborando os dados encontrados na literatura. De acordo com estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), essa desordem é mais comum no sexo feminino, e estima-se uma prevalência de 3,2% para o sexo feminino e 1,9% para o sexo masculino. De forma consonante com esses dados, Bahls (2002) também destaca que o surgimento da sintomatologia depressiva é mais prevalente em mulheres do que em homens.

Ainda com relação ao sexo, diversas pesquisas indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que os homens. No entanto, não fica evidenciado que ser do sexo feminino realmente representa um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sobre a prevalência de sintomatologia depressiva, cabe destacar que houve diferença significativa entre os adolescentes do sexo feminino e os do sexo masculino. Vale ressaltar, ainda, que as meninas apresentaram média de pontuação maior do que os meninos. Assim, os dados desta pesquisa corroboram os resultados encontrados por Bahls (2002), Dell'Aglio e Hutz (2004) e Rocha e colaboradores (2006), nos quais a prevalência de sintomatologia depressiva é maior nos adolescentes do sexo feminino do que nos do sexo masculino. Alguns autores afirmam que essa relação pode ser explicada pela quantidade de hormônios que

---

<sup>4</sup> Neste estudo, a expressão “indicadores de depressão” corresponde a um estado psíquico que apresenta características de depressão e não exatamente uma patologia severa.

acometem os indivíduos nessa fase do desenvolvimento humano, pela maior cobrança em relação à figura corporal feminina e também pelas relações afetivas estabelecidas pelas meninas (BAPTISTA; ASSUMPCÃO JUNIOR; BAHLS *apud* SANTANA, 2008).

Parece pertinente discutir, igualmente, que a maioria dos adolescentes (88,5%) afirmou não sofrer de nenhum tipo ou problema de saúde. Dentre os que apontaram algum problema, 4,6% afirmam sofrer de doença psicológica e 6,9% de doença física. Apesar disso, os dados revelam que 43 adolescentes (24,6%) fazem tratamento psicológico e, destes, 15 (8,6%) tomam algum tipo de medicamento, sendo 7 (46,6%) para doenças psicológicas. Os medicamentos citados (Daforin (cloridrato de fluoxetina), Paroxetina, Zoloft (sertralina) e Vertex) estão diretamente relacionados a transtornos psiquiátricos ou à depressão. Estes dados indicam, portanto, que a maioria dos adolescentes não possui nenhum tipo de problema de saúde. No entanto, este dado parece contraditório com o fato de boa parte dos adolescentes fazerem tratamento psicológico. Sendo assim, talvez seja possível dizer que os participantes não sabem se realmente possuem problemas psicológicos. Além disso, é importante salientar que os dados analisados nesta sessão da pesquisa, em particular, parecem refletir um fenômeno que pode influenciar de modo direto nas respostas dadas pelos participantes. Este fenômeno é chamado de desejabilidade social, e pode ser entendido como uma propensão por parte de participantes de pesquisas a responderem de forma tendenciosa às perguntas apresentadas. Assim, eles estão mais propensos a apresentar respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente, e tenderiam, ainda, a negar sua associação pessoal com opiniões e comportamentos que seriam desaprovados socialmente (RIBAS JÚNIOR; MOURA; HUTZ, 2004).

É interessante assinalar que os adolescentes que frequentam a escola pública, de maneira geral, tenderam a pontuar mais alto no BDI-II, além de representar a maior parte daqueles que obtiveram escores indicando depressão moderada, e 80% dos que tiveram pontuação equivalente à depressão grave. Apesar da notificação da prevalência de indicadores de depressão ser maior nos adolescentes da rede pública, não foi possível destacar relações entre sintomas depressivos e classe social, uma vez que esses achados são poucos explorados na literatura. Além disso, vale ressaltar que muitos outros fatores podem estar relacionados a este achado, tais como o suporte familiar e social oferecido e percebido por adolescentes de escolas públicas, em comparação com os da escola privada, ter e praticar alguma religião, ou ser minimamente espiritualizado, dentre outros. Entretanto, estas investigações, por mais que se façam pertinentes, não foram foco do presente estudo. Com isso, reitera-se que não se pode fazer afirmações taxativas que expliquem as diferenças de pontuações no BDI-II, encontradas

entre adolescentes de escolas públicas, em comparação com os de escola privada.

No que diz respeito à percepção de suporte familiar, os dados revelam que a maioria dos adolescentes do estudo que obtiveram escore indicativo de depressão moderada e grave, no BDI-II, tem uma percepção de baixo suporte familiar. Esta constatação reflete as ideias expostas por Baptista, Baptista e Dias (2001), que destacam que sujeitos que não têm suporte familiar ou social, estariam mais propensos a apresentarem distúrbios psicológicos/psiquiátricos. Nesta direção, Silva e Dessen (2001) pontuam que um ambiente familiar hostil, que não oferece apoio aos seus membros, tem sido associado à presença de transtornos emocionais, contribuindo para o surgimento de quadros depressivos, por exemplo. Ainda neste sentido, Baptista, Baptista e Dias (2001) destacam que as rápidas mudanças sociais e principalmente familiares, parecem ter uma relação com a prevalência de depressão na adolescência, porém, este não pode ser o único fator a ser considerado. Talvez por isso, também, é que quando a relação entre presença de sintomas depressivos e nível de percepção de suporte familiar foi testada, através do coeficiente de correlação de Pearson, os resultados revelaram uma correlação fraca.

Esses dados levam a questionar quais são os principais fatores relacionados com o surgimento da sintomatologia depressiva na adolescência. Nesse sentido, é possível dizer que o recebimento e a percepção de suporte familiar influenciam diretamente no bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, sendo que sua falta pode contribuir para a predisposição a uma doença mental (BAPTISTA; SOUZA, 2008). Parker, Tupling e Brow, citados por Baptista e Souza (2008), afirmam que pais amorosos e atenciosos proporcionam o desenvolvimento da auto-estima de seus filhos, importante fator de proteção contra psicopatologias como a depressão. Em consonância com estes dados, Féres-Carneiro (1996) pontua que o suporte familiar deficitário tem importante relação com o surgimento de transtornos do humor, corroborando os resultados encontrados no presente estudo. Assim, mesmo que não se possa afirmar que sempre que não houver apoio familiar, haverá depressão, e vice-versa, vale investir em uma relação familiar que ofereça aos seus membros a percepção e o sentimento de pertencimento, suporte e contenção emocional e afetiva.

Ainda nessa direção, no que diz respeito aos fatores de risco para a depressão, em se tratando de crianças e adolescentes, Bahls (2002) destaca a presença de histórico familiar de depressão como sendo um importante fator de risco para tal transtorno. O autor salienta que a presença de histórico familiar de depressão aumenta em pelo menos três vezes a chance do indivíduo também desenvolver o transtorno, principalmente quando associado a estressores ambientais (perda dos pais, irmãos, ou amigos íntimos). Isso aponta para a ideia de que mais

do que um componente genético, o histórico de depressão potencializa-se como fator de risco, pois a criança e o adolescente crescem observando um modelo e uma determinada forma de perceber o mundo, mais melancólica e depressiva. Além disso, Son e Kirchner, citados pelo mesmo autor, acrescentam outros fatores de risco importantes, como a presença de conflitos familiares, dúvidas quanto à orientação sexual, presença de co-morbidades, especialmente quando aliadas a doenças crônicas, baixa condição socioeconômica, falta de suporte familiar, poucas habilidades sociais, dentre outros. Reforça-se, assim, que as relações familiares, especialmente durante a adolescência, sejam as mais afetivas e acolhedoras possíveis, para que o desenvolvimento possa se dar de forma adequada, minimizando, assim, os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos. No que diz respeito aos relacionamentos familiares, Steinberg, citado por Dell’Aglío e Hutz (2004), pontua que

o adolescente que tem relacionamentos familiares afetuosos e próximos, tem mais condições de enfrentar experiências estressantes do que aqueles sem tal apoio, sendo que esse apoio familiar se constitui no mais importante fator de proteção na adolescência. (p. 352)

Por isso, Souza e Baptista (2008) enfatizam a importância do suporte familiar, compreendido como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família, sendo que este suporte deve ser pensado como agente de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais, e agente amortecedor frente aos eventos estressantes da vida. Neste estudo não foi possível verificar o histórico familiar de depressão, pois este quesito não foi incluído nos instrumentos de coleta de dados. Sobre a perda de pessoas próximas, foram encontrados resultados que contrariam o que foi mencionado pelos autores citados acima, uma vez que os dados observados não revelam a presença de uma relação estatisticamente significativa entre perdas e o surgimento da sintomatologia depressiva. Entretanto, acredita-se que somente um estudo mais detalhado sobre isso poderia confirmar ou não, com confiança, os resultados observados. Cabe salientar que os dados encontrados nesta pesquisa revelam uma porcentagem considerável de adolescentes que tem uma percepção de baixo suporte familiar, sendo que grande parte deles frequenta a escola pública, o que pode ser associado ao fato de terem e viverem em uma baixa condição socioeconômica, confirmando as ideias de Son e Kirchner, citados por Bahls (2002).

No que diz respeito à relação entre a presença de sintomas depressivos em adolescentes e os fatores sociodemográficos, econômicos e culturais, os dados encontrados

nas análises não revelaram relações significativas entre esses fatores e sintomas depressivos, mas julgou-se necessário destacar os pontos mais relevantes. Constatou-se, portanto, que dos adolescentes que obtiveram indicativos de depressão grave ou moderada, a maioria afirmou ter sofrido privação financeira e frustração no projeto de vida. Também cabe sublinhar a maneira com que os adolescentes referiram se sentir, sendo que muitos deles apontaram sentimentos ambivalentes e opostos. Estas constatações vão ao encontro das contribuições de Kazdin e Marciano, citados por Bahls e Bahls (2002), que pontuam que adolescentes com depressão apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, ao invés de demonstrarem ou queixarem-se de tristeza, podendo ocorrer crises frequentes de explosão e raiva. No que se refere aos sintomas depressivos para os adolescentes, Bahls (2002) descreve a presença de alguns aspectos, tais como irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, isolamento, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, prejuízo no desempenho escolar, dentre outros. Mas, mesmo assim, sempre é importante lembrar que a desajustabilidade social pode estar presente e, em parte, explicar tais achados.

Além disso, faz-se necessário considerar o contexto do desenvolvimento da adolescência, fase marcada por conflitos ocasionados pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, Avanci e colaboradores (2008) ressaltam que as experiências conflitantes relacionadas a esta fase podem configurar-se como desafios estressantes, que quando aliados à vulnerabilidade psíquica do jovem, podem ser vistos como gatilhos para o surgimento de sintomas depressivos. Além disso, é importante considerar o contexto atual em que os jovens estão inseridos, ambiente composto por inúmeras situações novas e pressões sociais trazidas pela complexidade, competitividade e exigências do mundo moderno. Diante disso, cabe assinalar que esse momento é muito propício para o surgimento da sintomatologia depressiva, agravado, ainda, pelas flutuações do humor e variações expressivas no comportamento, presentes nesta fase. Destaca-se, então, que mesmo que oscilações do humor e crises de labilidade afetiva possam ser frequentes e comuns na adolescência, elas sempre merecerão atenção, não podendo ser naturalizadas pelo fato de serem “típicas” da adolescência. A prevenção e intervenção adequadas junto a adolescentes com depressão dependem disso.

## 6 CONCLUSÕES

O objetivo principal desta pesquisa era verificar a prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes da população geral, e verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelo adolescente. Após a análise dos dados, verificou-se a prevalência de indicadores de depressão em 21,8% da amostra de adolescentes, através do escore obtido no BDI-II, confirmando o predomínio de sintomas depressivos entre as mulheres, corroborando os dados encontrados na literatura.

Com relação ao objetivo que visava identificar a diferença na prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes que frequentam escolas públicas e privadas, verificou-se uma maior prevalência de indicadores de depressão nos adolescentes pertencentes à rede pública de ensino, o que pode ser atribuído à sua condição socioeconômica, mas também a outros fatores, que não foram contemplados por este estudo.

Quanto ao objetivo que pretendia identificar o nível de apoio e suporte familiar percebidos pelos adolescentes, os resultados revelam que a maioria dos participantes tem uma percepção de baixo suporte familiar. No que se refere à relação desta percepção com a presença de sintomas depressivos, os resultados apontaram que quanto mais o indivíduo apresenta índices elevados de depressão, menor percebe o suporte oferecido por sua família. Faz-se necessário destacar que quando esta hipótese foi testada, a correlação encontrada entre os escores do BDI-II e IPSF foi fraca. Entretanto, acredita-se que não se pode deixar de assinalar que apesar de a depressão ter uma etiologia multifatorial, e que diversos fatores contribuem para seu desencadeamento, os resultados encontrados devem ser considerados, pois eles sinalizam que um ambiente familiar pouco acolhedor e que oferece pouco apoio e suporte, pode ser propício para o desenvolvimento de psicopatologias, como, a depressão. Dessa forma, mesmo que os dados encontrados nesta pesquisa não possam ser generalizados, foram encontrados indicativos de que os indicadores da presença de depressão têm prevalência significativa na adolescência, e que tendem a associar-se a uma percepção de suporte familiar baixo.

Em relação ao último objetivo proposto no presente estudo, que diz respeito à relação entre a presença de sintomas depressivos e fatores sociodemográficos, econômicos e culturais, os dados encontrados não revelaram relações estatisticamente significativas. Apenas vale mencionar que dentre os sujeitos que obtiveram pontuação elevada no BDI-II, a maioria mencionou ter sofrido privação financeira e frustração em seu projeto de vida. Além disso,



quando os adolescentes com escore equivalente à depressão grave foram perguntados sobre como se sentiam, alguns descreveram sentimentos de felicidade e animação, e outros de tristeza e desânimo. Estes achados, um tanto discrepantes, podem ser pensados à luz de duas ideias principais: efeito da deseabilidade social e flutuação dos estados emocionais que caracterizam a depressão na adolescência, que não são os tipicamente associados aos quadros depressivos. Nesta fase da vida, é comum a depressão manifestar-se através de irritabilidade, labilidade afetiva, raiva, dentre outros.

Dessa forma, os resultados encontrados confirmam a relevância e justificativa desta pesquisa, uma vez que o conhecimento gerado em sua execução pode ser essencial para a construção de programas, destinados a área da saúde, bem como da educação, que tenham como objetivo ampliar os conhecimentos acerca dessa fase marcada por conflitos, que quando associados à vulnerabilidade desse período, podem levar ao surgimento de transtornos afetivos, como a depressão. Para que propostas efetivas e eficazes de prevenção possam ser desenvolvidas, é essencial que se tenha um conhecimento e uma compreensão adequados sobre a ocorrência de depressão na adolescência, especialmente no que diz respeito aos fatores de risco e de proteção para esta psicopatologia. Por isso, espera-se que os achados neste estudo possam contribuir para isso, fomentando e subsidiando novas pesquisas e, conseqüentemente, novas teorizações nesta área.

Este trabalho não tem como pretensão finalizar as discussões acerca da prevalência de indicadores de depressão na adolescência, até por que é preciso considerar suas limitações, tais como o tamanho da amostra utilizada e de atravessamentos e informações que não foram contempladas e que podem ter interferido nos resultados encontrados. Assim, sugere-se que novos estudos sobre o tema sejam desenvolvidos, que contemplem uma amostra maior e, ainda, outras variáveis que busquem compreender melhor o papel das relações familiares na adolescência e sua relação com o surgimento de sintomatologia depressiva nesta fase.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **Adolescência**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Medicas. 1983. 246p.

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 92p.

ABREU, Rosemarie Elizabeth de. **Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez**. 2006, p.1-224. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

ANDRADE, Gabriela. R. B.; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 925-934.

AVANCI, Joviana Q.; ASSIS, Simone G.; OLIVEIRA, Raquel V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, out. 2008, p.2334-2346. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001000014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000014&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 06 Abr. 2009.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, out. 2002, p. 359-366. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572002000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572002000500004&lng=en&nrm=iso) Acesso em 28 Fev. 2009.

BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, V.6 n.1, 49-57. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewPDFInterstitial/3193/2556>. Acesso em 05 Abr. 2009.

BALLONE, Geraldo. J. **Depressão**. PsiquWeb, 2005. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br> Acesso em 05 Abr. 2009.

BAPTISTA, Makilim Nunes. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **PSICO-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, 2005, p. 11-19.

BAPTISTA, Makilim. N.; DIAS, Rosana. R. Fidedignidade do Inventário de Percepção de Suporte Fatorial - IPSF. **Aval. psicol.**, jun. 2007, vol.6, no.1, p.33-37.

BAPTISTA, Makilim Nunes; OLIVEIRA, Andréia. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.14, n. 3, Set-Dez. 2004, p.58-67.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana S. D.; DIAS, Rosana. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001, p. 52-61.

BARBOSA, Lúcia. H. S. Depressão na Infância e Adolescência – Aspectos Sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, jul/set. 1987, p. 250-265.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Manual for Beck Depression Inventory – II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BECK, A.T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory. Manual**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 341p.

BRASIL, Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990, Institui o **Estatuto da Criança e do Adolescente** (ECA). Brasília, 1990, p.1-53.

CAMPOS, Dinah. M. de S. **Psicologia da Adolescência**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 157p.

CLAUDINO, João; CORDEIRO, Raul; ARRIAGA, Miguel. Depressão e Suporte Social em adolescentes e jovens adultos: Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. **Revista Iberoamericana de Educación**, Portalegre (Portugal), v. 214, 2006, p. 34-38.

COUTINHO, Maria da Penha Lima et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **PSICO-USF**, Itatiba, v. 8, n. 2, dez. 2003, p. 183-192. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-2712003000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-2712003000200010&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 10 Abr. 2009.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 171p.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271p.

DELL'AGLIO, Débora D.; HUTZ, Cláudio S. Depressão e desempenho escolar em adolescentes institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.17, n.3, 2004, p.341-350. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a08v17n3.pdf>. Acesso em 01 Abr. 2009.

DEL PORTO, José A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, 1999, p. 1-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso) Acesso em 01 Abr. 2009.

ERIKSON, Erik. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 322p.

FENSTERSEIFER, Liza. **Teste de Apercepção Familiar: sistema de categorização das respostas e fidedignidade entre avaliadores**. Tese de doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Nov. 2008, 137p.

FÉRES- CARNEIRO, Terezinha. **Família: Diagnóstico e Terapia**. Petrópolis RJ, Vozes, 1996. 152p.

FONSECA, Aline Arruda da; COUTINHO, Maria da Penha Lima; AZEVEDO, Regina Lígia Wanderlei. Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, 2008, p.492-498. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722008000300018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300018&lng=es&nrm=iso) Acesso em 10 abr. 2009.

FORTE, Maria. J. P. O Adolescente e a Família. **Pediatria**, São Paulo, v. 18, n.3, 1996, p. 157-161. Disponível em: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/238.pdf> Acesso em 15 Julh. 2009.

ITO, Lígia. M. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 176 p.

JUSTO, José S. O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia/Universidade Federal Fluminense**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./jun. 2005, p. 61-77.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169p.

LEMOS, Valdir A; MORAIS, Paulo R.; BAPTISTA, Makilim N.. Sintomatologia depressiva na ausência e na prática de atividades físicas em adolescentes. In: FONTOURA, Paula (Org.). **Coleção pesquisa em educação física: o estilo de vida ativo depende da educação física escolar?** Jundiaí: Editora Fontoura, 2005, v. 3, p. 182-187.

LEVISKY, David Léo. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 316p.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-IV-TRTM**: texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

MARCELLI, Daniel; AJURIAGUERRA, Julian de. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 410p.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 238p.

MONTEIRO, Fabiana, R.; COUTINHO, Maria P. L.; ARAÚJO, Ludgleydson F. Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, jun. 2007, p. 224-235. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200005&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 10 Abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório Mundial. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual\\_final.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf) Acesso em: 30 de Mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf) Acesso em 25 de Out. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2001. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf). Acesso em 28 de Mar. 2009.

PENNA, Carla. Grupos com adolescentes: da família ao social. **Revista portuguesa de grupanálise**, Lisboa. 2004. p. 3-8. Disponível em: <http://pwp.netcabo.pt/0150419901/revis/revistaonline2.pdf> Acesso em 22 Mar. 2009.

PRATTA, Elisângela M. M.; SANTOS, Manoel A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, ago. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2009.

REPPOLD, Caroline Tozzi.; HUTZ, Claudio Simon. Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, dez. 2003, p. 175-184. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712003000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200008&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 22 de Mar. 2009.

RIBAS JR, Rodolfo de Castro; MOURA, Maria Lucia Seidl de; HUTZ, Claudio S. Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. **Revista Avaliação psicológica**, v. 3, n. 2, nov. 2004, p. 83-92.

RIGOTTO, Daiene Marcela. **Evidências de Validade entre Suporte Social, Suporte Familiar e Autoconceito**. 2006. 115 p. **Dissertação de Mestrado**. Universidade São Francisco. Itatiba (São Paulo). Disponível em: [http://www.saofrancisco.edu.br/cursos/propep/psicologia/files/Dissertação\\_Mestrado%20\\_Daiene%20Marcela%20Rigotto.pdf](http://www.saofrancisco.edu.br/cursos/propep/psicologia/files/Dissertação_Mestrado%20_Daiene%20Marcela%20Rigotto.pdf) Acesso em 10 Maio 2009.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues et al. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **PSICO-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, jun. 2006, p. 95-102. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712006000100011&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100011&lng=es&nrm=iso) Acesso em 21 de Mar. 2009.

SANTANA, Priscilla Rodrigues. **Suporte Familiar, estilos Parentais e sintomatologia Depressiva: Um estudo Correlacional**. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco Itatiba (São Paulo), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2008, 193p. Disponível em: <http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/mestrado/psicologia/uploadAddress/Disserta%C3%A7%C3%A3o-completa%5B10989%5D.pdf> Acesso em 20 de Agost. 2009.

SILVA, Nara L. P.; DESSEN, Maria A. Deficiência mental e família: Implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 2, Mai-ago 2001, p. 133-141. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000200005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 28 de Abr. 2009.

SOUZA, Mayra Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Revista Psicologia Argum.**, V.26 n.54, jul./set 2008, p.207-215, . Disponível em [www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2495&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2495&dd99=pdf) Acesso em 20 Agos. 2009.

SUKIENNIK, Paulo Berél et al. Implicações da depressão e do risco de suicídio na escola durante a adolescência. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n. 1, jun. 2000, p. 36-44. Disponível em: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302000000200007&lng=pt&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302000000200007&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 02 Mar.2009.

VIEIRA, Kay Francis Leal. **Depressão e Suicídio: Uma abordagem Psicossociológica no Contexto Acadêmico**. 2008. 159 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Psicologia. João Pessoa (Paraíba). Disponível em: [http://www.cchla.ufpb.br/pos\\_psi/pdf/dissertacoes/kay\\_francis\\_leal\\_vieira\\_2008.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/pos_psi/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf) Acesso em 10 Maio 2009.

ZIMERMAN, David. E. **Vocabulário contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 459p.

**APÊNDICES**



## APÊNCIDE A

### Carta aos pais ou responsáveis pelo adolescente

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Senhores pais ou responsáveis

Através desta carta gostaríamos de lhe explicar que estamos realizando um trabalho de pesquisa com adolescentes entre 15 e 19 anos, estudantes de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte (MG), dos sexos masculino e feminino. Este estudo é fruto da monografia de conclusão do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade São Gabriel, da aluna Edileuza Ferreira dos Santos.

Cada vez mais a depressão tem sido identificada entre os jovens, o que faz com que os profissionais da saúde devam se instrumentalizar para identificação deste quadro e para que, a partir disso, programas efetivos de prevenção possam ser organizados. Neste contexto, o principal objetivo desta pesquisa é verificar se existem indícios da presença de depressão em adolescentes entre 15 e 19 anos, e verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.

Gostaríamos, então, de contar com sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar a participação de seu filho(a) na pesquisa. Para isso, ele(a) deverá responder, sem se identificar (sem colocar nome), a uma Ficha de Dados Sociodemográficos e a dois instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Os instrumentos serão aplicados dentro do próprio contexto escolar, com a respectiva autorização institucional, não devendo acarretar danos ao andamento normal das atividades curriculares. Em princípio, o maior incômodo a que seu filho(a) estará submetido será a disposição de tempo para responder aos instrumentos, e o maior benefício será a participação em um trabalho científico. As informações obtidas através dos instrumentos serão de caráter confidencial, e a elas só terão acesso os pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa. Com isso pretende-se manter o caráter científico, ético e profissional da referida pesquisa.

Desde já agradecemos muito por sua colaboração e solicitamos que o Termo de Consentimento em anexo seja assinado e enviado através de seu filho(a), para a escola.

---

Acadêmica de Psicologia  
Edileuza Ferreira dos Santos  
Matrícula 299043

## APÊNCIDE B

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis pelo adolescente**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

##### **Prevalência de Indicadores de Depressão entre Adolescentes e a Relação com o Nível de Apoio e Suporte Familiar**

Prezado Senhor (a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Seu(sua) filho(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará a possível presença de sintomas de depressão em adolescentes. Ele(a) foi selecionado(a) porque sua escola foi contatada e concordou em participar, e por ter a idade necessária – entre 15 e 19 anos de idade. Sua participação não é obrigatória. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência de indicadores de depressão em adolescentes entre 15 e 19 anos, da população geral, bem como verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.

Para participar deste estudo solicito a colaboração de seu(sua) filho(a) para o preenchimento de uma Ficha de Dados Sociodemográficos e para responder às questões de dois instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Essa atividade será realizada na própria escola, sem prejuízo das atividades escolares. O maior desconforto para seu(sua) filho(a) será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. Se houver algum dano diretamente relacionado à pesquisa, seu(sua) filho(a) poderá ser encaminhado(a) à Clínica de Psicologia da PUC Minas, São Gabriel, para assistência psicológica, ou será indicado um profissional para atendê-lo.

A identidade de seu(sua) filho(a) será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, seu(sua) filho(a) não será identificado(a) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa, uma vez que em nenhum momento ele(a) indicará seu nome ou prestará qualquer informação que possa identificá-lo(a).

A participação de seu(sua) filho(a) neste estudo é muito importante e voluntária. Ele(a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento.

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Maria Beatriz Rios Ricci, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando o contato no seguinte endereço e/ou telefone:  
Nome do pesquisador: Edileuza Ferreira dos Santos

Endereço: Rua Esmeraldas, 208/302, Prado, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 9667-6903

E-mail: edileuzafsantos@gmail.com

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento, antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para retirar meu consentimento do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para que meu(minha) filho(a) participe deste estudo.

\_\_\_\_\_  
**Nome do pai ou responsável pelo adolescente (em letra de forma)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pai ou representante do adolescente**

\_\_\_\_\_  
**Data**

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

\_\_\_\_\_  
**Nome (em letra de forma) e Assinatura do pesquisador**

\_\_\_\_\_  
**Data**

## APÊNCIDE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Prevalência de Indicadores de Depressão entre Adolescentes e a Relação com o Nível de Apoio e Suporte Familiar**

Prezado Senhor (a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará a possível presença de sintomas de depressão em adolescentes. Você foi selecionado porque sua escola foi contatada e concordou em participar, e por ter a idade necessária – entre 15 e 19 anos de idade. Sua participação não é obrigatória. O objetivo do projeto é verificar a prevalência de indicadores de depressão em adolescentes entre 15 e 19 anos, da população geral, bem como verificar a relação entre sintomas depressivos e o nível de apoio e suporte familiar percebido pelos adolescentes.

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração para o preenchimento de uma Ficha de Dados Sociodemográficos e respondendo às questões de dois instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Essa atividade será realizada na própria escola, sem prejuízo das atividades escolares. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. Se houver algum dano diretamente relacionado à pesquisa, você poderá ser encaminhado à Clínica de Psicologia da PUC Minas, São Gabriel, para assistência psicológica, ou será indicado um profissional para atendê-lo.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa, uma vez que em nenhum momento você indicará seu nome ou prestará qualquer informação que possa identificá-lo.

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento.

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Maria Beatriz Rios Ricci, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome do pesquisador: Edileuza Ferreira dos Santos

Endereço: Rua Esmeraldas, 208/302, Prado, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 9667-6903  
E-mail: edileuzafsantos@gmail.com

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento, antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

**Nome do participante (em letra de forma):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura do participante**

\_\_\_\_\_

**Data**

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

\_\_\_\_\_

**Nome (em letra de forma) e Assinatura do pesquisador**

\_\_\_\_\_

**Data**

## APÊNCIDE D

### FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Este questionário faz parte de uma pesquisa científica, sendo utilizado os critérios éticos que foram mencionados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido frente à utilização destes dados. Solicito sua colaboração respondendo correta e francamente os diversos itens, agradecendo-lhe antecipadamente.

Nome da escola em que estuda: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Bairro em que mora:

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Série atual (escolaridade):

Repetiu alguma série?

( ) Não ( ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Qual série? \_\_\_\_\_

Como tem sido, atualmente, seu desempenho na escola?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Já foi suspenso(a) ou expulso(a) da escola? Por quê?

\_\_\_\_\_

Os professores têm queixas a seu respeito?

( ) Não ( ) Sim

Quais são as queixas?

( ) Falta de atenção ( ) Desorganização ( ) Falta de interesse

( ) Não realiza as tarefas escolares ( ) Conduta inadequada: palavrões, brigas ( ) Outras

Desde quando? \_\_\_\_\_

Você tem alguma doença física? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Você tem alguma doença psicológica? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Você faz ou fez tratamento psicológico? ( ) Sim ( ) Não

Você toma algum remédio? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

#### Dados Familiares

Com quem você mora?

( ) Pai Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

( ) Mãe Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

( ) Madrasta/Padrasto Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

( ) Irmãos: Quantos? \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

- ( ) Avô/Avó  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_(Especifique)

Renda Familiar

- ( ) de um a 3 salários mínimos  
 ( ) de 3 a 6 salários mínimos  
 ( ) de 6 a 10 salários mínimos  
 ( ) mais de 10 salários mínimos

Quantas pessoas usufruem desta renda?

- ( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ( ) Mais de cinco

Qual a situação conjugal de seus pais?

- ( ) Casados ( ) Divorciados ( ) Viúvo(a) ( ) outro Citar: \_\_\_\_\_

Você perdeu alguma pessoa próxima no último ano?

- ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Alguém de sua casa perdeu o emprego no último ano?

- ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Você considera que no último ano houve privação financeira em sua vida, interferindo na qualidade de vida habitual de sua família?

- ( ) Sim ( ) Não

Você exerce alguma atividade remunerada: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Houve alguma ruptura de relacionamento amoroso considerado importante por você, e que lhe causou sofrimento. ( ) sim ( ) não Quando? \_\_\_\_\_

Você sofreu alguma frustração considerada importante dentro do seu projeto de vida e que o abalou profundamente no último ano? ( ) sim ( ) não Cite \_\_\_\_\_

Você se considera satisfeito com a sua produção na escola?: ( ) sim ( ) não

Você tem bom relacionamento com os colegas? ( ) sim ( ) não

Você tem bom relacionamento com os professores e funcionários? ( ) sim ( ) não

Você tem acesso e informações adequadas e necessárias sobre prevenção e uso de drogas?

- ( ) sim ( ) não

Você tem acesso e informações adequadas e necessárias sobre educação sexual?

- ( ) sim ( ) não

Como você se sente na maior parte do tempo? (marque quantas alternativas quiser)

- ( ) Feliz ( ) Desanimado ( ) Triste ( ) Irritado ( ) Animado Outro \_\_\_\_\_

Data do preenchimento desta ficha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## APÊNCIDE E

### **Carta de ciência da Clínica-escola do Curso de Psicologia da PUC Minas São Gabriel**

Eu, **Betânia Diniz Gonçalves**, Coordenadora da Clínica-escola do Curso de Psicologia da PUC Minas, Unidade São Gabriel, estou ciente do projeto de pesquisa intitulado **Prevalência de Indicadores de Depressão entre Adolescentes e a Relação com o Nível de Apoio e Suporte Familiar**, de autoria da aluna Edileuza Ferreira dos Santos, regularmente matriculada no referido curso, sob a orientação da professora Liza Fensterseifer, e concordei em oferecer atendimento aos participantes desta pesquisa, que buscarem tal serviço. Este atendimento poderá ocorrer na própria Clínica-escola ou com profissionais indicados e/ou credenciados a este serviço.

---

Coordenadora da Clínica-escola  
Curso de Psicologia  
PUC Minas São Gabriel



**ANEXOS**

## ANEXO A

## BDI -II

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M( ) F( ) Escolaridade: \_\_\_\_\_

**Instruções:**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste.            1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.            2 Estou triste o tempo todo.            3 Estou tão triste ou sou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.            1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.            2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.            3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só tende a piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).            1 Tenho fracassado mais do que deveria.            2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.            3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.            1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.            2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.            3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).            1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.            2 Eu me sinto bastante culpado(a) a maior parte do tempo.            3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).            1 Sinto que posso ser punido(a).            2 Eu acho que serei punido(a).            3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Auto-estima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).            1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).            2 Estou desapontado (a) comigo mesmo(a).            3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.            1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo do que costumava ser.            2 Eu me critico por todos os meus erros.            3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento ou vontade de me matar.            1 Tenho pensamentos de me matar, mas não os executaria.            2 Gostaria de me matar.            3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.            1 Choro mais agora do que costumava chorar.            2 Choro por qualquer coisinha.            3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
---	--

<p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou tenso(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou tenso(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p><b>12. Perda de interesse</b></p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É muito difícil pra mim ter interesse em alguma coisa.</p> <p><b>13. Indecisão</b></p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 É mais difícil para mim tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho problemas para tomar qualquer decisão.</p> <p><b>14. Desvalorização</b></p> <p>0 Não sinto que eu não tenha valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto menos valorizado quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente desvalorizado.</p> <p><b>15. Falta de energia</b></p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>16. Alterações no padrão de sono</b></p> <p>0 Não experimentei nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p><b>17. Irritabilidade</b></p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p> <p><b>18. Alterações de apetite</b></p> <p>0 Não experimentei nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p><b>19. Dificuldade de concentração</b></p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p><b>20. Cansaço ou fadiga</b></p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p><b>21. Perda de interesse por sexo</b></p> <p>0 Não tenho notado nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	--

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total

## ANEXO B

**INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR – IPSF**

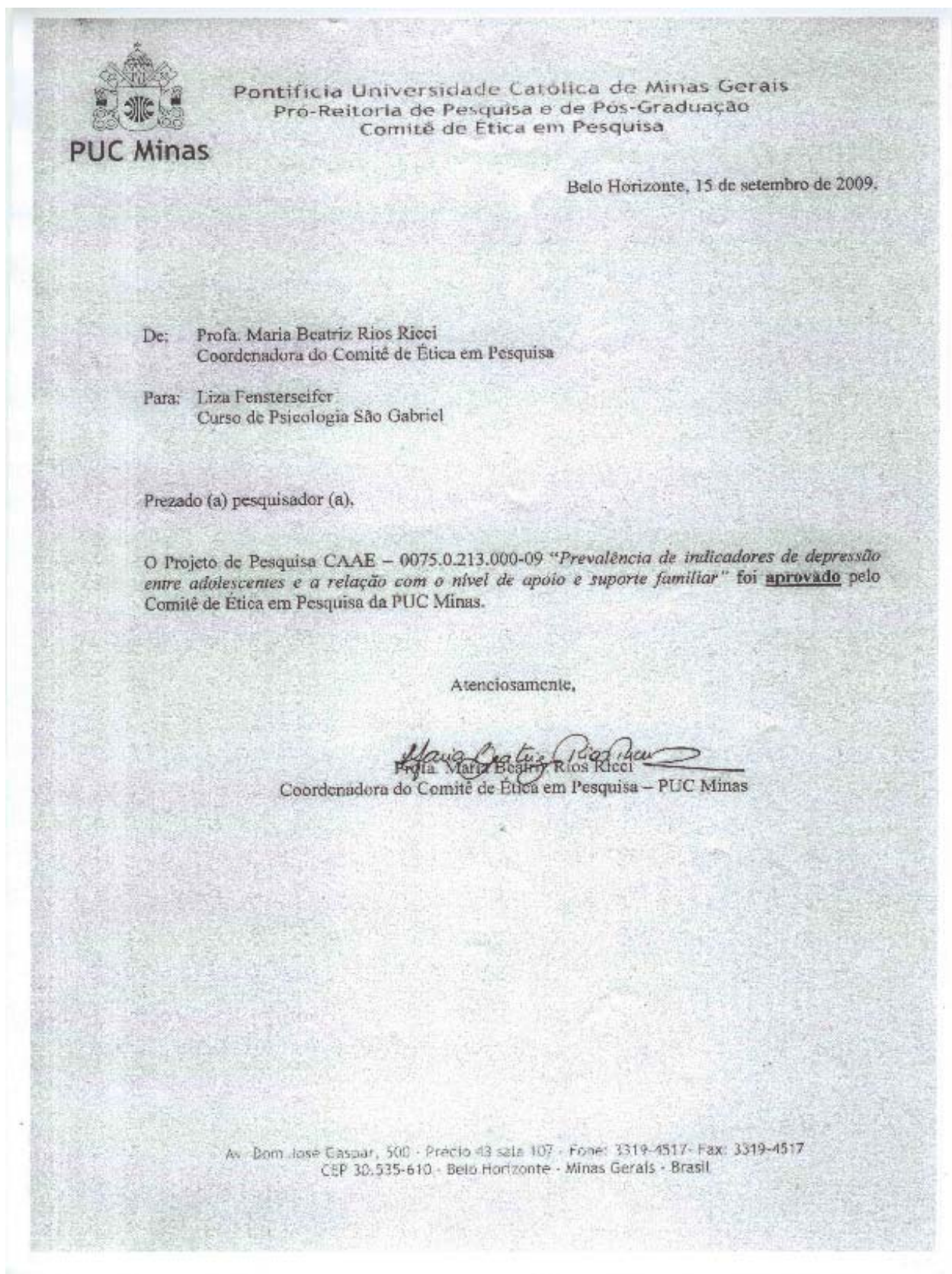
Neste questionário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre a sua compreensão à respeito da percepção sobre suporte ou assistência familiar recebido por você. É necessário por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um **X** a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Nº	Afirmações	“QUASE NUNCA” OU “NUNCA”	“ÀS VEZES”	“QUASE SEMPRE” OU “SEMPRE”
1.	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
2.	As pessoas da minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
3.	Há regras sobre diversas situações na minha família.			
4.	Meus familiares me elogiam.			
5.	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
6.	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens			
7.	Eu sinto raiva da minha família.			
8.	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
9.	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10.	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11.	Minha família discute seus medos e preocupações.			
12.	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13.	Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14.	Meus familiares me deixar sair o tanto quanto quero.			
15.	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16.	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17.	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18.	Em minha família temos privacidade.			

19.	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20.	Há ódio em minha família.			
21.	Eu sinto que minha família não me Compreende			
22.	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração.			
23.	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24.	Os membros de minha família se tocam e se abraçam.			
25.	Minha família me proporciona muito conforto emocional.			
26.	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a).			
27.	Viver com a minha família é desagradável.			
28.	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um.			
29.	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30.	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31.	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32.	Em minha família há competitividade entre os membros.			
33.	Eu sinto vergonha da minha família.			
34.	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35.	Em minha família demonstramos carinho através das palavras.			
36.	Minha família me irrita.			
37.	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38.	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39.	Eu me sinto excluído da família.			
40.	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41.	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42.	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

**Fonte:** BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **PSICO-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, 2005, p. 11-19.

## ANEXO C



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
Pro-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 15 de setembro de 2009.

De: Profa. Maria Beatriz Rios Ricci  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Liza Fensterseifer  
Curso de Psicologia São Gabriel

Prezado (a) pesquisador (a),

O Projeto de Pesquisa CAAE – 0075.0.213.000-09 “Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes e a relação com o nível de apoio e suporte familiar” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

Profa. Maria Beatriz Rios Ricci  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas