

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



**A DEPRESSÃO E O SUPORTE SOCIAL
NA ADOLESCÊNCIA**

Hortense Conceição Gomes Tenda

Porto, 2007

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**A DEPRESSÃO E O SUPORTE SOCIAL
NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade Fernando Pessoa pela mestranda **Hortense Conceição Gomes Tenda** para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de Especialização em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Porto, 2007

RESUMO: O presente estudo de carácter exploratório, transversal, correlacional centra-se sobre a problemática da depressão na adolescência e sua relação com o suporte social. Procurou-se analisar a relação da depressão, com a satisfação, com o suporte social, designadamente com os amigos, à intimidade, à família e as actividades sociais desenvolvidas. Foi avaliado uma amostra constituída por 300 adolescentes, divididos em dois grupos distintos: um grupo de adolescentes com diagnóstico de depressão a receber tratamento no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia ou em consulta privada (Grupo D; $n = 110$); e um grupo de adolescentes representativos da população em geral (Grupo Pg; $n = 190$), a frequentar o ensino secundário em diversas escolas do norte do país; os participantes tinham idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade ($N=300$; $M = 14,8$; $DP = 1,32$). Os adolescentes responderam a um Questionário Sócio-Demográfico, ao Inventário da Depressão de Beck (BDI-II) e à Escala de Satisfação com Suporte Social, após consentimento informado por parte dos seus pais ou responsável legal. Os dados clínicos foram recolhidos através dos seus processos médicos. A análise dos dados permitiu constatar que: a presença de sintomas depressivos é mais frequente no sexo feminino do que no sexo masculino; existe uma relação negativa entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva; quanto à situação conjugal dos pais, verificou-se que os adolescentes com depressão possuíam mais frequentemente (32,7%) do que o grupo da população em geral (17,4%) a situação de “pai e mãe a viver separados”. Observou-se, ainda, que existe uma relação positiva entre as dimensões cognitiva, afectiva e somática e os quatro domínios do suporte social (família, intimidade, amizade e actividades sociais), com excepção das actividades sociais, cuja relação é negativa. Para além disso, os adolescentes do Grupo D apresentaram uma menor satisfação comparativamente com o Grupo Pg, em relação às sub-escalas da amizade, intimidade, família e actividades sociais, apresentando mais sintomas depressivos, pois os adolescentes do Grupo D apresentaram mais sintomas depressivos na dimensão cognitiva ($M = 6,70$; $DP = 2,94$) ($t(145,46)=19,88$; $p<0,01$), na dimensão afectiva apresenta ($M = 9,10$; $DP = 4,21$) ($t(121,66)=20,64$; $p<0,01$) e na dimensão somática apresenta ($M = 9,46$; $DP = 3,80$) ($t(161,73)=19,71$; $p<0,01$) do que os adolescentes do Grupo Pg.

Em conclusão, o suporte social é uma importante variável psicossocial que deve ser tida em conta quando da avaliação de adolescentes deprimidos e respectivos programas de intervenção direccionados para esta população.

ABSTRACT

This exploratory, transversal and correlational study focuses on the depressive problematic in adolescence and its relation with social support. We tried to analyze the relationship between depression and the satisfaction with friends, intimacy, family and social activities. We studied 300 adolescents divided in two different populations: a group of adolescents with depression being treated by the Department of Pedopsychiatry of the Hospital Maria Pia or on private clinics (Group D, $n = 110$); a group of adolescents from general population (Group Gp, $n = 190$) – these are students in Northern Portugal. Participants were aged between 12 and 17 ($N = 300$; $M = 14,8$; $SD = 1,32$). The adolescents answered to a socio-demographic questionnaire, to the Beck Depression Inventory (BDI-II) and to a Scale of Social Support Satisfaction, after informed consent from of their parents (or legal representative). Clinical data were collected from their medical files. Results lead to some assumptions: the presence of depressive symptoms is more frequent in females; there exists a negative relation between the number of brothers and the presence of depressive symptoms; about the marital status of their parents, it was observed that the depressed adolescents with presented more frequently (32,7%) parents living separated than the general population sample (17,4%). Results, also, suggest that there is a positive relation between the cognitive, affective and somatic dimensions and the four social support domains (family, intimacy and friendship), and a negative relation between those dimensions social activities. Furthermore, the adolescents from Group D showed less social support satisfaction, comparatively with Group Gp, regarding friendship, intimacy, family and social activities sub-scales, presenting more depressive symptoms. In fact, adolescents from Group D report more depressive symptoms in the cognitive dimension ($M = 6.70$; $SD = 2.94$; $t(145.46) = 19.88$; $p < 0.01$), in the affective dimension ($M = 9.10$; $SD = 4.21$; $t(121.66) = 20.64$; $p < 0.01$) and in the somatic dimension ($M = 9.46$; $SD = 3.80$; $t(161.73) = 19.71$; $p < 0.01$) than adolescents from Group Gp.

In conclusion, social support, revealed to be an important psychosocial variable witch should be taken in account when assessing depressed adolescents and conceiving intervention programmes for this population.

RÉSUMÉ:Le présent étude de caractère explorateur, transversal, corrélatif se centre sur la problématique de la dépression dans l'adolescence et dans sa relation avec le soutien social. Il s'est cherché analyser la relation de la dépression avec la satisfaction et le soutien social nommément avec les amis, l'intimité, la famille et les activités sociales développées). Il a été évalué une essai constituée par 300 adolescents, divisée en deux groupes distinctes: un groupe d'adolescents avec de la dépression à recevoir traitement dans le DEPARTMENT DE PEDOPSIQUIATRIA de l'hôpital MARIA PIA ou dans des consultations privées (Groupe D; $n = 110$); et un groupe d'adolescents représentatifs de la population en général (Groupe Pg; $n = 190$), à fréquenter l'enseignement secondaire en divers écoles du Nord du Pays. Les participants ont été des âges entre 12 et 17 années ($N = 300$; $M = 14,8$; $DP = 1,32$). Les adolescents ont répondu à un Questionnaire Socio - Démographique, à un L'Inventaire de la Dépression de Beck (BDI-II) et à L'Escale de Satisfaction avec Soutien Social, après de consentement informé par ses parents ou responsables légaux. Les informations cliniques ont été recueillies à travers de ces procès médicaux. L'analyse des informations ont permis vérifier que: la présence de symptômes dépressifs est plus fréquent dans le sexe féminin plus que dans le sexe masculin; il existe une relation négative entre la quantité de frères et la symptomatologie dépressive; par rapport à la situation conjugal des parents, il s'est vérifié que les adolescents avec la dépression ont plus fréquemment (32,7%) que le groupe de la population en général (17,4%) la situation de père et mère à vivre "partagés". Il s'est observé encore une relation positive entre les dimensions cognitive, affective et somatique et les quatre composants du soutien social (la famille, l'intimité, l'amitié et les activités sociales), sauf les activités sociales, avec une corrélation négative. En outre, les adolescents du Groupe D ont présentés moins satisfaction en comparaison avec le Groupe Pg, en relation à les sous-écales de l'amitié, de l'intimité, de la famille et des activités sociales, qui ont présentées plus symptômes dépressifs, alors, les adolescents du Groupe D ont présentés plus symptômes dépressifs dans la dimension cognitive ($M = 6,70$; $DP = 2,94$) ($t(145,46) = 19,88$; $p < 0,01$), dans la dimension affective ($M = 9,10$; $DP = 4,21$) ($t(121,66) = 20,64$; $p < 0,01$) et dans la dimension somatique présentées ($M = 9,46$; $DP = 3,80$) ($t(161,73) = 19,71$; $p < 0,01$) que les adolescents du Groupe Pg. Bref, le soutien social se révèle être un important variable psychosocial qui doit être considéré lorsque l'évaluation des adolescents déprimés et des programmes d'intervention dirigés, respectivement, pour cette population.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre me proporcionaram ao longo de toda a minha vida... pela educação, valores e princípios que sempre me inculcaram e que eu tanto valorizo...

O meu agradecimento, a minha orientadora Doutora Isabel Silva pelos seus ensinamentos, dedicação, disponibilidade, paciência, exigência e compreensão que sempre me dirigiu, para além de um ouvir atento e preocupado ...

À equipa multidisciplinar do serviço de Pedopsiquiatria do Departamento do Hospital Especializado em Crianças Maria Pia, onde exerço funções, e em especial ao Enfermeiro José Carlos Baltazar, agradeço todo o apoio, carinho, compreensão e amizade pelo percurso académico e pessoal em que me encontro.

Às escolas de Gil Vicente; Escola Miguel Torga; Escola Rodrigues de Freitas; Escola dos Aregos.

Ao meu grande amigo Rui Silva que sempre esteve presente em todos os momentos difíceis e quando o desânimo, a nostalgia, o desespero, o nervosismo, a ansiedade perduravam...ele tinha sempre uma palavra amiga confortante para me acalmar...e ajudar neste árduo percurso académico...

E a todos aqueles que directa ou indirectamente estiveram envolvidos na elaboração nesta Tese de Dissertação de Mestrado...

A todos eles meu muito Obrigado!!!

ÍNDICE GERAL

RESUMO	I
ABSTRACT	II
RÉSUMÉ	III
AGRADECIMENTOS	IV
ÍNDICE GERAL	V
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	2
CAPÍTULO I- ADOLESCÊNCIA	3
1 - ADOLESCÊNCIA	4
1.1 - O DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA	5
1.1.1 - Teorias Psicanalíticas do processo da adolescência	10
1.1.2 - Erik Erikson e a Crise de Identidade	11
1.1.3 - Teoria Cognitiva de Piaget	17
1.1.4 - Desenvolvimento físico	19
1.3.4.1 - Efeitos psicológicos das transformações físicas ocorridas na puberdade	23
1.1.6 - Desenvolvimento Moral do Adolescente	23
1.1.7 - Desenvolvimento Emocional e Psicológico no Adolescente	26
1.1.8 - Desenvolvimento social do Adolescente	28
1.1.8.1 - Relação com os pais	28
1.1.8.2 - Grupo de pares	38
CAPÍTULO II- DEPRESSÃO	38
2 - DEPRESSÃO	39
2.1 - Definição de depressão	39
2.2 - Prevalência da depressão relativamente à cultura, idade e sexo	41
2.3 - Factores de risco	42
2.4 - Causas e curso da depressão	45

2.5 - Depressão na Adolescência -----	48
2.6 - Critérios de diagnóstico e Sintomas de depressão-----	51
2.7 - Tipos de Depressão-----	56
2.8 - Meios de exame diagnóstico-----	59
2.9 - O suicídio na Adolescência-----	60
2.11 - PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE A DEPRESSÃO-----	69
2.11.1 - Modelo Cognitivo-----	69
2.11.2 - Modelo do Desânimo Aprendido-----	72
2.11.3 - A Teoria de Auto - Eficácia-----	73
CAPÍTULO III – SUPORTE SOCIAL-----	76
3 – SUPORTE SOCIAL-----	77
3.1 - Tipos de Suporte Social e suas Funções-----	80
3.2 - Efeitos positivos e efeitos negativos do Suporte Social-----	87
3.3 - A relação entre o suporte social e a depressão nos adolescentes-----	90
3.3.1 - O papel da família-----	90
3.3.2 - O papel do grupo de pares-----	93
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO-----	95
CAPÍTULO IV- ESTUDO EMPIRICO-----	98
4.1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO-----	99
4.2 - HIPÓTESES-----	99
4.3 - PARTICIPANTES-----	100
4.4 - MATERIAL-----	100
4.4.1 - Questionário Sócio-Demográfico-----	101
4.4.2 - Inventário de Depressão de Beck II (BDI – II)-----	101
4.4.3 - Escala de Satisfação com Suporte Social-----	103
4.5 - PROCEDIMENTO-----	104
4.5.1 - Procedimento estatístico -----	106
4.6 - RESULTADOS-----	107
4.8 - DISCUSSÃO-----	132
4.9 – CONCLUSÃO-----	140
BIBLIOGRAFIA-----	142
ANEXOS-----	159

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

APA – American Psychiatry Association

BDI-II – Inventário da Depressão de Beck II

DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – IV – Texto Revisto.

ESSS – Escala de Satisfação com Suporte Social

EEG – Electroencefalograma

EUA – Estados Unidos da América

Grupo D – Grupo com depressão

Grupo Pg – Grupo da População em Geral

HMP – Hospital Maria Pia

ICD-10 - Classificação Internacional das Doenças

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Questionário Sócio-Demográfico administrado no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Crianças Maria Pia-----	160
Anexo 2 - Questionário Sócio-Demográfico administrado na Escola Secundária de Miguel Torga (Bragança), Escola Secundária 2,3 de Gil Vicente (Guimarães), Escola Sencundária de Rodrigues de Freitas (Porto) e Escola Secundária de Aregos (Chaves)-----	162
Anexo 3 - BDI-II-----	164
Anexo 4 - Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)-----	168
Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	170
Anexo 6 - Pedido para Aplicação de questionários: Comissão de Ética do Hospital Maria Pia (Grupo D)-----	172
Anexo 7 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola Gil Vicente – Guimarães (Grupo Pg)-----	178
Anexo 8 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola Miguel Torga - Bragança (Grupo Pg)-----	180
Anexo 9 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola Rodrigues de Freitas – Porto (Grupo Pg)-----	182
Anexo 10 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola dos Aregos – Chaves (Grupo Pg)-----	184

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos participantes da amostra total por Sexo ($N = 300$) -----	
-----	107
Gráfico 2: Distribuição dos adolescentes com depressão por sexo (Grupo D) ($n = 110$)---	
-----	108
Gráfico 3: Distribuição dos adolescentes da população em geral por sexo (Grupo Pg)	
($n = 190$)-----	108

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: As oito etapas da vida segundo Erikson (Adaptado de Claes, 1990, p.155)-----	13
Quadro 2: Transformações físicas nos rapazes e nas raparigas-----	21
Quadro 3: Critérios de diagnóstico para Episódio Depressivo Major, episódio único-----	55
Quadro 4: Sintomas da Depressão-----	56
Quadro 5: Suporte social ao longo do ciclo da vida-----	86
Quadro 6: Agregado familiar do Grupo D ($n = 110$)-----	110
Quadro 7: Agregado familiar dos adolescentes da população em geral ($n = 190$)-----	110
Quadro 8: Número de irmãos para ambos os grupos-----	111
Quadro 9: Escolaridade dos pais para $N = 300$; $n = 110$; $n = 190$ -----	112
Quadro 10: Situação conjugal dos pais dos adolescentes com depressão ($n = 110$)-----	112
Quadro 11: Situação conjugal dos pais dos adolescentes sem depressão ($n = 190$)-----	113
Quadro 12: Situação laboral do pai dos adolescentes do Grupo D-----	113
Quadro 13: Situação laboral do pai dos adolescentes do Grupo Pg-----	113
Quadro 14: Situação laboral das mães dos adolescentes do Grupo D-----	114
Quadro 15: Situação laboral das mães dos adolescentes do Grupo Pg-----	115
Quadro 16: Resultados das dimensões cognitiva; afectiva e somática do BDI-II relativa aos dois grupos-----	115
Quadro 17: Pontos de corte propostos por Beck para os adolescentes da população em geral-----	116
Quadro 18: Pontos de corte propostos por Beck para os adolescentes com depressão-----	116
Quadro 19: O suporte social total nos adolescentes do Grupo D e do Grupo Pg-----	117
Quadro 20: Resultados da ESSS para a sub-escala da amizade, intimidade, família e actividades sociais relativa aos dois grupos (Grupo D e Grupo Pg)-----	118
Quadro 21: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da amizade da ESSS nos adolescentes do Grupo D ($n = 110$)-----	119

Quadro 22: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da intimidade da ESSS nos adolescentes do Grupo D (<i>n</i> =110)-----	120
Quadro 23: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da família da ESSS nos adolescentes do Grupo D (<i>n</i> =110)-----	121
Quadro 24: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala das actividades sociais da ESSS nos adolescentes com Grupo D (<i>n</i> =110)-----	122
Quadro 25: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da amizade da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg (<i>n</i> =190)-----	123
Quadro 26: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da intimidade da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg (<i>n</i> =190)-----	124
Quadro 27: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da família da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg (<i>n</i> =190)-----	125
Quadro 28: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala das actividades sociais da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg (<i>n</i> =190)-----	126
Quadro 29: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para os participantes globalmente considerados-----	127
Quadro 30: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para o Grupo D-----	128
Quadro 31: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para o Grupo Pg-----	129
Quadro 32: Diferenças entre os dois sexos quanto aos sintomas depressivos (Totalidade dos participantes <i>N</i> = 300)-----	130
Quadro 33: Relação entre sintomatologia depressiva e número de irmãos-----	130
Quadro 34: Sintomatologia depressiva e situação conjugal dos pais para a amostra total-----	131

ÍNDICE DE FIGURAS

FIG. 1: O Modelo Cognitivo (Adaptado de Beck, 1997)-----71

INTRODUÇÃO

A depressão na adolescência é considerada uma problemática cada vez mais frequente nas sociedades actuais, para a qual os investigadores tentam obter explicações e respostas (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003).

Segundo Landman-Peeters *et al.* (2005), a prevalência da depressão encontra-se frequentemente relacionada com o nível de suporte social. Os adolescentes encontram-se numa fase crítica do seu desenvolvimento e a relação com os outros apresenta-se como potencialmente problemática.

A perturbação depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Pinto, 2003).

De acordo com Marcelli (2002), a fase da adolescência apresenta-se crítica dada a vulnerabilidade do adolescente perante as transformações físicas e psíquicas sentidas, podendo conduzir à depressão. Este autor refere que os adolescentes deprimidos, geralmente descrevem a sua disposição como deprimida, angustiada, irritável e ansiosa. O deprimido descreve a sua situação como uma perda de interesse ou de prazer nas actividades de que mais gostava, como por exemplo: sair com os amigos, ir ao cinema ou cuidar da sua imagem. No entanto, alguns indivíduos com depressão tendem a esconder a sua tristeza uma vez que consideram pouco digno senti-la sem causa aparente. Frequentemente, têm tendência para chorar e para se isolar (Marcelli, 2002).

Numerosas investigações no domínio da depressão têm tido como alvo esta faixa etária. Muitos investigadores têm vindo a desenvolver instrumentos e técnicas de avaliação para um melhor entendimento deste fenómeno social (Coelho & Martins, 2002).

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes principais que, por sua vez, se encontram divididas em quatro capítulos: revisão da literatura, em que no primeiro capítulo se retrata a adolescência e o desenvolvimento do adolescente em vários contextos; o segundo capítulo centra-se na depressão, seus sintomas, tipos, diagnóstico e diferentes perspectivas; o terceiro capítulo, que se debruça sobre o suporte social; por último, é apresentado o estudo empírico, em que se procura explorar esta problemática, sugerindo-se algumas orientações para a prática.

PARTE I

CAPÍTULO I - ADOLESCÊNCIA

1 – ADOLESCÊNCIA

No presente estudo, adoptamos o conceito de adolescência proposto por Daniel Sampaio, que a define como uma: “etapa do desenvolvimento, ocorrendo desde a puberdade à idade adulta, ou seja desde a altura em que alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida” (Sampaio, 1993, p. 51).

A palavra adolescência deriva directamente da raiz latina *adolescencia* e do conceito *adolescere* que significa crescer até à maturidade. Desta forma, a adolescência é uma passagem da infância à vida adulta, constituindo-se num período do ciclo vital individual impregnado de profundas modificações fisiológicas, pulsionais e intrapsíquicas, e que se reflete nas relações que o jovem estabelece com a sociedade (Sprinthall & Collins, 2003).

É difícil identificar com exactidão qual o período que corresponde à adolescência, pois não há consenso quanto ao intervalo de idade em que esta ocorre. Dada esta dificuldade, pode-se definir como já não sendo a fase infantil e como ocorrendo antes da fase adulta (Braconnier & Marcelli, 2005).

Na Idade Média, as crianças e os adolescentes eram considerados adultos em miniatura, sendo educados segundo uma disciplina rigorosa. Só no século XVIII, o filósofo francês Jean-Jacques Rousseau sugeriu que uma criança ou um adolescente é diferente de um adulto, restaurando o exemplo de Platão (Santrock, 2004).

Segundo Rousseau, a curiosidade devia ser estimulada em adolescentes entre os 12 e 15 anos de idade. Este filósofo acreditava também que, dos 15 aos 20 anos de idade, o adolescente amadurece emocionalmente e torna-se mais sociável (Santrock, 2004). No entanto, o período histórico mais importante na definição do conceito de adolescência foi o final do século XIX e início do século XX. Hall (1904, *cit. in* Santrock, 2004) publicou o seu livro sobre a adolescência, que representa um marco importante na compreensão desta. Neste livro, afirmou que os adolescentes podem parecer passivos, mas na realidade estão a viver grandes conflitos interiores (Santrock, 2004).

1.1 – O DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência caracteriza-se por ser um período do ciclo vital marcado pelo conceito de desenvolvimento, dado que os conceitos de mudança e transformação são dominantes nesta fase. O corpo humano irá sofrer transformações que influenciarão sucessivamente a vida biológica, mental e social (Santrock, 2004).

Segundo Claes (1990, p. 51),

o corpo modifica-se quando surge a puberdade, o pensamento também muda e torna-se objecto de transformações quantitativas e qualitativas, a vida social evolui pelo duplo movimento de emancipação da tutela parental e de adopção de novas relações com os pares, por fim a representação de si, passa a relacionar-se com uma nova subjectividade que vai exprimir no seio de identidade, fruto das transformações sexuais, cognitivas e sociais.

As transformações da adolescência consistem na concretização de tarefas desenvolvimentais, que permitem definir diversos estádios, sendo necessária a conclusão de um certo número de tarefas para se passar ao estágio seguinte (Santrock, 2004).

O desenvolvimento do adolescente é dominado por processos biológicos, cognitivos e socioemocionais que se encontram interligados. Os processos biológicos correspondem às alterações físicas; os processos cognitivos dizem respeito às alterações na forma de pensar e na inteligência; e os processos sociemocionais compreendem alterações no relacionamento com os outros, na personalidade e nos aspectos sociais em geral (Strecht, 2005).

Sampaio (1996) identifica diferentes momentos nesse desenvolvimento: o início da adolescência corresponde ao surgimento do início da transição da puberdade – entre os 11 – 13 anos. A fase intermédia da adolescência (núcleo) surge quando o adolescente tende a juntar-se a grupos de pares e a revelar uma maior independência e autonomia em relação aos seus pais, situando-se entre os 14 e os 16 anos. O término da adolescência corresponde, segundo o mesmo autor, aos 17-18 anos.

Santrock (2004) refere que a adolescência pode ser descrita em termos de período inicial e período posterior. A adolescência inicial ou puberdade corresponde ao período situado entre os 10 e os 13 anos de idade, enquanto a adolescência posterior corresponde ao período situado entre os 14-18 anos de idade, período em que, segundo

este autor, surgem outros interesses, como, por exemplo, o interesse pela carreira, pelo namoro e pela exploração da identidade.

Actualmente, parece ser consensual considerar que a mudança não termina com a adolescência. O desenvolvimento é um processo vitalício, portanto, como a adolescência é parte do curso da vida, esta não é um período isolado do desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

A estrutura mental de um adolescente é mais sofisticada do que a de uma criança. Existe cada vez mais interesse em investigar a forma de tomada de decisão dos adolescentes de modo a poder ajudá-los a se adaptarem mais eficazmente e ainda a pensar de maneira crítica e profunda sobre problemas e questões (Cole & Cole, 2004).

A família, o grupo de pares, a escola e os contextos culturais, são particularmente importantes para o equilíbrio do adolescente (Santrock, 2004).

A família representa uma poderosa influência sobre o desenvolvimento do adolescente. Actualmente, vários aspectos da vida familiar, como o conflito, o afecto e o divórcio para determinar de que forma estes afectam os comportamentos e atitudes dos adolescentes (Santrock, 2004).

Assim como a família, o grupo de pares tem um papel preponderante na vida do adolescente. A relação com o grupo de pares (ser isolado, rejeitado ou popular) com amigos, colegas e relacionamentos amorosos podem influenciar o desenvolvimento do adolescente (Santrock, 2004).

Também a cultura em que o adolescente está inserido representa um importante factor de desenvolvimento. Sendo a adolescência uma procura incessante de identidade, factores contextuais promovem essa procura (Santrock, 2004).

O desenvolvimento social e da personalidade, como o “eu” e a identidade, o género, a sexualidade, o desenvolvimento moral e a realização representam aspectos importantes na vida dos adolescentes (Calvert, 1999; Murray, 2000).

Uma vasta área de estudo tenta compreender como os contextos influenciam o desenvolvimento do género e o papel da sexualidade. Esta afirma-se como sendo um aspecto fundamental de desenvolvimento. Contudo, podem existir, nesta fase, conflitos internos quanto à sua orientação sexual, por vezes, a estados depressivos (Santrock, 2004).

Um outro aspecto importante no desenvolvimento dos adolescentes é o seu aperfeiçoamento moral. Enquanto, na infância, todos os valores morais e religiosos eram impostos pelos pais, agora os adolescentes questionam-se sobre a validade de tais

valores, levando ao abandono ou reforço das convicções anteriormente impostas (Santrock, 2004).

Na adolescência, os aspectos relacionados com a carreira e a realização tornam-se assuntos mais presentes. A motivação interior, o planeamento e a fixação de objectivos apresentam-se como factores motivadores para a sua realização pessoal (Craig & Baucum, 2002).

Neste período ocorrem também alterações complexas resultantes da mudança do corpo de criança para adulto, das relações com os outros e do cada vez maior grau de independência (Santrock, 2004).

Laufer (2000) sintetiza os vários anos da adolescência em três núcleos de tarefas: alteração da relação com os pais; alteração da relação com os companheiros; formação da identidade sexual.

Em suma, estas tarefas traduzem-se por um progressivo abandono do adolescente em relação às decisões parentais, aumentando progressivamente a sua autonomia e independência. Diminuindo a dependência afectiva do adolescente face aos pais, este modifica a relação com os pares, passando a identificar-se com o grupo. A identidade sexual definida é atingida no final da adolescência, sendo simultânea à formação do carácter (Craig & Baucum, 2002). A adolescência é, assim, marcada por alterações do desenvolvimento como: alterações do corpo, do pensamento, da vida social e a representação de si.

Segundo DeHart, Sroufe e Cooper (2000), estas transformações acompanham-se pelas seguintes tarefas desenvolvimentais:

1 - Desenvolvimento pubertário:

Durante esta fase, que dura em média quatro anos, o corpo vai sofrer modificações sexuais. Estas transformações são acompanhadas por duas tarefas desenvolvimentais principais: a necessidade de construir a imagem corporal sexuada e de assumir a identidade de género e alcançar progressivamente a sexualidade genital adulta, que se caracteriza pela descoberta do erotismo com o outro, conjugando dois desejos complementares.

2 - Desenvolvimento cognitivo:

O pensamento do adolescente vai sofrendo alterações quantitativas e qualitativas. Este processo evolutivo caracteriza-se por dois objectivos: o aumento das capacidades de abstracção e o alargamento das perspectivas temporais.

3 - Modificações da socialização:

A adolescência é marcada por importantes alterações ao nível das relações sociais e dos agentes de socialização. Esta alteração ocorre simultaneamente com as seguintes tarefas desenvolvimentais: libertação da tutela parental, e substituição gradual do grupo de pares como agente de socialização.

4 - Construção da identidade:

No decorrer da adolescência, o jovem vai adquirindo uma nova subjectividade que irá alterar a representação de si próprio e do outro. Este processo de construção de identidade psicossocial é constituída por três tarefas de desenvolvimento: a aquisição de uma continuidade temporal do Eu, que vai assumindo o passado da infância e possui as capacidades de projectar o futuro; a progressiva definição de um Eu que se distancia das figuras parentais; aparecimento e solidificação de projectos futuros quanto às opções profissional, sexual e ideológica.

A adolescência pode caracterizar-se por transformações progressivas e serenas ou, então, por mudanças mais bruscas, ou seja, nem todos os adolescentes vivem este período de uma forma igual, sucedendo frequentemente períodos de conflito seguidos de longos períodos de tranquilidade. No entanto, não devemos considerar o conflito como característica única da adolescência, pois tudo depende do meio onde o adolescente cresce (Castro, Novo, Garrido, Pires & Mouro, 2003).

Assim, devido à grande heterogeneidade do período da adolescência, Graber e Brooks-Gunn (1996) chamam a atenção para que um estudo adequado de qualquer variável na adolescência deva conhecer e compreender a constelação de acontecimentos que definem esta fase e que se traduzem como características definidoras do desenvolvimento do adolescente.

Para Boisvert (2006), a designação mais apropriada para uma caracterização da adolescência será a “mudança”. De facto, algumas das mais complexas modificações ocorrem na adolescência, à medida que o corpo muda de criança para adulto, as relações com os outros adquirem novos significados e níveis de complexidade e o jovem se torna cada vez mais independente e autónomo. Estas mudanças acabam por ser interdependentes, ou seja, uma mudança no desenvolvimento cognitivo relaciona-se reciprocamente com as mudanças desenvolvimentais noutros domínios, como a relação com os pais ou o funcionamento social com os pares.

Assim, caracterizar a adolescência significa conhecer as mudanças que ocorrem nas várias áreas do seu desenvolvimento: biológico, psicológico, social, etc. Significa,

também, considerar as influências potencialmente interrelacionáveis destas áreas em mudança.

Por outro lado, a vivência do período da adolescência não é linear. Segundo Cole e Cole (2004) as etapas e os êxitos da vida mental que definem as diferentes fases do processo não são qualitativamente homogêneas e têm direções muitas vezes contraditórias. É o duplo movimento de renúncia da infância e de procura do estatuto de maturidade que constitui a chamada “crise” da adolescência, um período de desequilíbrio e de rápidas mudanças (Cole & Cole, 2004).

As mudanças que são características desta fase de transição podem ser abordadas de modos muito diferentes. Uma das abordagens que se tem vindo afirmar pela sua importante contribuição na explicação da adolescência é o modelo desenvolvimental.

Na perspectiva desenvolvimental, é dada ênfase ao processo de crescimento/desenvolvimento global e à aquisição de determinados comportamentos, atitudes ou papéis segundo tarefas desenvolvimentais (Craig & Baucum, 2002). As tarefas do desenvolvimento constituem-se num conjunto de situações ou objectivos, cujo domínio tende a estruturar as mudanças e por conseguinte a transição para novas tarefas (Dessen & Junior, 2005).

Cada tarefa diz respeito a um desafio, a um problema ou a uma situação de adaptação trazida por uma mudança nesta fase da vida. Estas tarefas são muitas e variadas e tanto podem incluir situações aparentemente banais (por exemplo, ir sozinho para a escola), como outro tipo de situações mais complexas (por exemplo, fazer uma escolha vocacional). Algumas tarefas surgem apenas pontualmente num dado momento do desenvolvimento do jovem (por exemplo, entrar numa nova escola), outras são mais duradouras e colocam exigências mais prolongadas (por exemplo, envolvimento numa relação íntima) (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Todas estas mudanças vão exigir uma adaptação por parte do adolescente que as vive. Nesta perspectiva, adaptação significa que o jovem deve ser capaz de aprender ou modificar comportamentos, atitudes, cognições e emoções, como resposta às exigências desenvolvimentais e ambientais a que determinadas tarefas estão associadas (Gerrig & Zimbardo, 2005).

O “sucesso” da progressão desenvolvimental depende de conseguir dominar ou atingir, gradualmente, as tarefas típicas das várias fases de desenvolvimento. Segundo Cole e Cole (2004), conseguir dominar eficazmente as tarefas duma determinada fase, (por exemplo, do início da adolescência), aumenta a probabilidade de sucesso em

tarefas posteriores, nomeadamente, no final da adolescência. Não o conseguir, pode contribuir para maiores dificuldades em fases posteriores da vida (Cole & Cole, 2004).

Dada a relevância das tarefas desenvolvimentais ligadas às modificações desta etapa e a possibilidade da sua associação a alterações no equilíbrio psicológico do adolescente, parece ser importante caracterizar estas tarefas, na medida em que elas moldam e definem as experiências dos adolescentes (Boisvert, 2006).

Distintas são as teorias desenvolvidas com a intenção de explicar o desenvolvimento do adolescente, entre as quais destacamos: a) Teoria Psicanalítica; b) Teoria Cognitiva; c) Teoria Comportamental; d) Teoria da Aprendizagem Social e Ecológica.

1.1.1 – Teorias Psicanalíticas do processo da adolescência

Segundo a corrente psicanalítica, o desenvolvimento é inconsciente. O comportamento é descrito como sendo apenas uma característica superficial pelo que, para compreendermos de facto a adolescência, terão de ser analisados os significados simbólicos do comportamento e o funcionamento interior profundo da mente (Fleming, 1992).

Para Freud (1917), a tensão e o conflito são constantes na vida do adolescente. Numa tentativa de redução da tensão, os adolescentes recalcam informações no seu inconsciente.

Freud (1917) considera que podemos ter uma grande percepção sobre o desenvolvimento do adolescente através da análise dos mecanismos de defesa. O recalçamento apresenta-se como um mecanismo de defesa poderoso e constante, que pressiona os impulsos inaceitáveis do *Id* para fora da consciência, de volta ao inconsciente. O objectivo de cada um dos mecanismos de defesa é reprimir ou remover da consciência impulsos ameaçadores. Blos (1985) refere que o recalçamento na adolescência não é na verdade um processo defensivo, mas antes um aspecto integral, normal, inevitável e universal da adolescência.

Estes mecanismos de defesa são inconscientes e, quando usados com moderação, não são, considerados prejudiciais. No entanto, o adolescente não deve deixar que estes mecanismos de defesa dominem o seu comportamento, impedindo-o de enfrentar a realidade (Freud, 1917).

Freud (1917) afirmava que o indivíduo passa por cinco fases de desenvolvimento psicosssexual. Em cada uma destas fases experimenta prazer numa parte do corpo mais do que outras. A fase oral é o primeiro estágio de desenvolvimento, seguindo-se a fase anal e depois a fase fálica. A fase de latência constitui o quarto estágio, a que se segue a fase genital. Esta última fase representa um despertar para a sexualidade. Alguém fora do meio familiar torna-se agora a fonte do prazer sexual. Os conflitos não resolvidos com os pais reaparecem durante a adolescência. Quando resolvidos, o indivíduo torna-se capaz de desenvolver relacionamentos amorosos maduros e levar uma vida independente como adulto (Blos, 1985).

Por sua vez, Blos (1985) divide a adolescência em cinco fases de desenvolvimento:

1ª – Pré-adolescência – caracterizada pela resolução da fixação à mãe fálica, activa, pré-edipiana. O jovem, ao libertar-se da mãe, identifica-se temporariamente com a imagem activa da mesma.

2ª - Adolescência precoce – ocorre com as tendências bissexuais, estabelecendo-se a polaridade dos princípios activo e passivo. Os instintos parciais fundem-se e a genitalidade obtém a primazia.

3ª - Adolescência propriamente dita – opera-se o desinvestimento dos pais interiorizados, o que vai permitir ao indivíduo a escolha do objecto heterossexual.

4ª - Adolescência tardia – caracterizada pela realização de uma identidade do Eu através de tarefas dessexualizadas, do amor e da sublimação, ou seja, procura de uma forma personalizada de vida.

5ª – Pós-Adolescência – termina o crescimento da personalidade do adolescente, correspondente à formação do carácter.

1.1.2 – Erik Erikson e a Crise de Identidade

Erik Erikson foi o pioneiro no estudo da formação da identidade. Os seus estudos tiveram inspiração na visão freudiana de desenvolvimento da personalidade.

Em contraste com os estádios psicosssexuais de Freud, Erikson (1968) considera que nos desenvolvemos em estádios psicossociais e que o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida, em oposição aos primeiros anos de vida.

Erikson defendia que o desenvolvimento do indivíduo, inserido num contexto social, ocorre na interacção com os pais, a família, a escola e a sociedade.

Este autor identifica oito estádios de desenvolvimento, que se desenrolam à medida que progredimos na vida. Cada um desses estádios coloca as pessoas diante de uma crise, que deve ser enfrentada. A crise não é considerada como catástrofe, mas sim um momento decisivo de elevada vulnerabilidade, sendo que, quanto maior o sucesso de resolução das crises, maior será a auto-confiança do indivíduo (Erikson, 1968).

O primeiro estágio psicossocial proposto por Erikson (1968) consiste na Confiança *versus* Desconfiança – localizada no período oral; o segundo pelo estágio Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida – localizada no período anal. Em terceiro lugar, surge a Iniciativa *versus* Culpa – integrada nas fases genital e edipiana e, seguidamente, a Aplicação *versus* Inferioridade – correspondente à latência. O quinto estágio de desenvolvimento é o da Identidade *versus* Difusão da Identidade correspondendo aos anos da adolescência. Durante este estágio, os adolescentes confrontam-se com a descoberta de quem são, o que são e para onde vão, deparando-se também com a aquisição de novos papéis para se tornarem adultos, por exemplo a vocação e vida romântica. Pode ocorrer, neste estágio, a confusão de identidade, nomeadamente se uma opção é imposta ao adolescente pelos pais e este não explora de uma forma adequada muitos papéis e/ou se um caminho futuro positivo não for traçado (Erikson, 1968). O sexto estágio é designado por Intimidade *versus* Isolamento – ligado à genitalidade do adulto. Cuidado *versus* Egocentrismo constitui o sétimo, que corresponde à meia idade. E, por último, a Integridade *versus* Desespero constitui o oitavo estágio, que corresponde à velhice (Erikson, 1968).

Quadro 1: As oito etapas da vida segundo Erikson (Adaptado de Claes, 1990, p.155).

AS ETAPAS DA VIDA (estádios psicosssexuais)								
VELHICE								integridade vs. desespero
MATURIDADE							geratidade vs. Estagnação	
JOVEM ADULTO						intimida- de vs. isolamen- to		
ADOLESCÊNCIA (sexualidade)					identi- dade vs. confusão de identi- dade			
IDADE ESCOLAR (período de lactência)				realização vs. Inferiori- dade				
IDADE DO JOGO (estádio fálico)			Iniciativa vs. Culpabilidade					
PRIMEIRA INFÂNCIA (estádio anal)		autonomia vs. Vergonha						
PEQUENA INFÂNCIA (estádio oral)	Confiança vs. Desconfia nça							
AS VIRTUDES	ESPERANÇA	PODER	INTENCIONALIDADE	COMPETÊNCIA	FIDELIDADE	AMOR	TOMAR A CARGO	SABEDORIA

No quadro 1, a adolescência é representada como a etapa onde se forma a identidade após uma preparação nas etapas precedentes. A crise de identidade surge, em

todo este processo como condição fundamental para a estruturação do adolescente (Erikson, 1981). Esta crise, para além de ser uma fase de grande vulnerabilidade, reveste-se de grande importância (Joyce-Moniz, 2000). Em cada crise deverá assistir-se à prevalência dos aspectos positivos sobre os negativos, saindo o adolescente fortalecido e preparado para enfrentar a crise seguinte. Estas são sempre crises psicossociais, dado que o meio influencia o indivíduo. Para o adolescente, a crise de identidade representa uma hipótese de dar um sentido à sua vida, afirmando-se perante si e perante os outros (Claes, 1990).

Erikson (1981) deu especial atenção à adolescência, reconhecendo nesta características próprias. No entanto, defende, na sua obra, que a formação da identidade se inicia na infância e atinge o seu auge na fase da velhice. A identidade é, pois, construída ao longo de toda a vida, sendo que a adolescência constitui um ponto fulcral de mudança e transformação (Sprinthall & Collins, 2003).

A formação de identidade tem uma dupla funcionalidade, embora o adolescente necessite de construir a sua identidade de modo que faça sentido para si próprio, também é necessário adaptá-la à sociedade em que está inserido. Esta adaptação torna mais difícil a tarefa do adolescente que, neste período, necessita de aprender a lidar com estas modificações e simultaneamente, com as alterações da sua vida social. Só uma identidade coerente consegue atingir o sucesso destas tarefas (Sprinthall & Collins, 2003).

Sprinthall e Collins (2003) consideram que a adolescência caracteriza-se por ser o período da descoberta e da experimentação. O adolescente tem agora a capacidade de se distanciar do absoluto, explorando a relatividade das suas acções e dos seus pensamentos; encontra novas formas de se relacionar com a família e com os outros; associa-se ao grupo de pares, adquirindo contacto com novas vivências, explorando novos papéis. Nesta incessante descoberta do eu, o adolescente vai experimentar situações de sucesso e insucesso, que lhe permitem traçar um projecto para o seu futuro. Este período de descoberta é-lhe facultado pela sociedade, sendo designado, por Erikson, como moratória (Sprinthall & Collins, 2003).

O período de moratória pode ser conduzido pela sociedade e instituições que facilitam ao adolescente a inibição ou experimentação de papéis (Sprinthall & Collins, 2003). Erikson designa por moratórias institucionalizadas todas as estruturas que facultam ao jovem formas de socialização que o ajudarão a ultrapassar a sua crise de identidade (Boisvert, 2006).

A sociedade exerce pressão sobre o adolescente esperando deste uma tomada de decisão. No entanto, esta sabe que o tempo é um elemento crucial para esta decisão. Neste período, o adolescente necessita de tomar contacto com diferentes vivências, aprendendo a conviver com elas e criando competências para a sua vida futura (Gerrig & Zimbardo, 2005).

A crise da formação da identidade assentará na constante vulnerabilidade das dúvidas e na segurança das certezas. Boisvert (2006) menciona que esta crise está associada a uma inconstância própria de quem experimenta um processo de mudança.

O jovem vive a sua crise de identidade, no período de moratória psicossocial, no âmbito de moratória institucionalizada. Contudo, é imprescindível que inicialmente ocorram quatro condições: 1) desenvolvimento intelectual; 2) que a puberdade tenha ocorrido; 3) crescimento físico; 4) pressões culturais que levam o indivíduo à redefinição da sua identidade (Erikson, 1981).

A duração e gravidade da crise estão dependentes de factores individuais, sociais, históricos e económicos (Cole & Cole, 2004).

Na sociedade ocidental, a fase de moratória tende a ser cada vez mais longa, alargando o período de dependência do adolescente. Nos dias de hoje, o jovem adulto termina a sua formação académica cada vez mais tarde e consequentemente fica a residir em casa dos seus pais mais tempo do que era habitual (Cole & Cole, 2004).

Para Erikson (1981), a confusão da identidade não é anómala, surgindo frequentemente associada a sintomas neuróticos e quase psicóticos. Esta confusão pode ser produto da sobreposição de imagens de si próprio de papéis e oportunidades contraditórias. A crise e a confusão persistem enquanto o processo de aquisição da identidade não está completo.

A confusão de identidade pode ser potenciada pelos seguintes factores: 1) o processo de separação emocional da criança em relação às suas figuras de vinculação não foi bem sucedido; 2) o indivíduo não desenvolveu novas ligações e não conseguiu uma definição de si próprio; 3) dificuldades em lidar com as mudanças não só ao nível do eu como das circunstâncias da vida; 4) conflito entre as expectativas parentais, ou sociais e as do grupo de pares; 5) perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento do indivíduo (Campos, 1990, p.267).

A situação mais grave de confusão de identidade, reflete-se na perspectiva temporal, ou seja, o jovem não tem consciência de que o tempo pode mudar a sua vida,

apresentando, por vezes, sintomas de apatia e imobilidade. Isto poderá estar na origem de comportamentos suicidas, estando o seu início associado a baixa auto-confiança na infância, ou seja, no primeiro estágio psicossocial (Erikson, 1968). O adolescente é impaciente, tendo dificuldade em esperar ou aceitar a demora de uma recompensa, não crendo que o tempo traga alento. A inexistência, na infância, de relações de confiança nos outros, como fontes de amor e carinho leva o indivíduo a tornar-se inseguro, em relação ao seu futuro e à sociedade (Erikson, 1968).

Outros possíveis reflexos podem verificar-se ao nível da auto-consciência e da fixação associadas ao fracasso nos estádios de autonomia e iniciativa. Ao nível do fracasso da autonomia pode existir um sentimento inibitório relativo à exposição pública do seu eu e de dúvida relativamente ao modo como é aceite pelos outros (Sprinthall & Collins, 2003).

Consequentemente, o adolescente pode experimentar dificuldades em edificar uma identidade autónoma, recusando-se a aceitar-se a si próprio, tendo vergonha. Existe a possibilidade do adolescente se tornar um indivíduo narcisista para compensar estes problemas (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

Ao nível da crise de iniciativa, está presente a culpa relacionada com o fracasso e com o assumir papéis pouco aceitáveis. Dada esta incapacidade, o indivíduo pode enveredar pela via da delinquência, uma vez que se pode julgar incapaz de assumir um papel melhor. Para além dos problemas com a construção da identidade, isto pode ser fonte de conflitos com a sociedade (Erikson, 1968).

A apatia em relação ao trabalho pode potenciar uma possível confusão de identidade que deriva de sentimentos de incompetência no desempenho de tarefas, produto de uma má resolução do estágio de realização *versus* inferioridade. Esta problemática pode revelar-se em dificuldades de dedicação a uma tarefa ou, pelo contrário, manifestar-se por uma excessiva dedicação a uma actividade descurando as demais (Erikson, 1968).

Um outro dilema fruto da confusão de identidade revela-se por uma confusão sexual. Os adolescentes são frequentemente perturbados pela dúvida das preferências sexuais (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

1.1.3 – Teoria Cognitiva de Piaget

Piaget (1954) foi o pioneiro do estudo do desenvolvimento cognitivo e moral. Segundo este autor, a componente moral do desenvolvimento diz respeito ao cumprimento das regras sociais e ao desenvolvimento de um sentido de justiça rumo à igualdade e reciprocidade na sociedade. São, assim, mencionados dois estádios de pensamento: a moral heterónoma e a moral autónoma.

No estádio da moral heterónoma, a criança submete-se a regras inquestionáveis. O bom comportamento é o que segue as normas estabelecidas pelos adultos e não está sujeito à punição. A moralidade consiste no seguimento estrito de condutas aceitáveis pelos adultos. Piaget (1954) refere-se ao raciocínio da moral heterónoma como sendo um estádio de “realismo moral”. No realismo moral, os deveres e os valores submetem-se obrigatoriamente às ordens dos adultos, quaisquer que sejam as circunstâncias. O indivíduo pensa com base num princípio de responsabilidade objectiva: as atitudes são avaliadas segundo o seu sentido material, objectivista e realista (Craig & Baucum, 2002). A criança interpreta que o não cumprimento das regras traduz-se em punições, tendo em vista punir o culpado (Craig & Baucum, 2002).

Piaget (1952 *cit. in* Gerrig & Zimbardo, 2005) sugere que no desenvolvimento do indivíduo estão implícitos quatro estádios cognitivos principais:

Sensoriomotor (nascimento – 2 anos) - neste estádio, os bebés constroem a visão do mundo associando experiências sensoriais, como a visão e a audição com acções físicas e motoras (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Pré-operacional (2 – 7 anos) - neste estádio, as crianças começam a representar o mundo com palavras, imagens e desenhos. O pensamento simbólico vai além do estabelecimento de ligações entre acções e informação sensorial (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Operacional concreto (7 – 11 anos) - neste estádio, as crianças são capazes de realizar operações e o raciocínio lógico substitui o pensamento intuitivo sempre que se aplica a exemplos concretos ou específicos (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Operacional formal (surge entre os 11 – 15 anos de idade) - neste estádio o pensamento dos adolescentes alarga-se a novos horizontes cognitivos e sociais. Os adolescentes não limitados às experiências actuais concretas como âncoras do pensamento, podem fazer conjecturas sobre situações imaginárias e raciocinar logicamente sobre elas. O carácter abstracto do pensamento do adolescente ao nível das

operações formais manifesta-se na sua capacidade de resolução de problemas. Enquanto que, no estágio anterior, a criança necessita de ver os elementos concretos A, B e C para poder inferir logicamente que se $A = B$ e $B = C$ então $A = C$. No estágio operacional formal, o adolescente consegue solucionar o problema usando somente representações verbais (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Simultaneamente com uma forma de pensar abstracta e idealista, os adolescentes também o fazem de forma mais lógica. Começam a pensar como o fazem os investigadores, elaborando planos para resolver problemas e pondo à prova sistematicamente possíveis soluções. Esta forma de pensar e resolver problemas denomina-se de **raciocínio hipotético-dedutivo**, permitindo ao adolescente formular hipóteses e tentar solucionar problemas (Piaget, 1972).

Estes estádios encontram-se relacionados com a idade, sendo a forma de assimilar a informação diferente de estágio para estágio (Piaget, 1972).

No presente estudo considera-se o estágio operacional formal, que é o último estágio do desenvolvimento cognitivo, ocorrendo entre os 12 e os 18 anos de idade, fase correspondente à adolescência.

A transição de estágio para estágio, segundo Huffman, Vernoy e Vernoy (2003), nomeadamente a mudança do período operacional concreto para o operacional formal, implica alterações na construção psicológica, que estão implícitas no pensamento e no raciocínio de cada estágio. Estes autores referiram a existência de um processo a que chamaram *equilíbrio*, considerando que novas experiências dão origem a um *desequilíbrio* no desempenho das estruturas mentais, o que leva o indivíduo a criar construtos mais complexos e mais adequados a abstrações (Huffman *et al.*, 2003).

Piaget distingue dois processos: a *assimilação* e a *acomodação*. Sempre que o indivíduo se depara com um problema intelectual, tenta resolver a questão utilizando as suas estruturas mentais. Este processo denomina-se de *assimilação*. Simultaneamente tenta adaptar os seus padrões às novas experiências. Estamos, neste caso, perante o processo de *acomodação*, que se resume por uma *adaptação* das estruturas já existentes numa tentativa de ter em conta as características dos novos sujeitos, objectos ou outras situações (Sprinthall & Collins, 2003).

A *assimilação* e a *acomodação* interagem mutuamente no acto de pensar e no raciocínio. Acredita-se, também, que esses mecanismos estão em equilíbrio, ou seja, decorrem com a mesma intensidade na maioria dos casos (Huffman, Vernoy & Vernoy, 2003).

A crise de identidade está frequentemente presente, levando a uma ansiedade de socialização e inserção no meio sócio-cultural (Cole & Cole, 2004). O adolescente pode apresentar o desejo de viver experiências novas, tais como: álcool, tabaco, drogas, saídas nocturnas, desinvestimento escolar, viagens, opondo-se à infância em que era totalmente dependente dos pais (Joyce-Moniz, 2000).

Contudo, a adolescência também pode ser um período de desenvolvimento adaptado, equilibrado e promover um bom funcionamento psicológico e emocional (Santrock, 2004).

1.1.4 – Desenvolvimento Físico

O período mais intenso de modificações físicas ocorre entre o final da infância e o início da adolescência (11-13 anos). Conhecido como puberdade, este período corresponde ao tempo de maturação do sistema reprodutivo, ao aparecimento das características sexuais secundárias e a modificações em todo o corpo. As mudanças são acompanhadas por modificações nos comportamentos e atitudes. Com efeito, as mudanças físicas na adolescência afectam não só os comportamentos, mas também o desenvolvimento social e emocional (Joyce-Moniz, 2000).

O impacto das modificações físicas prende-se com a aceitação do seu corpo e aspecto físico modificado, podendo trazer mais dificuldades aos adolescentes e, conseqüentemente, provocar perturbação psicológica (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Para se habituarem aos seus corpos em mudança, os adolescentes devem aprender as suas limitações, desenvolver competências, compreender os processos pelos quais estão a passar e integrá-los nas suas relações interpessoais (Santrock, 2004).

Na fase da adolescência, o corpo sofre inúmeras alterações no tocante ao tamanho e à forma. Esta transição pode revelar-se uma fase de insegurança e inquietação para os adolescentes (Huffman *et al.*, 2003).

Apesar do adolescente sentir que estas alterações são dolorosas e únicas, na realidade são previsíveis e irreversíveis (Sprinthall & Collins, 2003).

Devido a transformações hormonais, a estrutura óssea desenvolve-se rapidamente. Os braços e as pernas crescem, até que as extremidades dos ossos (epífises) fechem. Este processo, embora seja bastante rápido, vai diminuindo de velocidade até aos vinte anos de idade (Santrock, 2004).

Na adolescência, está sempre presente uma constante inquietude perante estas modificações físicas, pois eles sabem que são irreversíveis, provocando por vezes angústia e preocupação (Hockenbury & Hockenbury, 2003). Enquanto, que, na infância existiam poucas diferenças entre o rapaz e a rapariga, na fase da adolescência existem nítidas diferenças. Na rapariga, evidenciam-se as ancas largas, pernas curtas, ombros estreitos e aumento dos seios. No rapaz, o tom de voz torna-se mais masculino, os ombros alargam-se, o tecido adiposo diminui realçando os músculos, o rosto adquire pilosidade (Santrock, 2004).

Em ambos os sexos a massa muscular aumenta, embora, nos rapazes, o aumento seja maior: 14 vezes no sexo masculino entre os 5 e os 16 anos e 10 vezes no sexo feminino (Sprinthall & Collins, 2003).

A capacidade e tamanho do coração e pulmões também aumentam em ambos os sexos, aumentando a tensão sistólica. Ocorre simultaneamente um aumento no número de glóbulos vermelhos, na hemoglobina e no volume do sangue, que se traduz no aumento da capacidade física. Consequentemente, os pulmões aumentam de volume, elevando a capacidade respiratória (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

A nível sexual existem distintas mudanças em ambos os sexos, implicando a definição do papel reprodutivo. As transformações podem ser classificadas como características sexuais primárias e secundárias: As características sexuais primárias consistem na aquisição da capacidade reprodutiva, ou seja, o desenvolvimento dos órgãos genitais; as características secundárias dizem respeito às características que surgem ao longo da adolescência (aparência física), mas que não são essenciais para a reprodução (Santrock, 2004).

Quadro 2: Transformações físicas nos rapazes e nas raparigas (Adaptado de Sprinthall & Collins, 2004)

Sequência das transformações ocorridas na puberdade	
Raparigas	Rapazes
Alargamento inicial dos seios	Início do crescimento dos testículos
Pêlos púbicos lisos e pigmentados	Pêlos púbicos lisos e pigmentados
Pêlos púbicos retorcidos	Mudanças iniciais a nível da voz
Idade do crescimento mais intenso	Primeira ejaculação de sémen
Menarca	Pêlos púbicos retorcidos
Aparecimento dos pêlos axilares	Idade do crescimento mais intenso
	Aparecimento dos pêlos axilares
	Mudanças nítidas a nível da voz
	Desenvolvimento da barba

O início da puberdade, na rapariga, dá-se com a menarca. Este período ocorre por volta dos treze anos, em média. Neste estágio dá-se a maturação de um ou mais óvulos, o que significa a possibilidade de engravidar caso ocorra uma fecundação, iniciando-se, nesta altura, a produção de hormonas femininas (progesterona). Independentemente da idade em que ocorre a menarca, esta alteração poderá afectar psicologicamente a jovem (Sprinthall & Collins, 2003).

Anteriormente à menarca, o corpo da jovem inicia uma preparação traduzida num desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Estas mudanças começam com o início do desenvolvimento dos seios, por volta dos oito anos de idade. A característica sexual mais evidente é o surgimento dos pêlos púbicos e nas axilas. É também por esta altura que o corpo adquire formas mais femininas, com o alargamento das ancas e aumento dos seios, e a voz se torna afeminada (Papalia, *et al.*, 2006).

No sexo masculino, as transformações iniciam-se com o aumento do tamanho dos testículos e do pénis. Os testículos produzem esperma e hormonas masculinas (testosterona), que potenciam o surgimento das características sexuais secundárias. Também se desenvolvem outras glândulas associadas à reprodução, tais como a próstata e vesículas seminais (Cole & Cole, 2004).

Ao nível das características sexuais secundárias, no rapaz, o tom de voz torna-se mais masculino, crescem os pêlos faciais, púbicos, no peito e nas axilas (Sanctrock, 2004).

As hormonas sexuais são responsáveis, no rapaz, pelo aparecimento da barba e, nas raparigas pelo aumento das ancas (Sanctrock, 2004).

Existem dois tipos de hormonas que surgem em concentrações distintas em ambos os sexos: os androgénios nos rapazes e os estrogénios nas raparigas (Sanctrock, 2004).

A testosterona é a principal hormona produzida pelos testículos, os quais também produzem esperma e uma série de outras hormonas que controlam o desenvolvimento normal do homem e o seu funcionamento. É de salientar que a síntese da testosterona é estimulada pela acção da hormona luteinizante (LH), que por sua vez é produzida pela pituitária anterior (adenohipófise ou simplesmente hipófise). A testosterona é responsável pelo desenvolvimento e manutenção das características masculinas normais, sendo também importante para a função sexual normal e para o desempenho sexual (Craig & Baucum, 2002).

O hipotálamo é o centro regulador de todas as transformações ocorridas na puberdade, segregando hormonas que regulam o funcionamento da glândula pituitária anterior. Esta, por sua vez, também através da produção de hormonas controla as gónadas e o córtex adrenal. As hormonas gonadotróficas, produzidas pela glândula pituitária anterior, actuam directamente nas gónadas enquanto que as hormonas adrenocorticotróficas têm como alvo o córtex adrenal (DeHart, Sroufe & Cooper, 2000). Com o decorrer do desenvolvimento das gónadas e córtex adrenal, estes iniciam a segregação das suas próprias hormonas, estimulando o crescimento. O androgénio é uma hormona responsável pelo crescimento em ambos os sexos, contudo este processo torna-se mais lento quando as extremidades dos ossos longos (epífises) se fecham. Esta hormona é, ainda, responsável pelo aparecimento dos pêlos púbicos e axilares (Dessen & Junior, 2005).

As hormonas gonadais determinam as diferenças entre os dois sexos. Nos rapazes, a concentração de androgénios (testosterona) é superior. Estas elevadas concentrações levam a que se produzam mudanças internas e externas, que conduzem ao desenvolvimento do aparelho reprodutor masculino. A testosterona é a responsável pela adaptação estrutural que permite a produção de esperma, bem como por outras

características sexuais secundárias, tais como: o engrossamento da voz, aparecimento da barba e outros pêlos corporais (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Nas raparigas, os estrogénios e a progesterona são produzidos nos ovários, induzindo o desenvolvimento do aparelho reprodutor. Originam, ainda, o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários como o desenvolvimento dos seios e a distribuição de tecido adiposo. Porém, estas hormonas estavam já presentes antes da puberdade (Sprinthall & Collins, 2003).

Durante a adolescência, nas raparigas, a concentração de estrogénios e progesterona começa a flutuar ciclicamente, originando o ciclo menstrual e conduzindo o processo de ovulação (Hockenbury & Hockenbury, 2003). Para além disso, a hipófise não só segrega hormonas gonadotróficas, mas também hormonas do crescimento, que estimulam o desenvolvimento do corpo e a maturação esquelética (Castro *et al.*, 2003).

1.1.4.1 - Efeitos psicológicos das transformações físicas ocorridas na puberdade

A adolescência é, pois, acompanhada por grandes transformações físicas, podendo o jovem, de um momento para o outro, aperceber-se de que o seu corpo mudou, podendo ter dificuldade em se identificar com este (Sprinthall & Collins, 2003).

Nesta fase da vida, é importante que o indivíduo sinta que não é o único a sofrer alterações físicas, pelo que, frequentar a escola e conviver com os colegas e amigos, poderá ajudá-lo a lidar melhor com a nova situação (Duclos, 2006).

Embora a adolescência seja comum para todos os jovens, esta é percebida de modo diferente de acordo com a cultura em que o jovem está inserido (Santrock, 2004).

Segundo Sprinthall e Collins (2003) os rapazes que se desenvolvem mais prematuramente têm tendência a possuir uma vantagem adaptativa em relação aos outros (Sprinthall & Collins, 2003).

Os jovens que se desenvolveram mais cedo, são mais bem aceites pelos adultos e pelos seus pares, sendo considerados mais atraentes e competentes, mantendo este privilégio até à fase adulta (Santrock, 2004). Apesar dos rapazes mais precoces terem mais sucessos na sua vida adulta, estes apresentam maior rigidez, são mais moralistas, menos divertidos e conformistas, do que os que se desenvolveram mais tardiamente (Santrock, 2004). Contudo, estes últimos têm tendência a possuir maior capacidade de adaptação perante os problemas, sendo mais dinâmicos e atentos, possuindo maior

capacidade para lidar com situações novas (Santrock, 2004). Nas raparigas, os benefícios da maturação precoce, são menos evidentes do que nos rapazes. Na realidade, as jovens que se desenvolvem mais precocemente têm tendência a serem menos populares do que as outras, tornando-se mais introspectivas, menos expressivas, mais equilibradas e mais responsáveis (Santrock, 2004).

Segundo Sprinthall e Collins (2003), as raparigas que se desenvolvem mais tardiamente são mais populares e mais sociáveis, adquirindo um estatuto diferente, porém, isto não é linear. Já na vida adulta, as raparigas precoces possuem uma superioridade na capacidade de resolução de problemas e adaptabilidade, sendo dominadoras e decididas (Sprinthall & Collins, 2003).

Por sua vez, nas raparigas com maturação tardia, o prestígio social inicial vai sendo perdido com o atraso da puberdade, o que pode significar, psicologicamente, uma frustração que contribui para o surgimento de uma atitude menos adaptativa na fase adulta (Santrock, 2004).

1.1.5 – Desenvolvimento Moral do Adolescente

Uma das tarefas desenvolvimentais mais importantes para o adolescente consiste na substituição da moralidade infantil por uma nova moralidade, que o irá orientar durante a fase da adolescência e na vida adulta (Braconnier & Marcelli, 2005).

O desenvolvimento moral consiste na tomada de consciência das diferenças entre o bem e o mal, o justo e o injusto, tendo sempre presente que a liberdade de um indivíduo termina quando inicia a liberdade do outro. O desenvolvimento moral possui duas dimensões. A dimensão intrapessoal, que rege as atitudes do jovem quando este não interage com os outros; e a dimensão interpessoal, que controla os comportamentos sociais e a resolução de conflitos (Cole & Cole, 2004).

Em suma, as crianças vêm as regras como algo superior e exterior a si. Contudo, o respeito pelas regras é fundamental, não sendo apenas suficiente a simples existência destas. Ocorre, portanto, uma relação desigual entre o adulto e a criança. A esta relação soma-se o egocentrismo da criança, que se traduz na indiferenciação entre o eu e os outros, e na incapacidade de aceitar outras ideias que não as suas (Sprinthall & Collins, 2003).

A moral autónoma ocorre entre os seis e os sete anos de idade, correspondendo à interacção com os outros e ao desenvolvimento de relações de reciprocidade. A criança

cria as suas regras morais interiorizando-as e compreendendo-as. Contudo, aceita que estas mudem em função do contexto. Nesta altura, a moral autónoma incide sobre o respeito mútuo ao invés do respeito unilateral. Para as crianças a justiça adquire um nível de autonomia baseado na reciprocidade e na equidade. Estas entendem que actos moralmente reprováveis podem ter como consequência o rompimento de laços de confiança e cooperação. A severidade do castigo é proporcional à gravidade do acto (Sprinthall & Collins, 2003).

Também Kohlberg (1984) se destacou pelo estudo do desenvolvimento moral, que de seguida apresentamos:

Nível 1 – Raciocínio pré-convencional:

O raciocínio pré-convencional representa o primeiro nível de desenvolvimento moral proposto por Kohlberg (1984), dividindo-se em duas etapas. A primeira etapa consiste na moralidade heterónoma, em que o pensamento moral costuma estar associado ao castigo: as crianças e os adolescentes obedecem aos adultos para evitarem o castigo. A segunda etapa diz respeito ao individualismo, propósito instrumental e intercâmbio, em que os indivíduos perseguem os seus objectivos deixando que os outros façam o mesmo, permitindo uma convivência equalitária (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Nível 2 – Raciocínio convencional:

O raciocínio convencional representa o nível intermédio da teoria de Kohlberg (1984). Neste nível, a interiorização é intermédia. Os indivíduos baseiam-se em certos critérios ou princípios transmitidos pelos outros, como por exemplo pelos progenitores e pela sociedade (Cole & Cole, 2004).

Tal como no nível anterior, este é dividido em duas fases – a terceira e a quarta etapas. A terceira etapa refere-se às expectativas e conformidade interpessoal, em que os indivíduos valorizam a confiança e lealdade para com os outros, tendo por base os juízos de valor. É nesta etapa que as crianças e adolescentes adoptam os valores dos seus pais, esperando que estes o vejam como uma criança ou adolescente bem comportado. A quarta etapa consiste na moralidade dos sistemas sociais em que os juízos morais se baseiam na compreensão das regras sociais, da lei, da justiça e do dever.

Nível 3 - Raciocínio pós-convencional

Neste nível, a moralidade está completamente interiorizada não se baseando nos critérios de outras pessoas. O adolescente reconhece a existência de outras opções e

decide baseando-se num código moral pessoal. Também este nível é dividido em duas etapas. A quinta etapa refere-se ao contrato social ou a utilidade de direitos individuais. Os indivíduos percebem os valores como estando acima das leis. Estes avaliam a validade das leis e o sistema social tendo em vista a proteção dos direitos e valores humanos fundamentais. Na sexta etapa, Kohlberg (1984) menciona os princípios éticos universais, nos quais o indivíduo desenvolve critérios morais baseados nos direitos humanos. Quando o indivíduo enfrenta um conflito entre a lei e a sua consciência decide seguir esta última, mesmo que isso implique correr riscos pessoais.

Craig e Baucum (2002) referem que estes níveis e etapas seguem sempre a mesma sequência, estando relacionados com a idade. Antes dos nove anos, a criança pensa sobre os dilemas morais a um nível pré-convencional. No início da adolescência, o jovem começa a pensar de forma mais convencional. A maioria dos adolescentes pensa ao nível da terceira etapa com alguns traços das etapas dois e quatro. Aproximadamente, no início da fase adulta, uma quantidade reduzida de pessoas pensa de modo pós-convencional.

1.1.7 – Desenvolvimento Emocional e Psicológico no Adolescente

A adolescência é caracterizada segundo alguns autores por um período de turbulência. É frequente, nesta fase, os adolescentes possuírem uma constante labilidade emocional, que origina situações de tensão com os pais ou outros (Sprinthall & Collins, 2003).

Esta turbulência deve-se às mudanças hormonais e também a modificações que ocorrem na vida do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

Caissy (1994) sugere que as mais importantes modificações na vida dos adolescentes são as seguintes: **1) a adaptação a novos meios** – neste período o adolescente começa a frequentar outros contextos, implicando novas atitudes e aparecimento do desempenho de novos papéis e desafios que, por vezes, levam a sentimentos de insegurança e medo de falhar; **2) o ambiente familiar** – a mudança nas relações com os membros da família, o rigor parental e falta de compreensão, podem originar sentimentos de solidão, incompreensão, tristeza e zanga; **3) expectativas sociais de comportamentos adequados** – o meio social, por exemplo o grupo de pares, pode exercer pressão para o adolescente se comportar segundo certos padrões. Esta pressão pode induzir medo e receio relativos à sua conduta; **4) o relacionamento**

heterossexual – o estar apaixonado pelo sexo oposto implica emoções novas e agradáveis, no entanto pode desencadear sentimentos de receio, insegurança e ciúme; **5) as situações escolares** – a necessidade de optar por uma carreira profissional e a pressão por ter bons resultados escolares, suscitam tensões emocionais e preocupações internas (Caissy, 1994).

Duclos (2006) refere-se à adolescência como sendo uma fase de evolução no auto-conhecimento e auto-consciencialização. Este autor defende que o adolescente já consegue reconhecer, diferenciar, coordenar e controlar as emoções internas, ou seja, o jovem já possui a capacidade de compreender e conhecer a sua própria emocionalidade (Duclos, 2006). De acordo com este processo, existem algumas dificuldades, uma vez que certas emoções podem ser vividas como sendo novas. Como o adolescente pode não possuir vivências suficientes, frequentemente não consegue entender a origem dos seus comportamentos emocionais, classificando-os como sendo negativos, elevando o índice de dificuldade. Numa fase posterior, o adolescente já consegue adquirir controlo emocional, auto-regulando-se (Duclos, 2006).

O adolescente enfrenta um desafio desenvolvimental, passando por inúmeras etapas essenciais ao seu desenvolvimento e preparação para a vida adulta. Contudo, pode ainda não ter preparação psicológica para enfrentar os desafios, uma vez que a mudança se manifesta em vários níveis, estando o adolescente mais vulnerável a desencadear perturbações, como a depressão.

1.1.8 – Desenvolvimento Social do Adolescente

Todo o desenvolvimento psicossocial do adolescente é encarado como produto da interação do adolescente com redes sociais (Craig & Baucum, 2002).

É fundamental considerar a adolescência uma etapa de desenvolvimento na qual a componente intrapsíquica e individual assume um papel fundamental. Porém, não se deve ignorar os outros factores constitutivos do sistema relacional (o grupo, a escola, o trabalho e a família) (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

O desenvolvimento social nesta fase inclui, fundamentalmente, o processo de aprendizagem de padrões de comportamentos e atitudes, de acordo com as regras e as expectativas dos vários grupos sociais a que o adolescente pertence (Sprinthall & Collins, 2003). Em termos gerais, o adolescente deverá conseguir fazer uma aquisição de comportamentos e de atitudes socialmente responsáveis e adaptadas. Deverá,

também, ser capaz de estabelecer e manter relações interpessoais mais amadurecidas com pares de ambos os sexos e conseguir uma independência emocional dos pais ou de outros adultos de quem anteriormente era dependente (Duclos, 2006).

Na adolescência, os processos de socialização e de relacionamento interpessoal envolvem novas tarefas, porque a maioria dos padrões de comportamento social aprendidos durante a infância não se adaptam, na sua globalidade, ao tipo de relações sociais agora em causa. Por esta razão, é necessário que o adolescente substitua, progressivamente, os seus comportamentos e atitudes típicos de criança, por outros mais adaptados ao seu nível desenvolvimental (Boisvert, 2006). Neste processo, vários factores afectam o desenvolvimento social do adolescente: as práticas parentais, as expectativas sociais e culturais (dos pares ou da família) e certos modelos (pares, pais, professores). Neste domínio do desenvolvimento social, far-se-á referência a dois contextos onde, essencialmente, ocorrem as maiores tarefas desenvolvimentais: o contexto do relacionamento com os pares e o contexto do relacionamento familiar.

1.1.8.1 - Relação com os Pais

Nos últimos vinte anos, o tema das relações familiares na adolescência tem recebido especial atenção na literatura sobre o desenvolvimento psicológico (Castro *et al.*, 2003). As primeiras relações sociais são determinadas pela família e pelo meio onde o adolescente está inserido, sendo essas aprendizagens alicerces da personalidade do adolescente (Castro *et al.*, 2003).

As mudanças físicas na puberdade, em conjunto com as mudanças psicológicas e relacionais, vão levar à redefinição dos padrões estruturais familiares anteriormente existentes. Todos os membros da família são forçados a acomodar-se a estas mudanças que vão implicar o desenvolvimento de novos padrões familiares (Castro *et al.*, 2003).

A tarefa primordial da família, nesta fase, consiste na redefinição dos parâmetros da relação pais-filho, no que concerne às questões relacionadas com autonomia, responsabilidade e controlo (Sprintall & Collins, 2003). Numa perspectiva sistémica, podemos dizer que a entrada na adolescência é sempre um factor de desequilíbrio da homeostase familiar. A maturidade sexual, a formação de identidade, a luta pela conquista de autonomia, fazem com que o adolescente altere a qualidade e a frequência das suas relações com a família (Strecht, 2005).

A entrada na adolescência delimita o começo de uma nova fase no desenvolvimento familiar, uma vez que está associada a um comportamento diferente do adolescente no interior da família a alterações nos papéis parentais. Os pais de adolescentes são mais permissivos do que na infância, embora estabeleçam regras e limites (DeHart, Sroufe & Cooper, 2000)

De acordo com Boisvert (2006), a autoridade dos pais sofre alterações e, de um outro modo, os adolescentes, participando activamente no grupo de pares, podem conduzir a família a uma maior abertura ao exterior, confrontando-a com novos valores e ideias. Os adolescentes exercem cada vez maior pressão sobre os pais para obterem maior autonomia e independência. No que diz respeito à autonomia e ao controlo, estes têm que ser renegociados na sua globalidade (Boisvert, 2006).

Para além do desenvolvimento do adolescente, há ainda, a referir a idade dos pais como factor de alteração e reorganização da família. A crise da “meia-idade” ocorre normalmente durante a adolescência dos filhos. Para além disso, os pais do adolescente têm, muitas vezes, que lidar com a reentrada na sua vida dos seus próprios pais, que se encontram envelhecidos e fragilizados. Esta situação leva a uma crescente tensão no seio familiar. Nesta altura, podemos falar em crise trigeracional, representada pela crise da adolescência para os jovens e crise da velhice para os avós (Santrock, 2004).

Numa perspectiva intergeracional, podemos dizer que as experiências dos pais enquanto filhos influenciam o modo como estes se relacionam com os seus próprios filhos. Nesta linha de raciocínio, os conflitos não resolvidos relacionados com a autonomia e dependência dos pais relativamente às suas famílias de origem podem influenciar algumas perturbações no adolescente (Marcelli, 2002).

De acordo com Cole e Cole (2004), ao adquirir autonomia, o adolescente deseja, cada vez mais, responsabilidade pelos seus actos. Esta mudança de responsabilização dos pais para os filhos acarreta alterações importantes na organização do poder e da autoridade na família.

Esta mudança pode não decorrer de uma forma pacífica (Marcelli, 2002): a alteração de papéis, de regras, a obtenção de um estatuto mais equalitário, de uma relação mais simétrica em termos de decisão e de responsabilidade, envolve o conflito, a desobediência às regras, o desafio à autoridade parental. O sucesso ou fracasso do processo de autonomia do adolescente liga-se a uma reorganização da família, tanto ao nível hierárquico, como da comunicação (Cole & Cole, 2004).

A função primordial da família baseia-se em assegurar a socialização e a protecção dos seus membros facilitando o seu desenvolvimento, autonomização e emancipação. O equilíbrio entre estes dois factores (individuação-socialização) conduz a um funcionamento familiar saudável (Sprinthall & Collins, 2003).

Outra função da família consiste em assegurar a continuidade e a mudança. O funcionamento familiar saudável é caracterizado por um equilíbrio entre estabilidade e flexibilidade. Quando encontramos famílias disfuncionais o equilíbrio não existe e observamos rigidez, repetição, caos e desorganização (Huffman, *et al.*, 2003).

A família é um sistema activo em constante mudança. Caracteriza-se como um organismo complexo que evolui para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros. Este processo de continuidade e crescimento potencia a evolução da família como unidade, assegurando a diferenciação dos seus membros (Pinto, 2003).

A família é um sistema vivo. Como tal, possui duas características funcionais fulcrais: a tendência para a homeostasia (equilíbrio) e a tendência para a transformação, segundo a qual a família se adapta ao longo da sua existência (Osório & Valle, 2002).

Sendo a família um sistema de coesão, as alterações nas funções de um membro familiar conduzem a mudanças nas funções complementares dos outros, caracterizando tanto o seu processo de crescimento como a reestruturação contínua da família através do seu ciclo de vida (Braconnier & Marcelli, 2005).

A evolução da família dá-se através da sua capacidade de diminuir a sua própria instabilidade para, seguidamente, recuperá-la a partir da reorganização da sua estrutura com novas bases. A família, sendo um sistema aberto, sofre pressões rumo à mudança, tanto no seu interior, através dos seus membros, como externamente, através da sociedade (Osório & Valle, 2002).

Segundo Osório e Valle (2002), a maioria dos comportamentos problemáticos surgem como produto da má negociação de direitos e deveres entre pais e filhos (Osório & Valle, 2002).

Para compreender o funcionamento da família, deve-se considerar os desafios com os quais esta se confronta, o seu envolvimento na sociedade e a fase do ciclo vital em que se encontra. Esta compreensão exige que se conheça as tarefas e as adaptações que cada família deve realizar (Strecht, 2005).

Quando os níveis de coesão são elevados, existe uma grande identificação com a família que se traduz numa ligação excessiva; a lealdade à família e o consenso no seu

interior são factores limitantes da autonomia individual, impedindo a individuação dos seus membros. Num outro extremo, quando os níveis de coesão são baixos, a família é caracterizada por um baixo compromisso e é limitada a vinculação entre os seus membros (Cole & Cole, 2004).

A adaptabilidade familiar relaciona-se com a flexibilidade do sistema familiar e a sua capacidade para a mudança. Esta define-se como sendo a capacidade de um sistema conjugal/familiar modificar a sua estrutura de poder, papéis relacionais em resposta a factores de *stress* situacionais e desenvolvimentais (Alarcão, 2006).

A comunicação dentro da família é um dos aspectos cruciais das relações interpessoais, constituindo um objecto de estudo em distintas áreas teóricas e domínios de investigação, principalmente na teoria sistémica (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Watzlawick *et al.*, (1967) descrevem a família como sendo um sistema governado por regras cujos membros se encontram num processo contínuo de negociação e definição das suas relações.

A importância do significado de uma comunicação funcional e eficaz entre os membros da família tem sido reconhecida, sendo os padrões de comunicação disfuncional identificados com tipos particulares de sistemas familiares (Osório & Valle, 2002)

Alarcão (2006) defende a ideia de que a comunicação é um mecanismo familiar usado pelos seus membros para partilhar as suas necessidades, as suas preferências e sentimentos, distinguindo-se dois tipos de comunicação: as competências de comunicação positiva e as competências de comunicação negativa. Na comunicação positiva, estão incluídos o envio de mensagens claras e congruentes, a empatia, as afirmações de apoio e as capacidades efectivas de resolução de problemas. Por seu lado, a comunicação negativa compreende o envio de mensagens incongruentes, a falta de empatia, as afirmações negativas, a falta de capacidade de resolução de problemas ou competências inadequadas, as mensagens paradoxais e *double-binding* (Alarcão, 2006).

As competências de comunicação positiva facilitam e mantêm o balanço do sistema familiar nas outras duas dimensões. Em contraposição, a comunicação negativa impede o funcionamento equilibrado da família, sendo considerada como inibidora das capacidades de um sistema familiar para a mudança dos níveis de coesão e adaptabilidade (Watzlawick, *et al.*, 1967). Enquanto as competências de comunicação positiva facilitam a partilha entre os membros da família das suas necessidades,

preferências e desejos de mudança, a comunicação negativa minimiza esta capacidade dos membros partilharem os seus sentimentos (Watzlawick, *et al.*, 1967).

A investigação revela uma tendência geral dos adolescentes para avaliar de forma mais negativa a família comparativamente com a avaliação realizada pelos seus pais (Alarcão, 2006). Segundo Sprinthall e Collins (2003), os pais percebem as suas famílias como mais coesas, mais próximas afectivamente, mais compreensivas e mais habilitadas para lidar com o *stress* do que os adolescentes. Percepcionam, ainda, a comunicação na família como sendo mais aberta e menos problemática comparativamente com os adolescentes (Sprinthall & Collins, 2003). Contrariamente, os adolescentes percebem a sua família de um modo mais negativo, nomeadamente como menos coesa e flexível (Sprinthall & Collins, 2003). Esta percepção mais positiva dos pais pode revelar o seu maior investimento na família e a busca incessante da validação dos seus esforços em favor da mesma (Sprinthall & Collins, 2003).

A visão, por vezes pouco real, que os adolescentes têm sobre o funcionamento familiar ajuda a explicar as suas avaliações. Deste modo, os adolescentes pretendem uma elevada coesão familiar, idealizando que os pais lhe dêem todo o apoio, contudo com toda a liberdade/independência nos seus actos (Boisvert, 2006).

Segundo Sampaio (1994), os adolescentes referem frequentemente um maior grau de abertura na comunicação com a mãe do que com o pai. Comparativamente, não são observadas diferenças quanto aos problemas de comunicação referidos na relação com o pai e com a mãe. Comparando as avaliações de ambos os pais com as avaliações dos adolescentes, constata-se que os pais percebem as interações como mais abertas e menos problemáticas do que os adolescentes, levando a concluir que estes vêm as suas famílias com maior negativismo. O adolescente luta incessantemente por uma maior independência e distanciamento em relação à família, o que leva a minimizar aspectos da vida familiar como seja a comunicação positiva (Cole & Cole, 2004).

Segundo Sampaio (1991), ocorreram diversas modificações nas famílias ocidentais, os filhos podem ver poucas vezes os pais durante a semana de trabalho, pois quando estes chegam a casa, já os filhos estão a dormir e, quando saem, ainda estes não acordaram. Este autor considera que se trabalha de mais e os períodos de contacto e afectividade são cada vez mais reduzidos. Na maioria das vezes, os pais chegam cansados do emprego e não têm disposição para brincar e conversar com os filhos (Sampaio, 1991). O número de divórcios aumentou assim como existem mais pais sem

companheiro e novos casamentos, formando novos ciclos de vida para serem completados (Sampaio, 1991).

Duvall (1977, *cit. in* Sampaio 1991) enuncia os dilemas da família:

Firme controlo familiar *versus* responsabilidade partilhada com os adolescentes; ênfase em actividades sociais *versus* sucesso académico ou profissional; mobilidade *versus* estabilidade para a família e para o adolescente; comunicação aberta com crítica franca *versus* necessidade de respeito e tranquilidade

Pretende-se que os pais possuam alguma flexibilidade em relação aos seus filhos, permitindo-lhes estabelecer novas relações com os pares. Esta flexibilidade poderá ser significativa para o adolescente se tornar um adulto autónomo e independente, tornando-se mais sociável. A associação ao grupo de pares facilita uma quebra do vínculo com os pais de uma forma menos problemática (Braconnier & Marcelli, 2005).

1.1.8.2 – Grupo de Pares

A relação com o grupo de pares constitui uma oportunidade de desenvolvimento pessoal para a vida futura. Segundo Craig e Baucum (2002), os pares proporcionam oportunidades reais de crescimento, contribuindo para o processo de autonomia e de identidade.

Ser membro de um grupo de pares é o ponto de partida para se tornar elemento integrante da comunidade. No grupo de pares, os adolescentes aprendem a cooperar e a competir, na escola e na vida social, com aqueles que possuem objectivos e ambições similares (Sprinthall & Collins, 2003).

O contexto e a relação entre o grupo de pares e o adolescente variam de cultura para cultura durante todo o ciclo de desenvolvimento. O adolescente é extremamente influenciado pela família e pelo grupo de pares, sendo que reconhece neste último um suporte para as suas angústias, experimentando um conjunto de sentimentos e afectos, valores, crenças e ideias que potenciam o seu desenvolvimento cognitivo (Alarcão, 2006).

Na infância, a criança ocupa mais o seu tempo com adultos do que com crianças da sua idade. Quando entra no período da adolescência, o jovem alarga o seu mundo social, através do aumento dos seus contactos e relações sociais (Santrock, 2004), passando mais tempo com colegas da mesma idade do que com adultos. Na realidade,

passa mais tempo com os colegas da escola e amigos do que com os seus familiares (Cole & Cole, 2004).

Tal como durante toda a vida, também na adolescência, o indivíduo poderá ser socialmente aceite ou rejeitado. Esta aceitação pode estar dependente da atracção física, de padrões comportamentais (amizade, sociabilidade e competência), e de comportamentos negativos e desviantes (Sampaio, 2002). No entanto, não podemos generalizar e afirmar que são as únicas razões de aceitação ou rejeição (Sampaio, 2002).

O desempenho de papéis aumenta a probabilidade de fortalecer a amizade e socialização com os seus colegas. Por outro lado, as interacções bem sucedidas com o grupo de pares, levam a aumento das competências sócio-cognitivas (Pinto, 2003).

Contudo, o facto do adolescente pertencer ao grupo e ser aceite não significa que seja popular. A popularidade consiste na procura activa por parte dos outros, enquanto que a aceitação se refere ao facto do membro do grupo possuir características respeitadas e aceites pelos outros elementos (Marcelli, 2002).

A aceitação no grupo de pares é um acontecimento normal e marcante do ponto de vista social. De acordo com Braconnier e Marcelli (2005), os grupos de adolescentes são mais estruturados e definidos do que acontecia na infância. Enquanto, as crianças constituem grupos instáveis para actividades momentâneas, os grupos de adolescentes são formados sobre estruturas mais sólidas (Braconnier & Marcelli, 2005).

Dunphy (1972) incidiu os seus estudos na observação da interacção dos pares em diversos contextos. Destacou, nesses estudos, dois aspectos: as fronteiras e o papel do grupo. O estudo das fronteiras, revelou a existência de dois tipos de grupo (Dunphy, 1972): os pequenos grupos, com dois a nove elementos, e grandes grupos, constituídos pela associação de dois ou três grupos pequenos. Este autor observou que a aceitação num pequeno grupo parece ser um critério para a integração num grande grupo. Assim, para os indivíduos pertencerem a um grande grupo, é imperativo pertencer inicialmente a um pequeno grupo.

A investigação desenvolvida por Dunphy (1972) verificou que os dois tipos de grupo desempenham papéis distintos. Os pequenos grupos se focalizam na troca de ideias e opiniões, os grandes grupos incentivam mais a participação e organização em actividades sociais, nomeadamente ao fim-de-semana. Por um lado, os pequenos grupos permitem vivências de intimidade e proximidade, com grande coesão, e por outro lado, os grandes grupos permitem a participação em encontros sociais mais alargados.

Dunphy (1972) refere a existência de cinco estádios: 1) na fase inicial da adolescência, os grupos de rapazes e raparigas possuem pouca afinidade sendo a proximidade entre os seus membros pouco frequente; 2) na segunda fase, ocorrem as primeiras trocas entre os grupos de rapazes e raparigas, enquanto grupo; 3) na terceira fase, os indivíduos mais populares e com maior aceitação estabelecem contactos com o outro sexo, formando-se grupos heterossexuais; 4) na quarta fase, ocorre a formação de pequenos grupos heterossexuais que se associam a grupos maiores; 5) na última fase, os grupos desligam-se para formarem “casais”.

Sendo o auto-conceito formado por acontecimentos pessoais, este altera o modo como o adolescente se percepção a si mesmo. O auto-conceito desempenha um papel integrador, uma vez que contribui para a identidade pessoal (Sprinthall & Collins, 2003). O auto-conceito do adolescente adquire mais estabilidade através das características do grupo, negociando a sua individualidade com a protecção que recebem do grupo. Sendo membro integrante do grupo, o adolescente adquire mais influência do que estivesse só e valoriza o grupo de amigos (Sprinthall & Collins, 2003).

Strecht (2005) refere-se à associação do adolescente com o grupo de pares, como sendo muito importante no desenvolvimento do jovem. O grupo influencia o nível de informação, pois é fonte de conhecimento de comportamentos, atitudes, valores e papéis em distintos contextos. A nível normativo, o grupo exerce pressão sobre o adolescente para que este actue como os outros (Strecht, 2005).

Nestes dois tipos de influência estão presentes processos sócio-psicológicos distintos. Embora estes sejam diferentes, são essenciais para o desenvolvimento de uma consciência do *Eu*, por parte do adolescente enquanto membro de um grupo social, aspecto que é básico para a aquisição de um forte sentido de identidade (Sprinthall & Collins, 2003). De acordo com Sprinthall e Collins (2003), estes processos denominam-se como comparação social e conformismo.

Segundo Braconnier e Marcelli (2005), a comparação social decorre em função do grupo de pares oferecendo ao adolescente ocasião de comparar as suas atitudes e capacidades com as dos seus colegas. Apesar de, em qualquer estádio de desenvolvimento, o indivíduo se comparar em termos sociais, na adolescência este processo é crítico. O recurso à comparação poderá ter efeitos positivos ou negativos para o adolescente, sendo que estas consequências dependem, em grande parte, dos

processos ocorridos em função das comparações que o adolescente efectua (Braconnier & Marcelli, 2005).

O efeito mais presente após o processo de comparação social é o conformismo. Este define-se como sendo aceitação de um comportamento próprio do grupo.

O início da adolescência apresenta-se como sendo o período em que o jovem é mais influenciável, pois é uma fase em que este atribui grande atenção aos seus pares (Cole & Cole, 2004).

Uma vez que os adolescentes experimentam intensivamente, quer a pressão dos pares, quer a pressão dos seus pais, originam-se sentimentos de conflito, sendo esta uma das problemáticas do princípio da adolescência (DeHart *et al.*, 2000).

Quando o suporte familiar é adequado, existe uma grande probabilidade dos adolescentes tomarem decisões de acordo com o desejo dos pais. Em contraposição, quando o suporte familiar é fraco ou inexistente, o adolescente fica mais vulnerável à influência do grupo de pares (DeHart *et al.*, 2000).

As fracas relações com o grupo de pares fazem prever um desajuste na vida adulta, enquanto que boas relações com os pares contribuem para um bom ajustamento futuro, uma vez que surge a oportunidade de analisar e comparar o seu comportamento com o dos outros (Sprinthall & Collins, 2003).

O grupo de pares desempenha um papel importante, tornando o adolescente mais sociável (Sprinthall & Collins, 2003).

Nesta fase desenvolvimental e no que concerne ao relacionamento com o grupo de pares, realçam-se aspectos importantes para o desenvolvimento pessoal, psicológico e social (Elkind, 1984).

Numa primeira, fase surge um conjunto de modificações internas experimentadas pelo jovem. A sua auto-imagem e a auto-estima são alteradas, pelo que este pode sentir necessidade de reformular a sua postura perante os outros e perante ele próprio (Santrock, 2004). O adolescente está, assim, habilitado a pensar e a perspectivar de um modo mais coerente as mudanças que surgem em si. O grupo de pares revela ser de crucial importância para que o adolescente não pense que é o único a experimentar estas mudanças (Santrock, 2004).

Numa segunda fase, o adolescente sente necessidade de se libertar da vigilância dos pais, continuando, no entanto, a procurar o apoio parental. Os pais tornam-se para o adolescente figuras de vinculação de reserva, a que o adolescente recorre quando é confrontado com situações difíceis (Santrock, 2004).

Em suma, o grupo de pares é uma influência importante no processo de socialização. Se, na infância, é importante que a criança tenha amigos, na adolescência tal assume um papel fundamental (DeHart *et al.*, 2000). Nesta fase de desenvolvimento, o grupo de pares tende a tornar-se uma entidade mais estruturada e organizada e a relação com o grupo tem agora implicações mais claramente definidas. Vai ser o contexto por excelência da aprendizagem de comportamento e atitudes de socialização, porque ao fornecer condições para a participação social, cria oportunidades para o desenvolvimento de competências sociais. O grupo de pares é, pois, como que o “palco” onde o adolescente pode ensaiar e testar aptidões fundamentais para o desenvolvimento social (DeHart *et al.*, 2000). É também neste contexto que o adolescente reformula o seu auto-conceito (DeHart *et al.*, 2000).

Em síntese, a fase da adolescência consiste num período marcado por mudanças físicas, psicológicas, morais, cognitivas, sociais. O adolescente ao longo deste período de desenvolvimento vai adquirindo competências, no sentido de conseguir ultrapassar as dificuldades relacionadas com o seu desenvolvimento biológico, através da aprendizagem efectuada em padrões comportamentais que mantém com os seus familiares e grupo de pares.

CAPÍTULO II - DEPRESSÃO

2 - DEPRESSÃO

2.1 - Definição de Depressão

A depressão é um estado de ânimo que todos experimentamos, sendo transitória na maioria das pessoas. Contudo, pode tornar-se um diagnóstico clínico complicado, tornando-se um problema afectivo sério (Coelho, 2004).

Os deprimidos apresentam um défice de energia e força, sentindo-se cansados da rotina, como, por exemplo, cuidar da sua aparência, cuidar dos seus bens pessoais ou ir à escola (Widlocher, 2001).

Os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam sentimentos depreciativos face a si, tendo uma opinião negativa sobre si próprios. Podem sentir-se culpados ou possuir um sentimento de vergonha, sem razão aparente para tal. Além disto, pode existir um sentimento de inutilidade com poucas perspectivas de futuro. Frequentemente, o suicídio parece ser a única saída (Hallstron & Mcclure, 2000).

Apesar da depressão ser primariamente uma doença do foro psíquico, os sintomas físicos são muito frequentes, sendo comuns as queixas de dores ou mesmo o mau funcionamento de órgãos internos. Por vezes, é difícil para o clínico identificar as causas de tais problemas físicos não os associando directamente ao estado depressivo (Hallstron & Mcclure, 2000).

A maioria dos indivíduos deprimidos apresenta queixas de insónia, pesadelos ou cansaço matinal. Contudo, alguns dormem excessivamente. A perda de apetite é, também, associada a esta sintomatologia (Coelho, 2004).

Pode ocorrer falta de interesse sexual e irregularidades no ciclo menstrual. As alterações intestinais, tais como a obstipação, podem também estar presentes (Coelho, 2004).

Também são comuns a lentificação de discurso, pensamento ou acções, sendo manifestadas por movimentos mais lentos, posturas desconfortáveis, fadiga excessiva e maiores tempos de resposta (Coelho, 2004).

De acordo com o American Psychiatric Association, [APA] (2002), um Episódio Depressivo Major caracteriza-se pela existência de um humor depressivo ou perda de interesse durante, pelo menos, duas semanas. Devem também estar presentes, pelo menos, quatro sintomas constantes de uma lista que refere: alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de

desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Estes sintomas devem persistir durante pelo menos duas semanas consecutivas e quase todos os dias (A.P.A., 2002).

Existindo repetição do Episódio Depressivo Major, este poderá evoluir para uma Perturbação Depressiva Major (A.P.A., 2002).

A doença depressiva é reconhecida habitualmente pelo indivíduo afectado ou pelos familiares e amigos próximos, quando os sintomas se agravam ou persistem durante muito tempo (Dias & Vicente, 1984).

Dias e Vicente (1984) consideram quatro tipos de atributos para definir a depressão:

Um factor central de humor a que se associam sentimentos de infortúnio, desespero e diminuição da auto-estima; um factor de auto-acusação que envolve sentimentos de incapacidade; um factor psicomotor que vai desde a hiperactividade com agitação até à inibição motora geral; um comportamento somático compreendendo queixas corporais e perturbações do sono (pp.18-19).

Frequentemente, a depressão pode aparecer “camuflada” por perturbações afectivas que se apresentam em primeiro plano, isto é, a depressão pode ocultar-se por trás da máscara de outros distúrbios psiquiátricos (Braconnier & Marcelli, 2005).

Dependendo da natureza e gravidade dos sintomas, a depressão pode ser classificada como leve, moderada ou *major*. Cerca de 15% dos casos de depressão *major* apresentam também sintomatologia psicótica, sendo que, nestes casos, pode ocorrer uma visão distorcida da realidade, com a presença de alucinações visuais e auditivas. Estes indivíduos com alucinações possuem maior risco de cometerem o suicídio (Hallstrom & McClure, 2000).

Na depressão *major*, os sintomas mais frequentes são: anedónia, desespero, culpabilidade, isolamento social, letalidade da tentativa de suicídio e uso de álcool e drogas ilícitas (Saraiva, 2002).

Por vezes, a depressão surge associada à perturbação bipolar. Um adolescente bipolar com depressão *major* apresenta: rápido início evolutivo, humor depressivo mais acentuado, preocupações corporais, inibição psicomotora, quadros psicóticos e hipomania precipitada farmacologicamente (Sampaio & Santos, 1990).

A angústia real e activa, que o adolescente sente, interfere com a realização das suas tarefas normais, o que faz da depressão uma grave perturbação psicológica (Braconnier & Marcelli, 2005).

A acrescentar a estas características, três outros factores adquirem um grande impacto na depressão. O primeiro diz respeito à sua elevada frequência na população, uma vez que o número de pessoas envolvidas seja muito significativo; o segundo, que é tão preocupante como o primeiro e o torna ainda mais dramático, é o da sua cronicidade; finalmente, o terceiro refere-se à comorbilidade com outras problemáticas psicopatológicas, bem como a sua associação a problemas físicos, contribuindo para o seu agravamento (Hallstrom & McClure, 2000).

2.2 - Prevalência da Depressão relativamente à Cultura, Idade e Sexo

O factor cultural pode apresentar-se como responsável pelas diversas formas dos indivíduos experimentarem depressão, pelo que, para se efectuar um correcto diagnóstico, há que ter em consideração este factor. Por exemplo, em certas culturas os indivíduos deprimidos podem descrever os seus sintomas a nível somático, não sentindo tristeza, nem culpa (Marcelli, 2002).

Segundo a A.P.A. (2002, p. 253), a depressão é descrita por alguns indivíduos como: “nervos ou cefaleias (nas culturas latinas e mediterrânicas), fraqueza, cansaço ou desequilíbrio (nas culturas chinesas ou asiáticas), de problemas do coração (nas culturas do Médio Oriente) ou de ter o *coração partido*”. Estes sintomas estão incluídos nas Perturbações Depressivas, na Ansiedade e Queixas Somáticas. As características culturais podem, pois, influenciar como se sente a depressão. Crenças com base na cultura podem levar a inferências, como por exemplo, pensar que se está enfeitado, possuir “calor na cabeça”, ou sentir na pele “insectos e vermes”. Estas sensações não devem, no entanto, ser confundidas com as alucinações ou delírios próprios de uma depressão com características psicóticas (A.P.A., 2002).

A taxa de ocorrência da depressão não varia significativamente com a raça ou etnia. As diferenças sócio-económicas e educacionais podem contribuir para algumas disparidades observadas entre os grupos étnicos. No entanto, após correcção estatística destes factores, não existe variação do risco por etnias (Marcelli, 2002).

A partir da puberdade, as adolescentes do sexo feminino, possuem uma elevada predisposição (duas vezes maior do que no sexo masculino) para desenvolverem

depressão, sendo esta realidade mais marcante nos Estados Unidos e na Europa. O risco de desenvolver perturbação depressiva major, no sexo feminino, pode atingir os 25%, enquanto que nos homens atinge um máximo de 12%. A prevalência nas mulheres pode atingir os 9%, ficando-se nos 3% no caso dos homens. Estas percentagens não apresentam evidências de estarem relacionadas com a raça, educação, nível social ou estado civil (A.P.A., 2002).

O primeiro dia de período menstrual pode coincidir com a presença de sintomas depressivos (A.P.A., 2002). Para além disso, acredita-se que certos factores como a manutenção de múltiplos papéis de donas de casa, profissionais, esposas e mães podem explicar a maior frequência de depressão nas mulheres (Coelho & Martins, 2002).

Mais do que qualquer outro tipo de problema psicológico, as perturbações afectivas têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, em todas as faixas etárias. O aumento da incidência deste tipo de problemas parece dever-se, entre outros, a factores ambientais (Ryan & Williamson, 1992).

2.3 – Factores de Risco

Os factores de risco associados à depressão que mais têm sido estudados são o sexo, a idade, a classe social e o estado civil.

O dado epidemiológico mais consistente e um dos primeiros a ser relatado é a existência de uma diferença substancial na prevalência dos dois sexos, com as mulheres a apresentarem valores muito superiores aos homens (Lang & Thase, 2004).

De acordo com os estudos de Khan, Gardner, Prescott e Kendler (2002), Rushton, Forcier e Schectman (2002), Takakura e Sakihara (2000), há uma predominância do sexo feminino nas depressões da adolescência. De facto, as raparigas têm uma predisposição duas vezes superior de sofrerem depressão do que os rapazes. As raparigas pré-adolescentes têm uma maior predisposição para factores de risco devido ao aparecimento da mecarca. Contudo, os rapazes manifestam depressões mais graves com pior prognóstico (Gasquet, 1994), apresentando com mais frequência comportamentos anti-sociais do que as raparigas (Garrison & Jackson, 1990).

Apesar da idade poder influenciar os sintomas de depressão, as crianças e adolescentes podem apresentar sintomas semelhantes. As crianças apresentam frequentemente sintomas somáticos, irritabilidade e isolamento social. Quanto aos adolescentes e adultos podem apresentar a inibição motora, hipersónia e ideias

delirantes. Antes da puberdade, a depressão encontra-se muitas vezes associada a outros distúrbios, nomeadamente perturbações comportamentais, perturbações por défice da atenção, perturbação da ansiedade, perturbações aliadas ao consumo de substâncias e perturbações alimentares (A.P.A., 2002).

O estado civil parece ter influência sobre a possibilidade de desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Os separados e divorciados apresentam um risco elevado de virem a sofrer de depressão, enquanto que os solteiros e casados apresentam um menor risco. A viuvez recente encontra-se também associada a elevados níveis de depressão (Marcelli, 2002).

A privação parental na infância e na adolescência é um factor de risco bem documentado para a depressão na vida adulta. A morte de um familiar afecta invariavelmente a estrutura do lar constituindo, por si só, um importante factor de risco. A perda de um progenitor pode, assim, predispor o indivíduo para a depressão (Marcelli, 2002).

Experiências traumáticas na infância, tais como negligência, abuso ou privação parental, podem levar ao desenvolvimento na criança/adolescente estratégias de *coping* inadequadas. A criança não aprende a tolerar sentimentos adversos, e a sua pouca preparação pode contribuir para o subsequente desenvolvimento de depressão. Neste contexto, a importância das relações e estratégias de *coping* são realçadas (Van Praag , Kloet & Os, 2005).

Situações desencadeadoras de *stress* desempenham um papel importante, como factores de risco em qualquer idade. Foram identificados três tipos de situações causadoras de *stress*: acontecimentos de vida, *stress* permanente e aborrecimentos diários. Os acontecimentos de vida podem levar a alterações no comportamento e ameaçar o bem-estar pessoal. O *stress* permanente inclui situações a longo prazo, tais como dificuldades inter-pessoais e ameaças persistentes à vida do indivíduo, mas também algumas actividades rotineiras da vida contemporânea podem ser interpretadas como causadoras de *stress*. Diferentes acontecimentos podem ter uma interpretação diferente de pessoa para pessoa, pelo que a percepção do acontecimento é mais importante do que o acontecimento por si só na determinação do *stress* (Van Praag *et al.*, 2005).

O tipo de estrutura familiar em que o adolescente está inserido pode influenciar o curso da sua depressão, sendo aceite que o ambiente familiar adequado pode combater

os efeitos de uma perda parental no adolescente, levando a uma menor incidência da depressão (Braconnier & Marcelli, 2005).

A relação ente acontecimentos de vida e acontecimentos *stressantes* pode contribuir para diversas formas de depressão na adolescência (Berndt & Zinn, 1992; Choquet *et al.*, 1988; Gispert & Wheeler, 1992).

Por exemplo, Choquet *et al.* (1988) debruçaram-se sobre os problemas perturbadores dos adolescentes, analisando acontecimentos como a separação ou divórcio parental, doença, falecimento na família, mudança, desemprego e mudança de emprego de um dos pais. De acordo com o seu estudo, 51% dos adolescentes experimentam pelo menos um destes acontecimentos perturbadores. Contudo, observou-se uma maior prevalência destes acontecimentos nas raparigas (64%) do que os rapazes (34%).

Num outro estudo, Choquet (1994) refere que acontecimentos familiares negativos, como invalidez ou doença prolongada, desemprego, falecimento ou divórcio dos pais, tendem a perturbar mais as raparigas, nomeadamente ao nível da depressão e da tentativa de suicídio do que os rapazes.

Segundo Choquet (1994), a morte de um dos pais é um factor de risco para a depressão *major* na adolescência em ambos os sexos, com uma maior prevalência de manifestações depressivas de outro tipo nos rapazes.

De acordo com Marcelli (2002), nos indivíduos com diagnóstico de depressão seguidos em consulta, o peso da separação ou divórcio dos pais é tanto mais importante quanto mais inicial é o estado depressivo. Curiosamente, estes factores não parecem influenciar os estados depressivos graves do adolescente, tendo, no entanto, um papel mais relevante nos estados depressivos *minor* (Marcelli, 2002).

Um adolescente com os pais separados ou divorciados apresenta maior risco (um risco oito vezes superior) de frequentar uma consulta de pedopsiquiatria, do que um adolescente sem pais separados ou divorciados (Sampaio, 1994).

Comparativamente com adolescentes de famílias “completas”, os adolescentes com os pais divorciados apresentam maior sofrimento e uma auto-estima mais baixa, tendo um menor rendimento escolar e apresentando mais comportamentos de risco, tais como alcoolismo e absentismo escolar (Coelho & Martins, 2002).

Para além disso, a acumulação de acontecimentos de vida negativos leva a uma situação de maior risco de depressão na adolescência (Marcelli, 2002).

Bernt e Zinn (1992) correlacionam a acumulação de situações difíceis na adolescência com o pessimismo na depressão, concluindo que o pessimismo e a irritabilidade se apresentam como sintomas importantes na depressão relacionada com *stress*. Por seu turno, o *stress* ligeiro encontra-se associado ao isolamento social e baixa auto-estima.

Muitas vezes, os adolescentes são confrontados com mudanças familiares e sociais quando ingressam no ensino superior, deixando para trás os familiares e os amigos (Sampaio, 1994). A mudança, por vezes, não é opção sua, mas uma imposição, levando à separação de amigos, de familiares e das suas rotinas habituais. Quando esta mudança não é bem sucedida, pode levar ao desânimo e, conseqüentemente, ao maior risco de tentativa de suicídio (Bern & Zinn, 1992).

2.4 – Causas e Curso da Depressão

A depressão é um distúrbio complexo, que se pode manifestar sob uma variedade de circunstâncias e devido a múltiplos factores. O modelo biopsicossocial é útil para a compreensão das causas da depressão segundo uma visão biológica (genética e bioquímica), social e psicológica (desenvolvimento e experiências de vida). A investigação nos últimos 50 anos indica que não existem factores únicos que possam explicar as causas da depressão (Dias & Vicente, 1984).

Para além de se poder iniciar cedo, a depressão manifesta-se inicialmente por episódios que são bastante separados no tempo, mas, à medida que a idade avança, estes episódios tendem a tornar-se mais frequentes (A.P.A., 2002). Uma das razões da sua gravidade é exactamente a probabilidade de se tornar numa perturbação crónica. O número de episódios prévios prediz a probabilidade de desenvolver um episódio subsequente. Assim, um primeiro episódio permite estimar uma probabilidade de 50 a 60% de ter um segundo, enquanto que quem teve dois episódios tem 70% de probabilidade de ter um terceiro. A partir daí, a probabilidade de ter um quarto episódio sobe até aos 90% (A.P.A., 2002).

Factores genéticos

Foi observado que a depressão tende a desenvolver-se no seio familiar. Estudos conduzidos na população em geral e entre famílias de pessoas atingidas mostraram que familiares e filhos de indivíduos com depressão *major* apresentam um risco de 10 a

15% de desenvolverem depressão contra 1 a 2% na população em geral (Wilkinson, Moore & Moore, 2003).

De acordo com Van Praag, Kloet e Os, (2005) Filhos de pais deprimidos apresentam um risco na ordem de 50 a 75% de desenvolverem depressão. Logo, torna-se importante identificar à partida as crianças em risco. Os factores genéticos, no entanto, têm um papel importante em alguns, mas não todos, indivíduos uma vez que a depressão também ocorre quando não existe história familiar desta doença (Van Praag *et al.*, 2005).

Os adolescentes com perturbação depressiva grave revelam uma predisposição familiar forte para a ocorrência desta patologia (Rice, Harold & Thapar, 2002). Para Cicchetti e Toth (1998), a influência de alguns genes pode ser duradoura ou transitória.

Estudos sobre a família, gémeos e indivíduos adoptados evidenciam que os genes proporcionam um papel importante na prevalência ou não das várias formas de depressão. Contudo, os resultados da teoria genética da depressão não são conclusivos (Van Praag *et al.*, 2005).

Caplan (1993), referem a existência de uma predisposição para a presença de perturbações de humor nas mesmas famílias. Existe, assim, uma maior tendência para o aparecimento destas perturbações nos filhos de indivíduos depressivos. Ainda segundo Caplan (1993), a presença de um progenitor deprimido duplica o risco de o filho vir a desenvolver a depressão. Este autor considera, ainda que, no caso de ambos os progenitores serem deprimidos, este risco é acrescido.

Estudos efectuados com indivíduos adoptados revelaram menor risco de virem a desenvolver o síndrome depressivo em comparação com os filhos biológicos (Marcelli, 2003).

Marcadores genéticos ou cromossómicos encontram-se em estudo para permitir previsões fiéis e válidas. Espera-se que a genética molecular possa ser capaz de identificar defeitos específicos no cérebro que causa perturbações do humor e vulnerabilidade para descompensar sob *stress* (Rice, Harold & Thapar, 2002).

Factores Biológicos

Alterações das funções químicas e fisiológicas do cérebro têm sido objecto de estudo para tentar explicar a manifestação da depressão e outras perturbações do humor. Uma descida no nível dos neurotransmissores pode produzir depressão. No entanto, a assunção de que a depressão é o resultado directo de tais anomalias pode ser uma

simplificação exagerada. Ainda é motivo de debate se as anomalias neuroquímicas causam depressão ou se são resultado desta (Santrock, 2004).

Factores Psicológicos

Uma vez que a depressão é um distúrbio psicológico, torna-se lógico procurar a sua origem entre factores psicológicos. O modo como a pessoa pensa e sente, bem como os seus conteúdos, pode determinar o percurso da depressão. Se os indivíduos têm um pensamento distorcido, segundo o qual vêem tudo à sua volta, incluindo eles próprios, de uma forma negativa e pessimista, então o seu humor entristece levando à depressão (Marcelli, 2003).

Consequências da Depressão

A mais nefasta consequência da depressão é a morte por suicídio. A depressão leva a que 15% dos doentes cometam tentativa de suicídio, levando muitos jovens à morte (Laufer, 2000).

No entanto, o número de suicídios associados à depressão representa o sofrimento causado por esta patologia na sociedade. Doenças que levam ao suicídio de jovens representam um grave problema de saúde pública, ainda mais notório do que nos idosos (Laufer, 2000).

Indivíduos deprimidos tendem a sofrer de várias outras complicações médicas e morrem, mais prematuramente. Além disso, estima-se que indivíduos deprimidos com idade superior a 55 anos apresentam uma taxa de mortalidade quatro vezes superior ao normal. Grande parte destas mortes ocorrem por problemas cardíacos. A depressão leva os indivíduos a recorrer mais frequentemente aos serviços de saúde, elevando os custos para a comunidade (Garrison & Jackson, 1990).

Os custos da depressão são não só directos (sobre a própria pessoa), como também indirectos (por exemplo, sobre a família, emprego, estudos...). Por outro lado, se alguns custos são facilmente quantificáveis, outros não se podem traduzir em números, mas nem por isso deixam de ter uma enorme gravidade (Marcelli, 2003).

A depressão permanece como um dos quadros mais frequentes e economicamente mais exigentes dentro da saúde, fazendo com que se multipliquem esforços, quer no sentido da sua compreensão, quer na sua intervenção (Braconnier & Marcelli, 2005).

2.5 - Depressão na Adolescência

A depressão é um diagnóstico muito frequente na adolescência: cerca de 40% dos doentes em Psiquiatria da Adolescência apresentam quadro clínico compatível com depressão *major* (Biederman, Faraone, Mick, & Lenon, 1995).

No passado, havia a crença de que as crianças e os adolescentes eram incapazes de apresentar sintomas depressivos, logo, não sofriam de depressão. É possível que muitos casos de depressão infantil fossem tratados como fobia escolar ou desvios comportamentais. Actualmente, os problemas das crianças são tidos em conta de uma forma mais rigorosa (Reinecke, 1992).

O risco de ocorrer depressão *major* nas crianças e adolescentes encontra-se entre os 15 e os 20%, sensivelmente o mesmo que para os adultos. Um quadro mais complexo, no entanto, surge do facto que muitas crianças e adolescentes que sofrem de depressão, também apresentam outras complicações psiquiátricas associadas, tais como a ansiedade, comportamentos desviantes e consumo de drogas. Os sintomas de depressão no seio deste grupo são semelhantes aos apresentados pelos adultos. No entanto, a maior parte destas manifestações são devidas a problemas com os pares e amigos ou problemas na escola (Rice *et al.*, 2002).

Tal como os adultos, as crianças ficam tristes, choram facilmente e manifestam falta de interesse, assim como apresentam sintomas físicos e ideias pessimistas (Roberts & Lewinsohn, 1995).

No entanto, o suicídio entre as crianças é pouco frequente apesar de, na última década, ter ocorrido um aumento destes casos. No caso dos adolescentes, o suicídio é referido como a terceira causa de morte no mundo ocidental (Rice *et al.*, 2002).

Os adolescentes com depressão possuem uma visão negativa do mundo e um baixo auto-conceito, percepcionando o futuro de forma sombria, culpabilizando-se constantemente (Cole & Cole, 2004).

É importante referir o sofrimento e a perturbação experimentados pelo adolescente deprimido, assim como a alteração de humor no sentido negativo atingindo extremos de infelicidade e desespero (Dias & Vicente, 1984).

Estudos referem que 2/3 dos adolescentes deprimidos têm predisposição para a recorrência, aumentando o número de casos e a duração destes com a idade. Cerca de 20% dos adolescentes deprimidos pode desenvolver *perturbação bipolar* antes de atingir a idade adulta. Frequentemente, após cada episódio depressivo, podem existir

efeitos residuais com implicações no funcionamento social, pessoal, desenvolvimento cognitivo e aquisição de identidade (Sampaio & Santos, 1990).

Para que o diagnóstico de depressão da adolescência possa ser feito, é necessário que os seguintes sintomas estejam presentes: perturbação do humor, sob a forma de tristeza ou desinteresse; diminuição da auto-estima e auto-acusação; perturbações psicomotoras, sendo a mais frequente a lentificação psicomotora, mas pode também existir hiperactividade ou até agitação ou perturbações somáticas, sobretudo alterações do apetite ou do sono (A.P.A., 2002).

Nos últimos vinte anos, vários estudos mostraram que os principais sintomas depressivos ocorrem de forma semelhante em todas as idades (Maj & Sartorius, 2005), ou seja, parece haver um relativo isomorfismo na sintomatologia das alterações do humor da infância à vida adulta. No entanto, algumas características do síndrome depressivo são mais típicas da adolescência (Maj & Sartorius, 2005).

Autores como Coelho (2004), consideram que a depressão na adolescência se manifesta frequentemente sob a forma de equivalentes depressivos. Os equivalentes depressivos são definidos como sintomas ou comportamentos que substituem ou se acrescentam aos sintomas depressivos clássicos, podendo assumir a dianteira do quadro clínico (Coelho, 2004). Os equivalentes depressivos mais comumente referidos são: alterações do comportamento tais como desobediência, heteroagressividade, fugas ou passagens ao acto; auto-destruição, sob a forma de tendências masoquistas ou predisposição a acidentes; delinquência; comportamento sexual anárquico; toxicomania; comportamento histriónico; exacerbação de sintomas fóbicos ou obsessivos pré-existentes; queixas psicossomáticas; hipocondria; anorexia mental ou bulimia (Coelho, 2004).

Os sintomas podem surgir de uma forma denominada de equivalentes afectivos, conjunto de perturbações somáticas variáveis com maior predisposição para a recidiva e frequente associação com insucessos terapêuticos, relacionados frequentemente com a alexitimia própria desta idade, quer sob formas específicas de *acting-out* ou fobias escolares, obsessões ou outras perturbações. Os sintomas podem revelar-se ainda através de sentimentos de desencorajamento, incapacidade de concentração nos estudos, quebra de rendimento escolar, isolamento, astenia e aborrecimento (Braconnier & Marcelli, 2005).

São frequentes os estudos que referem o adolescente deprimido apresenta, muitas vezes, comportamentos anti-sociais e toxicod dependências, bem como problemas

escolares, familiares e sentimentos de não ser compreendido pela família e pelos outros em geral. Outros sintomas que parecem ser mais comuns na depressão na adolescência são a ideação e a conduta suicida, as alterações do apetite ou do sono, a irritabilidade e a diminuição da auto-estima (Widlocher, 2001). A hipocondria é também referida como muito usual nas depressões da adolescência (Widlocher, 2001).

Assim, o adolescente deprimido tende a apresentar anedonia, hipersónia, alterações de peso, diminuição da auto-estima, abuso de álcool e de drogas, ideias de culpa e tentativas de suicídio, embora sem aparente aumento da frequência de ideação suicida grave (Braconnier & Marcelli, 2005).

Na opinião de Coelho (2004), é anómala a situação pela qual a crise da adolescência não possui saída para uma nova organização. A adolescência caracteriza-se por ser um período de importantes mudanças físicas e psíquicas com uma tendência para certos distúrbios comportamentais, que deverão ser considerados processos normais do desenvolvimento e não necessariamente patológicos.

Qualquer que seja a etiologia da depressão, esta caracteriza-se por possuir uma componente negativa. Tipicamente, no adolescente deprimido, estão presentes sentimentos de insegurança, insuficiência e diminuição da capacidade intelectual (Van Praag *et al.*, 2005).

A dificuldade de diagnóstico da depressão nestes indivíduos surge pelo facto de muitos adolescentes experimentarem sentimentos de tristeza, não querendo isto significar que todos sofram de depressão. A sintomatologia patológica é atípica e variada, dificultando o diagnóstico e o tratamento (Maj & Sartorius, 2005).

O meio pode ser vivido como pobre em estímulos, levando a insegurança e mal estar geral se o adolescente tentar manter uma distância em relação aos outros, evitando-a. O facto de existir uma incapacidade de atingir objectivos pode levar a frustração e, muitas vezes, a actos de agressividade e passagem ao acto (Braconnier & Marcelli, 2005). É frequente também a necessidade de estar acompanhado, manifestada pelo permanente desejo de ouvir ruídos de fundo, tais como música ou estudar em cafés, fugindo à solidão da depressão (Joyce-Moniz, 2000).

O corpo é também um vector fundamental na expressão dos conflitos da adolescência. Sampaio (1993), refere um excerto de uma entrevista com um jovem de 17 anos, em que este se descreve da seguinte forma:

Sou feio e sem jeito. Sinto-me à margem, inferior aos meus colegas.

Não sei lidar com as raparigas. Quando vejo as raparigas apetece-me agredir o meu corpo. Tenho o rabo grande e sou baixo. As raparigas não me acham atraente. Na rua ponho uma cara de mau, para acharem que não tenho medo e sou duro. O meu pai está sempre a desvalorizar-me (p.118).

E face a esta auto-imagem corporal negativa, é frequente desencadear-se todo um conjunto de vivências depressivas (Sampaio, 1993).

Em relação à tendência para a cronicidade, parece que 50% dos adolescentes com depressão *major* têm a duração do episódio superior a 2 anos e 30% entre 3 meses e 2 anos. Na maioria dos casos, estes quadros iniciam-se de forma incidiosa, consistindo em exacerbações de situações crónicas, enquanto só cerca de 30% correspondem a situações agudas (Joyce-Moniz, 2005).

Nesse mesmo estudo, Coelho e Martins (2002) verificaram que os adolescentes de ambos os sexos que viviam com os progenitores separados apresentaram sintomas de depressões mais graves, o que também foi constatado por Rushton, Forcier e Schectman (2002).

Coelho e Martins (2002) estudaram a relação entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva apresentada pelos adolescentes, tendo verificado que: “A existência de irmãos pareceu estar fortemente associada à sintomatologia depressiva de um modo inverso para ambos os sexos” (pp.92).

2.6 – Critérios de Diagnóstico e Sintomas de Depressão

O termo depressão pode ter vários significados. Pode ser interpretada como normal quando ocorre sob certas circunstâncias, como por exemplo em resposta a uma morte ou à perda de emprego. É vista como anormal quando ocorre sem razão aparente apresenta alguma gravidade, tendo uma longa duração, interferindo com as actividades do dia a dia (Marcelli, 2002).

Segundo os estudos de Coelho e Martins (2002), as alterações no padrão de sono presentes enquanto sintomas de depressão em adolescentes de ambos os sexos. De acordo com estes autores, os adolescentes relataram mais dificuldades em iniciar e/ou manter e/ou retomar o sono, o que também é confirmado pelos estudos de Khan, Gardner, Prescott e Kendler (2002).

Para se determinar se o humor depressivo tem gravidade clínica deve ser realizada uma avaliação completa para determinar o contexto clínico da depressão. Isto significa que deve ser possível definir um limite a partir do qual o conjunto de sintomas depressivos se diferencia de um simples mau momento do indivíduo (Joyce-Moniz, 2000).

A irritabilidade é, muito frequente em quadros depressivos na adolescência, sendo muitas vezes o principal sintoma (Biederman *et al.*, 1995; Kovacs & Goldston 1991; Puig-Antich, 1982). O sintoma depressivo mais estável e comum às várias idades parece ser o humor depressivo. Na adolescência, parece haver pouca concordância na frequência de sintomas de um primeiro e de outros episódios depressivos, podendo o mesmo adolescente apresentar-se deprimido de formas diferentes, num curto espaço de tempo (Roberts & Lewinsohn, 1995).

No entanto, é necessário ter critérios específicos que permitam diferenciar a depressão das respostas aos acontecimentos de vida, validando assim o diagnóstico.

A gravidade da doença depressiva é variável. As perturbações ligeiras são muito mais comuns em clínica geral e são, muitas vezes, designadas como depressão “neurótica” ou “reactiva”, ao passo que as formas mais graves da doença são designadas como “psicose maníaco-depressiva” ou “depressão endógena” (Roberts & Lewinsohn, 1995).

De acordo com a definição actual, o indivíduo que apresenta humor depressivo, falta de confiança, insónia, dificuldade de concentração, pouco apetite e perda da libido durante pelo menos 14 dias pode ser considerado um indivíduo com depressão *major* (A.P.A., 2002).

As pessoas com depressão tendem a aliviar os sintomas consumindo álcool ou drogas, o que apenas os faz sentir pior. As recomendações médicas quanto à medicação devem ser escrupulosamente seguidas, uma vez que, se estes conselhos forem negligenciados, poderá ocorrer uma recorrência dos sintomas (Grilo, Walker, Becker, Edell & McGlashan, 1997).

O diagnóstico de depressão faz-se com base no tipo, duração, persistência e número dos sintomas característicos presentes. É muito provável que o humor deprimido do doente seja patológico se a sua extensão, duração e gravidade excederem aquilo que se poderia considerar normal nas circunstâncias, ou se as suas causas parecerem insuficientes para explicar o grau de perturbação (Marcelli, 2002). Nas suas formas mais graves, a tristeza e o sofrimento sentidos na doença depressiva são

incapacitantes e desproporcionados em relação a qualquer factor de *stress* que a pessoa tenha suportado (Wilkinson, *et al.*, 2003).

No caso dos adolescentes, o diagnóstico pode aparecer associado a comportamentos de toxicod dependência, promiscuidade sexual e ideação suicida, como referido atrás, sugerindo que existem diferenças desenvolvimentais na expressão do comportamento depressivo.

Existem vários níveis de avaliação que fazem referência à distinção entre a depressão enquanto *sintoma*, *síndrome* ou *distúrbio/perturbação* (Ruiloba & Ferrer, 1999). A estes três níveis de funcionamento deprimido correspondem outras tantas fases de avaliação.

Um primeiro nível de análise é o da depressão enquanto *sintoma*. Neste nível, a depressão é remetida para sintomas ou estados emocionais isolados, como tristeza, o humor depressivo, um determinado comportamento manifesto (isolamento), a cognição (crença irracional) ou o funcionamento vegetativo (preocupações somáticas). Estes estados emocionais ou comportamentos podem manifestar-se durante um período não específico de tempo e sem relação com outros sintomas como a insónia ou a ausência de apetite (Wilkinson *et al.*, 2003).

Os critérios de diagnóstico do DMS-IV-TR (A.P.A., 2002, p.356) para o episódio depressivo *major* exigem a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante pelo menos duas semanas, devendo pelo menos um dos sintomas ser humor depressivo ou perda de prazer ou do interesse (Quadro 3):

1- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;

2 – Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);

3 – Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;

4 – Insónia ou hipersónia quase todos os dias;

5 – Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);

6 – Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

7 – Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);

8 – Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);

9 – Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio, os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante, os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo), os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

O episódio depressivo pode apresentar-se com gravidade ligeira ou moderada, podendo ou não estar presentes sintomas somáticos. Na depressão *major*, estão presentes, pelo menos, quatro dos sintomas somáticos referidos; ocorre uma perda substancial da auto-estima, acompanhada por ideias de desvalorização e culpabilidade; a actividade escolar, as relações com a família e a sociedade são penalizadas. Também pode ocorrer associação do episódio depressivo com a sintomatologia psicótica (A.P.A., 2002).

O estado depressivo *major* pode apresentar-se na forma de um episódio único ou recorrente.

Quadro 3: Critérios de diagnóstico para episódio depressivo *major*, episódio único (Adaptado de A.P.A., 2002, p.375).

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR, EPISÓDIO ÚNICO
A. Presença de um único Episódio Depressivo <i>Major</i>
B. O Episódio Depressivo <i>Major</i> não é melhor explicado por uma Perturbação Esquizoaffectiva e não se sobrepõe a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
C. Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaníaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.
Se os critérios completos para Episódio Depressivo <i>Major</i> estiverem actualmente preenchidos, especifique o estado clínico actual e/ou as características: <ul style="list-style-type: none"> • Ligeiro, Moderado, Grave Sem características Psicóticas, Grave; Com Características Psicóticas • Crónico • Com Características Catatónicas • Com Características Melancólicas • Com Características Atípicas • Com Início no Período Pós-Parto
Se os critérios completos para Episódio Depressivo <i>Major</i> não estiverem actualmente preenchidos, especifique o estado clínico actual da Perturbação Depressiva <i>Major</i> ou as características do episódio mais recente: <ul style="list-style-type: none"> • Em Remissão Parcial, Em Remissão Total • Crónico • Com Características Catatónicas • Com Características Melancólicas • Com Características Atípicas • Com Início no Período Pós-Parto

Além dos critérios de diagnóstico propostos pela A.P.A., existe também outra classificação para a depressão, fornecida pela Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) (OMS, 1992), que de seguida se apresenta (Quadro 4).

Quadro 4: Sintomas da Depressão (Adaptado de Organização Mundial de Saúde, 1992)

Sintomas da depressão

- :: Humor depressivo;
- :: Perda de interesse;
- :: Perda de energia, aumento de fadiga e diminuição da actividade;
- :: Cansaço após esforços mínimos;
- :: Redução da atenção e da concentração nas tarefas;
- :: Reduzida confiança e auto-estima;
- :: Sentimento de culpa e inutilidade;
- :: Pessimismo e pouco esperança no futuro;
- :: Ideias ou actos de auto-destruição ou suicidas;
- :: Alterações do padrão do sono;
- :: Diminuição do apetite e líbido;
- :: Sintomas físicos sem explicação.

2.7 – Tipos de Depressão

A depressão pode classificar-se, de acordo com as causas e sintomas, em vários tipos: depressão unipolar e bipolar, mascarada, pós-natal, associada a álcool e drogas, sazonal, persistente, na criança, na adolescência e no idoso. De entre estas este estudo irá incidir sobre a depressão unipolar e bipolar, por considerar relevante para o presente estudo.

A depressão pode, ainda, ser classificada de reactiva ou endógena.

Na depressão reactiva, considera-se que os sintomas são respostas a factores externos de *stress*, enquanto na depressão endógena os sintomas parecem ocorrer independentemente de causas ambientais. Em muitos casos, esta distinção não parece clara. Está demonstrado que os acontecimentos precipitantes precedem ambos os tipos da perturbação e não foi ainda confirmada a existência de dois conjuntos distintos de sintomas (Wilkinson *et al.*, 2003).

A depressão endógena, define-se em termos de tristeza, isolamento social, perda da líbido, anorexia/perda de peso, inibição/agitação, acordar precoce, culpa, perda do

prazer, variações diurnas do humor com relação com alterações sazonais (Van Praag, Kloet & Os, 2005).

Depressão unipolar e bipolar

A expressão depressão unipolar usa-se para designar as depressões que ocorrem isoladas, sem associação com doença maníaca. Nas perturbações bipolares, os episódios de depressão e de mania ocorrem de forma alternada ou em conjunto. (Wilkinson, *et al.*, 2003).

A doença bipolar constitui uma perturbação do humor que oscila entre dois extremos, alterando seriamente a vida do doente e de quem o rodeia. O estado destes doentes balança entre a excitação e irritabilidade, por um lado, e a tristeza e o desespero, por outro. Entre estes dois episódios, o doente bipolar pode beneficiar de um período de humor estável, que pode durar dias, meses ou até anos (Joyce-Moniz, 2000). Estas oscilações variam entre a fase de mania e a fase depressiva.

Quando o humor está “em alta” – o que corresponde à fase de mania – as pessoas sentem-se mais alegres, mais sociáveis, mais activas, mais faladoras, mais auto-confiantes, mais criativas e mais criativas. Porém, com a elevação progressiva da mania, estas sensações positivas revelam uma face menos agradável: os pensamentos aceleram-se, a fala também, as mudanças de assunto são a norma; dá-se uma reacção excessiva aos estímulos, interpretam-se erradamente acontecimentos, qualquer comentário banal ou incidente mais insignificante desencadeia uma irritabilidade extrema (Joyce-Moniz, 2000). A auto-estima dá lugar a um excesso de confiança e a um aumento desmesurado do amor próprio, que faz a pessoa sentir-se mais importante que as demais. Perde-se a noção da realidade, “ouvem-se” vozes e delira-se. Tudo isto sem que a pessoa reconheça estar doente (Wilkinson, *et al.*, 2003).

No outro extremo do humor destes doentes, encontra-se a depressão, onde persistem sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, uma extrema preocupação com o fracasso, uma baixa auto-estima e uma obsessão por pensamentos negativos. Pode ocorrer perda de peso e de apetite, diminuição do desejo sexual e alterações do sono (insónias ou sonolência). As lágrimas brotam mais facilmente, as ideias de morte são frequentes, as tentativas de suicídio podem ocorrer (Wilkinson, *et al.*, 2003).

Existe uma margem de sobreposição entre os doentes destes dois grupos; alguns indivíduos com perturbação unipolar são casos potenciais de doença bipolar que ainda não se revelou.

Depressão Mascarada

Esta expressão é utilizada quando se crê que existe depressão subjacente a doenças somáticas ou perturbações mentais inexplicadas, ou outros tipos de comportamento inexplicável, por exemplo, dor crónica, hipocondria, perturbações psicossomáticas ou de conversão, pseudodemência, alguns estados de ansiedade, furtos em lojas praticadas por mulheres na meia-idade (Wilkinson, *et al.*, 2003).

Depressão e álcool

As pessoas depressivas procuram muitas vezes o álcool porque esta substância parece proporcionar-lhes um alívio temporário do sentimento incómodo de tensão e infelicidade. Contudo, o abuso de álcool causa danos graves, não só emocionalmente e socialmente, mas também em relação à família. O álcool é também um depressor cerebral que provoca inevitavelmente, ou prolonga, a depressão (Wilkinson, *et al.*, 2003).

Perturbação afectiva sazonal

Caracteriza-se por episódios de perturbação bipolar ou episódios depressivos *major* recorrentes durante um período de 60 dias durante os meses de Inverno. Devem existir pelo menos três episódios de perturbação do humor em três anos diferentes, sendo dois ou mais deles consecutivos (Wilkinson, *et al.*, 2003).

Muitas das funções corporais, como a regulação de temperatura e secreções hormonais, dependem de alguns ciclos biológicos (ritmos circadianos) que variam ao longo das estações. Esses ritmos tendem a precipitar o surgimento da depressão durante os meses de inverno. Para além dos sintomas depressivos, em geral, estes indivíduos também apresentam uma excessiva letargia, sono excessivo e apetite exagerado (Marcelli, 2003).

A depressão sazonal poderá estar relacionada com privação do sol que ocorre no inverno (Wilkinson, *et al.*, 2003).

Depressão persistente

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, (1994) [ICD-10] podem, ainda, utilizar-se categorias de diagnóstico para os seguintes casos:

✚ Distímia- depressão do humor crónica que perdura durante vários anos, mas que não é suficientemente grave ou prolongada para justificar o diagnóstico de episódio depressivo.

✚ Ciclotímia- instabilidade do humor persistente que envolve numerosos períodos de depressão e exaltação ligeira, mas que não atinge as proporções de perturbação afectiva bipolar.

Associação entre a perturbação depressiva major e outras perturbações

A perturbação depressiva major pode apresentar-se com outras perturbações associadas. Estas incluem labilidade emocional, irritabilidade, inquietude e ansiedade, medos, hipocondria, gastroalgia e outros tipos de algia. Por vezes, os sujeitos com perturbação depressiva major sentem ataques de pânico e, nas crianças, pode surgir a ansiedade de separação. Relativamente ao desempenho sexual, os indivíduos podem apresentar distúrbios como, por exemplo, disfunção erétil no sexo masculino e anorgasmia no sexo feminino (A.P.A., 2002).

O suicídio apresenta-se com uma taxa elevada, sendo a consequência mais grave da perturbação depressiva major. Assim, uma elevada mortalidade encontra-se associada a esta perturbação, com uma prevalência que pode atingir os 15%. A problemática do suicídio pode encontrar-se associada a características psicóticas, bem como a factores hereditários (A.P.A., 2002).

2.8 - Meios de exame diagnóstico

Segundo Wilkinson, Moore e Moore (2003), a entrevista clínica é o meio mais eficaz para diagnosticar a depressão. A entrevista clarifica a natureza, grau e gravidade dos sintomas depressivos, identificando o tipo de depressão, o seu curso e consequências, bem como a história familiar e abuso de álcool e drogas. A entrevista ajuda também a determinar se o indivíduo tem ideias suicidas e, neste caso, a sua gravidade. A presença de sintomas psicóticos deve também ser determinada (Wilkinson *et al.*, 2003).

Se existirem indicadores na história do indivíduo que sugiram a presença de patologia de origem orgânica, deverão ser realizados exames complementares de forma a esclarecer a situação clínica, devendo ser determinado se o problema de saúde tem alguma ligação com a depressão (Wilkinson *et al.*, 2003).

Actualmente não existe nenhum exame laboratorial fidedigno a 100%, que diagnostique a perturbação depressiva *major*. Porém, os exames laboratoriais sugerem que indivíduos deprimidos apresentam características distintas dos grupos de controlo. Os exames laboratoriais possuem uma maior probabilidade de expor resultados anormais quando o indivíduo experimenta melancolia, perturbações psicóticas ou depressões graves (Van Praag *et al.*, 2005).

O electroencefalograma (EEG) do sono revela anormalidades em apenas 40%-60% dos doentes deprimidos em regime de ambulatório. No entanto, 90% dos doentes internados com perturbação depressiva *major* apresentam distúrbios neste tipo de exame de diagnóstico (Maj & Sartorius, 2005).

A perturbação depressiva *major* poderá ser provocada por uma disfunção no sistema neurotransmissor, tais como a nível da serotonina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina e o ácido-gama-aminobutírico. Podem surgir, ainda, mudanças a nível de alguns neuropéptidos, nos quais se inclui a hormona responsável pela libertação da corticotropina. Alguns indivíduos apresentam alterações a nível hormonal, nomeadamente no tocante a elevada libertação de glicocorticóides e atrofia das funções da hormona de crescimento, da tiróide e da prolactina. Com a evolução da imagiologia cerebral, já é possível observar disfunções a nível da irrigação sanguínea no cortex pré-frontal lateral e nas regiões límbica e paralímbica (Ruiloba & Ferrer, 1999).

O surgimento da depressão em pessoas mais velhas pode ter como causa a alteração da estrutura cerebral a nível dos vasos periventriculares. Contudo, estes problemas podem não estar associados a todos os indivíduos deprimidos (Ruiloba & Ferrer, 1999).

2.9 – O suicídio na Adolescência

O suicídio é um fenómeno complexo, encontrando-se entre as 10 principais causas de morte no mundo, e entre as três primeiras quando se considera a faixa etária entre os 15 e 34 anos de idade (Gunnell, 2000). Segundo Gunnell (2000), nos países desenvolvidos, os suicídios representam entre 1 a 2% de todas as mortes. Em 1999, mais de 1,4 milhão de pessoas morreram vítimas do suicídio, alcançando aproximadamente 1,6% da mortalidade mundial naquele ano (Gunnell, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (1995) a mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos (coeficiente calculado para o ano 1995:

16 suicídios para cada 100.000 habitantes) e, nesse mesmo período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa etária mais idosa ocorrendo mais entre os 15 aos 25 anos de idade e os 35 aos 45 anos de idade (WHO, 1999).

Em 2000, cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio e 10 a 20 milhões tentaram o suicídio. Isso representa à escala mundial uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 3 segundos (Bahls, 2002).

Segundo Bahls (2002), os factores de risco para o suicídio na adolescência são: tentativa prévia, depressão, abuso de drogas e álcool. Os homens morrem 2 a 4 vezes mais por suicídio do que as mulheres, mas as mulheres tentam o suicídio 3 a 4 vezes mais do que os homens. Já a prevalência de transtornos de personalidade, condições de vida e problemas interpessoais são maiores entre os casos de tentativa de suicídio (Bahls, 2002).

Na maioria dos casos, existe um acontecimento recente na vida do adolescente que funciona como factor desencadeante (Feijó, Raupp, & John, 1999). De um modo geral, esse acontecimento envolve desentendimento ou perda de alguém importante, como um namorado, companheiro ou parente próximo. De entre os métodos utilizados nas tentativas de suicídio, destacam-se a ingestão em excesso de medicamentos (60% dos casos), ingestão de venenos e agrotóxicos (20%), e cortes e perfurações (8%) (Botega *et al.*, 1995).

Cassorla (1980) efectuou um estudo sobre adolescentes do sexo feminino que tentaram o suicídio (geralmente devido à separação dos pais, famílias problemáticas com carências psíquicas, sociais e monetárias) sistematizando os resultados da seguinte forma: - A criança cresce em um ambiente hostil, sem boas figuras de vinculação; Ao atingir a puberdade, ao tornar-se independente dos pais, perda do corpo e dos papéis infantis, provocam uma sensação de desamparo; A elaboração de lutos normais na adolescência torna-se problemática; Desencadeia-se, então, a procura de objectos substitutivos de figuras parentais simbolizadas no passado; Começa a namorar e a manter precocemente relações sexuais, num relacionamento fundido, *simbiótico*, com o parceiro. Surge a gravidez, abortos e filhos não-desejados; Ocorrem sentimentos de culpa, autodesvalorização, conflitos e ameaças de rompimento com o parceiro; A jovem geralmente sem suporte familiar ou de amigos, entra em desespero, e deprime; A tentativa de suicídio muitas vezes visa manter a ligação com um parceiro superinvestido afectivamente, geralmente um namorado. Normalmente a intencionalidade suicida é pequena, apenas um quarto dos pacientes admite que queria realmente morrer, outros

afirmam que apenas queriam dormir para esquecer os problemas. O comportamento suicida poderá ser um grito de socorro, que pode ser bem sucedido, provocando um movimento de suporte e de reestruturação, ou provocar ainda mais agressões provenientes de pessoas próximas ou dos profissionais de saúde (Cassorla, 1980).

O suicídio é a mais frequente do que o que possa imaginar. O índice de suicídio oscila entre os 5 e 35% por 100.000 habitantes. Em Espanha, Itália e Irlanda esta taxa é mais baixa, do que nos países angosaxónicos oscila entre 10 a 15% por 100.000 habitantes. O suicídio em adolescentes e jovens universitários é a terceira causa de morte, depois dos acidentes e neoplasias (Laufer, 2000).

Segundo os estudos efectuados por Sainsbury (1986), 15% dos doentes com depressão tentam o suicídio.

Nos últimos anos, a taxa de suicídio nas crianças e adolescentes tem aumentado. Segundo Sainsbury (1986), na Europa a taxa de suicídio por 100.000 habitantes entre adolescentes dos 15-19 anos em 1960 era de 5,6 homens para 1,6 para as mulheres, em 1980 a taxa aumentou, nos anos 80, para 13,8% (sexo masculino) e 3,0% (sexo feminino). Este aumento está relacionado, de acordo com Sainsbury (1986), com o surgimento das depressões nestas idades.

As causas de tentativas de suicídio no adolescente são diferentes das causas dos adultos. O fracasso escolar, rotura de namoro, separação dos pais, discussões familiares, violência familiar, alcoolismo dos pais, perturbações alimentares são factores que contribuem para o comportamento suicida dos adolescentes (Laufer, 2000).

Nos anos 90, o suicídio surge quase invariavelmente associado a situações de perturbação psíquica, apresentando-se como a segunda causa de morte na adolescência (Sampaio & Santos, 1990).

Segundo Saraiva (2002), todos os anos quase um milhão de indivíduos comete suicídio em todo o mundo, ou seja, ocorre em média dois suicídios por minuto na Rússia, Países Bálticos, Países de Leste, Europa Ocidental, EUA, Canadá e Japão. Em alguns países, o suicídio representa a principal causa de morte no intervalo etário dos 25 a 34 anos (Sampaio, 2002). No entanto Portugal, nos últimos vinte anos, apresenta uma taxa de suicídio anual relativamente baixa, que ronda os 600 a 900 suicídios (Sampaio & Santos, 1990).

Aproximadamente 15 a 20% dos indivíduos com distúrbios afectivos cometem tentativa de suicídio (Laufer, 2000). O comportamento suicida é a complicação mais letal da depressão. De acordo com Laufer, (2000), a pessoa deprimida pode idealizar o

suicídio como o fim do sofrimento ou a transferência deste para os outros. Muitos indivíduos não contemplam o suicídio como solução, no entanto, simpatizam com a ideia de morrer por um ataque cardíaco súbito ou acidente. A pessoa que está determinada a morrer e elabora planos para a altura e método ideal, encontra-se em grande risco. Ser homem, divorciado ou viúvo, idoso, desempregado, alcoólico, com história de tentativas passadas e com familiares apresentando comportamentos suicidas são factores que aumentam o risco de suicídio (Ruiloba & Ferrer, 2000) .

Em pleno século XXI, o suicídio apresenta-se como um dos menos entendidos actos do homem, muitas vezes associado a sentimentos de vergonha, culpa, cobardia e inadaptabilidade social (Saraiva, 2002).

Existem várias abordagens para a interpretação da problemática suicidária: para alguns autores, a tentativa de suicídio relaciona-se directamente com uma situação de luto e de depressão, enquanto, para outros, o suicídio relaciona-se principalmente com um episódio psicótico de ruptura com a realidade não estando directamente ligado à depressão (Sampaio, 2002).

Pensamentos suicidas são comuns nos quadros de depressão e tal situação deve ser comunicada imediatamente ao médico. Os membros familiares mais chegados e amigos podem proporcionar o suporte necessário nestes casos (Sampaio, 1990).

A relação entre depressão e suicídio apresenta-se complexa, sendo que habitualmente, a depressão é considerada como directamente responsável pelos comportamentos suicidas (Sampaio, 1993).

Segundo Laufer (2000), os comportamentos suicidas podem apresentar-se como uma defesa contra a depressão ou, contrariamente, a depressão pode representar uma defesa contra o suicídio. As condutas suicidas podem apresentar-se como uma forma de não confrontação com o sofrimento causado pela depressão (Laufer, 2000). Perante a morte, o adolescente sente-se dono de si mesmo, negando a sua impotência e alcançando uma ilusão de onnipotência (Sampaio, 2002).

As ideias suicidas podem surgir quando o adolescente se depara com a possibilidade de independência, de sucesso, de liberdade e de prazer que vem colocar em causa a sua depressão (Ruiloba & Ferrer, 2000).

A tentativa de suicídio pode ser encarada como uma fuga da realidade, ocorrendo um progressivo isolamento. Se esta mensagem for menos nítida, pode ocorrer uma ruptura entre o jovem e o mundo que o rodeia (Sampaio, 2002).

O diagnóstico da depressão, deve ser realizado o mais precoce possível, permitindo uma maior prevenção do suicídio, dada a frequente associação dos sintomas depressivos com a problemática deste comportamento (Saraiva, 2002).

Dada a pertinência do conhecimento dos sinais de alarme da depressão, como forma de prevenir um possível comportamento suicida, torna-se fundamental conhecê-los (Sampaio, 1993): problemas com o corpo; agressão; rigidez; luta grupo/família – autonomia; distinção difícil entre o meio interior/exterior; fadiga; conflitos graves na família; insucesso escolar mantido; equivalentes afectivos; lentificação psicomotora; humor irritável; labilidade emocional – instabilidade, inquietação, ansiedade; agitação psicomotora; alteração do comportamento – “passagem ao acto”; violência – drogas – fugas – acidentes – promiscuidade; aborrecimento e ameaças de suicídio.

De acordo com Sampaio (2002), o adolescente que tenta suicidar-se acredita que matou uma parte em si mesmo.

Existe uma relação entre a depressão e a tentativa de suicídio, ainda que estas não sejam coincidentes (Marcelli, 2002). A investigação revela que 50 a 70% dos adolescentes que realizaram uma tentativa de suicídio evidenciavam uma situação depressiva (Marcelli, 2003). Estes estudos sugerem uma correlação entre a gravidade da depressão e a ocorrência da tentativa de suicídio e vice-versa, e que a existência de queixas somáticas, principalmente nos rapazes, representa um factor de risco de suicídio (Marcelli, 2002).

A ideação suicida, o desejo de morte e os pensamentos sobre a morte estão directamente relacionados com a depressão e a gravidade desta (Marcelli, 2003).

Segundo Fisher e Shaffer (1984), podemos definir três modelos explicativos do suicídio: a) modelo psicológico – o suicídio é produto de conflitos internos do indivíduo; b) modelo nosológico – o suicídio está relacionado com uma doença do indivíduo; c) modelo sociológico – o suicídio é previsível após desajuste social.

Epidemiologicamente, segundo Choquet e Gasquet (1994), a relação entre a morbidade e a mortalidade por tentativas de suicídio em função do sexo é um dado bem conhecido. Segundo estes autores, os adolescentes possuem uma morbidade de 500/100 000 nas raparigas e de 200/100 000 nos rapazes, estando a mortalidade relacionada em 75% dos casos aos rapazes.

De acordo com Sampaio (2002), os seguintes sinais representam a gravidade da tentativa de suicídio: a) presença de depressão grave; b) tentativas de suicídio anteriores; c) suicídios e tentativas de suicídio na família; d) premeditação e plano para

evitar a descoberta. As tentativas de suicídio ocorrem mais no sexo feminino em idades mais jovens. Este autor considera que a intoxicação medicamentosa é o método mais frequentemente escolhido.

Para Sampaio (1991), a tentativa de suicídio pode classificar-se segundo a sua gravidade, podendo esta ser pouco grave (com alto valor psicológico de apelo) a muito grave (podendo ser fatal), possuindo características psicológicas de desistência e de fuga.

Todavia, os resultados da investigação não são consensuais. Saraiva (1999), num estudo realizado com jovens, refere oito características demográficas do comportamento suicida consumado: 1) mais frequente nos rapazes do que nas raparigas (relação 2:1); 2) presença de doença psiquiátrica em, pelo menos, 93% dos casos; 3) doença afectiva ou alcoolismo em 57-86% dos casos; 4) doença terminal entre 4-6%; 5) cerca de 66% comunicaram a intenção suicida (40% de forma clara); 6) cerca de 33% tiveram tentativas anteriores de suicídio; 7) cerca de metade não tinha contactado com técnicos de saúde mental; 8) no entanto, 90% tinham contactado serviços de saúde no último ano.

Segundo Sampaio (1990), o comportamento suicida apresenta-se sob quatro principais tipos: 1) Apelo: está presente no pedido de ajuda; 2) Desafio: altura em que o adolescente contesta a autoridade dos pais; 3) Fuga: corresponde ao momento em o adolescente mergulha no isolamento familiar e social, evitando o contacto com os outros; 4) Renascimento: O adolescente deseja a morte para renascer.

A reincidência da tentativa de suicídio é uma problemática frequente, ocorrendo em 30 a 50% dos casos (Marcelli, 2003). Os factores que podem sugerir a reincidência estão relacionados com a existência de um diagnóstico psiquiátrico e a presença de sintomas depressivos (Marcelli, 2003).

É importante reflectir sobre os sinais de alarme de uma possível reincidência da tentativa de suicídio. Segundo Laufer (2000), a presença de um diagnóstico depressivo, corresponde ao primeiro sinal de alarme. A persistência de medo e angústia de não conseguir superar as dificuldades sentidas no seu dia-a-dia poderá induzir no adolescente a repetição de uma tentativa de suicídio. Outros sinais de alarme são a ruptura familiar (como por exemplo: luto, conflitos), má adaptação ou degradação da relação com o grupo de pares e quebra de laços sentimentais (Laufer, 2000).

A acumulação de acontecimentos de vida negativos (divórcio dos pais, desemprego, mudança de local de residência, morte ou ausência de um progenitor)

devem alertar o terapeuta para uma possível futura repetição dos actos suicidas (Sampaio, 2002).

O terapeuta deverá ter competência para distinguir uma atitude de apelo da tentativa de suicídio, criando uma atmosfera de confiança, dando espaço ao adolescente para se exprimir livremente. Quando o terapeuta se apercebe da real ameaça do suicídio, deve tomar medidas preventivas para proteger a vida do adolescente tais como: aumento da frequência das sessões, alertar os familiares ou mesmo hospitalização (Sampaio, 2002).

Numa abordagem psicopatológica do comportamento suicida, podemos relacionar as suas interações com o diagnóstico de depressão. A manipulação da ideia de morte, a existência de perturbação depressiva e o desejo de controlar o corpo são os factores comuns que potenciam o processo de mudança representado pela adolescência (Sprinthall & Collins, 2003).

Outra situação de potencial risco suicida pode ocorrer quando o adolescente se torna consciente da sua própria homossexualidade, que este não aceita dado os padrões educacionais e sociais com que foi crescendo (Sampaio, 2002).

Segundo Grinnberg (2000), o adolescente suicida fantasia qual a reacção dos outros depois da sua morte, sentindo prazer ao idealizar a reacção dos familiares e grupo de pares sensibilizados com o seu suicídio.

Quando um dos progenitores morre por morte natural, o adolescente sente-se no dever de o respeitar e relembrar de uma forma carinhosa, podendo qualquer desvio a esta atitude ser considerada pouco digna da pessoa falecida, culpando-se e podendo voltar contra si toda a sua agressividade (Braconnier & Marcelli, 2005). Do mesmo modo, quando um dos pais apresenta doença grave ou crónica, o adolescente pode experimentar uma certa confusão entre a realidade e as suas fantasias agressivas. Sendo a agressividade um sintoma característico da depressão, esta pode contribuir para o acto suicida na adolescência (Braconnier & Marcelli, 2005).

A tentativa de suicídio ocorre em momentos de raiva, cólera e violência. Esta atitude caracteriza-se pela sua impulsividade espontânea e vivacidade. O adolescente age sem reflectir no seu acto e suas consequências (Sampaio & Santos, 1990).

O suicídio no adolescente tornou-se de tal forma comum que passou a merecer uma atenção redobrada, por vezes, o adulto não tem consciência das dificuldades sentidas pelo adolescente, possuindo a ideia de que esta fase é sinónimo de despreocupação, alegria e felicidade (Sampaio, 2002).

O contexto familiar pode representar um factor primordial no comportamento suicida do adolescente, dado que as famílias dos adolescentes com esta tendência tendem a ser desestruturadas (Laufer, 2000). Tendencialmente, os adolescentes suicidas foram alvo de uma educação rígida, com excessivas restrições quanto à hora de saída e de entrada e também às companhias. Por vezes, não é permitido ao adolescente expressar os seus sentimentos e inquietudes, restando-lhes a tentativa de suicídio como forma de comunicação (Laufer, 2000).

A adolescência é, assim, compreendida como um período de instabilidade devido as mudanças físicas e psicológicas (puberdade), sendo o suicídio um possível produto desta (Marcelli, 2003).

É de salientar que o passado do adolescente pode ter influência no seu comportamento suicida, nomeadamente a vivência de situações traumáticas de separação e luto (Matos, 2002).

Matos (1986) considera que tudo poderá ser iniciado numa infância infeliz, sendo que situações de rejeição e culpa injustamente atribuída representam factores de predisposição depressiva:

Em fase de perdas afectivas não reparadas, da indução de culpa e de sentimentos de inferioridade, a repressão, os maus tratos e o excesso de controlo da espontaneidade e entusiasmo infantis, instala-se uma hipersensibilidade a perda. Uma culpabilidade automática, uma baixa de auto-estima, com um padrão de comportamento de retirada das relações, desistência de projectos, resignação perante o insucesso e um futuro sem esperança (p.81)

Um desgosto amoroso ou outra qualquer contrariedade podem representar facilmente a dimensão de catástrofe. As perdas ou ameaças de perda reactivam o processo depressivo. A raiva que essas perdas provocam têm, então, tendência a focalizar-se sobre o próprio, aumentando o risco de suicídio (Sampaio, 2002).

A sociedade actual pode influenciar o comportamento suicida do adolescente com as suas exigências e competitividade. O jovem pode experimentar, um sentimento de incapacidade e de culpa por não conseguir atingir os objectivos impostos pela sociedade (Grinberg, 2000).

Para Strecht (2005), a gravidade da tentativa de suicídio é variável, não estando relacionada com o suicídio consumado, que se encontra frequentemente ligado a doença do foro psiquiátrico, tal como depressão grave. As características mais frequentes da

tentativa de suicídio estão associadas, na depressão, a um grande sentimento de perda, como, por exemplo, a ruptura com o(a) namorado(a) ou perda de uma relação familiar. As situações de maior gravidade referem-se a adolescentes já há algum tempo apresentavam dificuldades de integração social, familiar ou dificuldades escolares. Estas causas estão interligadas devendo ser estudadas juntas (Strecht, 2005).

Laufer (2000) refere que a problemática do suicídio nos adolescentes se encontra relacionada com insucessos no processo de desenvolvimento da adolescência. Segundo este autor, as tentativas de suicídio surgem frequentemente não só como mensagem, mas como um grito desesperado, apelando ajuda das pessoas que o rodeiam. Laufer (2000) considera este momento como o renascimento do adolescente para a vida, pois os indivíduos que estavam em seu redor passaram a prestar-lhe atenção e a dar-lhe a oportunidade de expressar os seus sentimentos. A tentativa de suicídio define, assim, um ponto em que uma parte do adolescente morre e uma nova oportunidade surge. Esta tentativa pode ser expressa pelo desejo de matar o corpo, que é muitas vezes manifestado pelos adolescentes, não o amando, mas sim odiando-o. A partir do momento da tentativa de suicídio, o corpo é percebido de um modo diferente e o adolescente tem presente os actos ocorrido no passado como algo que não irá repetir (Strecht, 2005).

A tentativa de suicídio pode surgir como um grito de desespero dada a situação com a qual o adolescente já não consegue conviver mais. O objectivo destas tentativas de suicídio consiste, muitas vezes, no apelo de despertar a atenção e consciência daqueles que o rodeiam, alterando a sua maneira de estar (Grinberg, 2000).

Em síntese, as causas que podem levar ao acto autodestrutivo representado pelo acto de suicídio podem possuir diversos significados, quer do ponto de vista familiar, social e psicológico.

Sampaio (1993) refere que a maioria das tentativas de suicídio na adolescência estão ligadas aos problemas familiares, tais como o relacionamento com os pais, falta de autonomia e pouca capacidade de criar laços afectivos. As dificuldades de integração a nível social e escolar (fracasso ou receio de fracasso escolar, inadaptação), geram frequentemente uma crise profunda que se vai tornando insustentável (Sampaio, 1990).

Quando acontecimentos desencadeantes do acto suicida, podem relacionar-se com problemas profissionais, como carências monetárias; problemas do âmbito sexual, tais como gravidez indesejada, violação e incesto; e, ainda, a patologia crónica grave em si ou num ente querido. Tratam-se frequentemente de jovens que já apresentaram

problemas de toxicod dependência ou delinquência, possuindo problemas de comportamento (Sampaio, 2002).

Não é tarefa fácil identificar o suicídio. Pois frequentemente o limite entre a mera tentativa de suicídio como atitude apelativa e o acto provocado com o intuito de morrer esbate-se. Se para uns assume o carácter racional de uma escolha feita com consciência e lucidez dos seus actos, para outros apresenta-se como um mecanismo de controlo sobre os outros para poder obter algo (Grinberg, 2000).

2.3 – DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE A DEPRESSÃO

2.3.1 - Modelo Cognitivo

O modelo cognitivo está associado às investigações de Aaron Beck (1997), que parte do pressuposto de que as cognições, o comportamento e os aspectos bioquímicos são fundamentais para o curso da depressão. Segundo este autor, as cognições influenciam as emoções e comportamentos observáveis.

Beck (1997) distingue em três factores essenciais para o desenvolvimento da depressão: *Triade Cognitiva*, *assunções silenciosas* e *erros lógicos*.

No que diz respeito à *Triade Cognitiva*, esta representa as visões negativas ou pensamentos automáticos negativos que os indivíduos com depressão possuem relativamente a si, ao mundo e ao futuro (Beck, Steer & Brown, 1996).

As *assunções silenciosas*, ou *esquemas cognitivos*, são formulações individuais em função das manifestações emocionais, cognitivas e comportamentais. Estas manifestam-se em crenças que são elaboradas ao longo do processo de desenvolvimento (Beck, 1997).

De acordo com este modelo, o indivíduo com depressão activa frequentemente os esquemas cognitivos relativamente às alternativas. À medida que a depressão se agrava, o indivíduo tende a formular erros lógicos (Beck, Steer & Brown, 1996): A inferência arbitrária (que se refere ao modo como o indivíduo tira conclusões perante a falta de evidências positivas); a atenção selectiva (que consiste na sobrevalorização de pequenos pormenores em detrimento do contexto global); generalização abusiva (que se baseia nas conclusões obtidas tendo como base um único acontecimento); a maximização e minimização (que se refere à diminuição ou exagero da importância de

um acontecimento); a personalização (que se refere às associações entre acontecimentos e o indivíduo deprimido quando não existe motivo para tal).

O Modelo Cognitivo explica que as suposições silenciosas aprendidas em acontecimentos de vida menos favoráveis levam a um aumento da predisposição e vulnerabilidade para a depressão. A activação destes esquemas cognitivos é responsável pela presença de pensamentos automáticos negativos (Triade Cognitiva). Estes aumentam perante a presença de uma cada vez maior variedade de estímulos (Beck *et al.*, 1996; Ruiloba, 2002).

O indivíduo deprimido apresenta uma visão distorcida de si (com consequente baixa auto-estima), das suas experiências de vida passadas, presentes e futuras e da sua relação com os outros. Designa-se por **Triade cognitiva** as atitudes e expectativas que o indivíduo em relação si próprio, ao mundo e à relação com os outros. O indivíduo apoia-se em cognições inadequadas (auto-culpabilização, crença na própria incompetência e ausência de valor ou capacidade de ser amado e de atingir a auto-satisfação), tendo comportamentos de “*hopelessness*” (desesperança, pessimismo, antecipação de resultados negativos no futuro) e consequentes comportamentos exteriorizados de depressão (Beck *et al.*, 1996; Ruiloba, 2002).

Na base destas distorções encontram-se **esquemas negativos** do pensamento, que explicam a razão desta forma auto-referenciada de processar informação emocionalmente relevante. Estes esquemas são construídos a partir de relações vividas com outros significativos, quer na infância, quer na adolescência e que resultam da “relação entre as características temperamentais inatas da criança e as experiências desenvolvimentais disfuncionais, com membros da família” (Young, Beck & Weinberger, 1993, p.242). De acordo com Beck (2005), estes esquemas tornam-se padrões de pensamento duradouros, representando a forma como o indivíduo generaliza as experiências passadas, e determinam a forma como ele vai dar sentido e organizar a informação actual e futura.

Um dos fundadores da terapia cognitiva foi Aaron Beck, que, no início da década de 60 do século XX, desenvolveu um modelo teórico que procura resolver problemas relacionados com cognições disfuncionais, alterando-as (Beck, 1997).

O Modelo Cognitivo da depressão, defende que os processos negativos se encontram alterados de forma significativa e específica, nos indivíduos com depressão, levando-os a perceberem a sua realidade interna e externa de forma “distorcida”. Esta distorção é um elemento fundamental no desencadeamento da depressão e os sintomas

depressivos são vistos como consequências dessas distorções (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A forma como os indivíduos se sentem encontra-se relacionada com o modo como estes encaram as situações. A terapia cognitiva incide principalmente no nível de pensamento mais óbvio e superficial (Beck, 2005). Na depressão, os pensamentos automáticos apresentam-se de um modo distorcido, surgindo mesmo que existam evidências contrárias a este (Beck, 2005).

Assim, os pensamentos automáticos são simultâneos com os outros pensamentos, aparecendo naturalmente sem se basearem em reflexão. Os indivíduos, geralmente, estão mais sensíveis às emoções associadas aos pensamentos automáticos. No entanto, com algumas sessões de terapia cognitiva, o indivíduo é capaz de se tornar entendedor do seu pensamento. Os pensamentos que dizem respeito a problemas pessoais encontram-se frequentemente ligados a sentimentos particulares (sob a forma verbal ou imaginária), em função da importância do seu conteúdo. Geralmente ocorre uma alteração positiva do afecto quando se torna possível a avaliação e resposta aos pensamentos automáticos (Beck *et al.*, 1997) (Fig. 1)

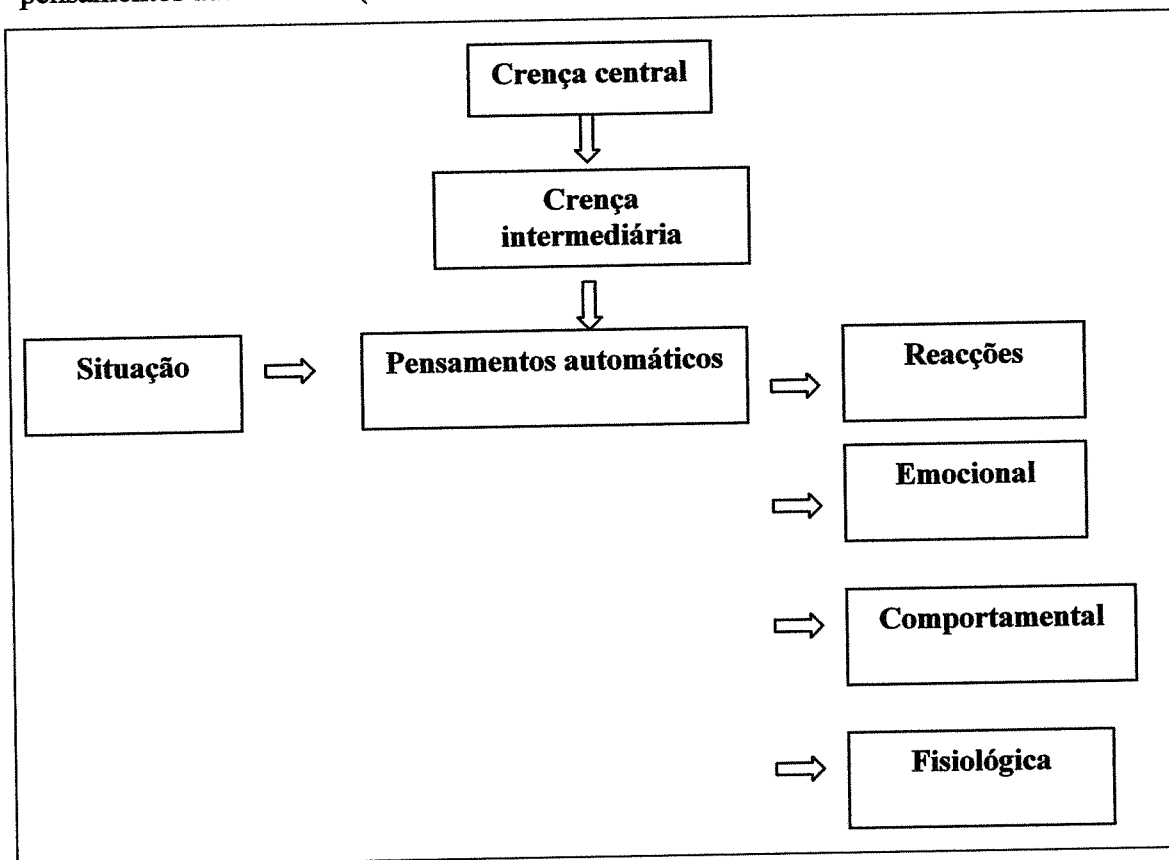


Figura 1: O Modelo Cognitivo (Adaptado de Beck, 1997).

Segundo Beck (1976, p.567), “a resposta afectiva é determinada pela forma como o sujeito estrutura a experiência”.

Esta forma de processamento cognitivo inadequado e o contacto com certos estímulos activam os esquemas negativos até aí latentes e predispõem o indivíduo para a depressão, começando a encarar as suas experiências como obstáculos insuperáveis, a crer-se incompetente, inapto, inferior aos outros e a desacreditar em melhorias futuras (Beck *et al.*, 1997).

A interacção recíproca entre o deprimido e o contexto social que o rodeia vai, assim, reforçar tanto os esquemas negativos, como a tríade cognitiva (Beck *et al.*, 1976).

O modelo da tríade cognitiva foi elaborado com base em observações clínicas em adultos deprimidos. No entanto, conjuntamente com Kovacs e Beck, estendem esta mesma conceptualização às crianças e adolescentes (Beck, *et al.*, 1997).

Este tipo de tratamento possui extrema importância para o indivíduo com depressão, pois é um meio terapêutico rigorosamente elaborado para o tratamento dos factores cognitivos específicos que estão implicados na perturbação depressiva moderada ou grave; a associação da terapia cognitiva com fármacos anti-depressivos, tende a baixar os níveis de depressão unipolar; a terapia cognitiva também tem revelado ser muito útil na prevenção de futuras recidivas de depressão (Ruiloba, 2002).

O modelo cognitivo da depressão contempla os seguintes pressupostos: As cognições distorcidas do deprimido não são produto secundário da depressão, mas estão relacionadas com uma relação causal com o desenvolvimento desta; As cognições distorcidas, negativas e as atitudes inadequadas aumentam a predisposição para a depressão, favorecendo futuras recaídas. Logo, as trocas das cognições e as atitudes do indivíduo são elementos fundamentais para o tratamento da depressão e para possíveis recaídas (Maj & Sartorius, 2005).

2.3.2 - Modelo do Desânimo Aprendido

O Modelo do **Desânimo Aprendido** defende que a depressão tem na base 1) a aprendizagem de reacções de desânimo; 2) a instalação de défices comportamentais e motivacionais; e 3) a construção de um tipo particular de atribuições de causalidade, face à experiência repetida de situações aversivas inevitáveis e fora do controlo do indivíduo (Seligman, 1975).

Seligman (1975) verificou que os indivíduos com depressão revelavam, com frequência, não conseguir influenciar o seu meio e comportarem-se de forma desanimada. Quando o indivíduo se confronta com acontecimentos incontroláveis, traumáticos ou negativos, torna-se predisposto e vulnerável à depressão. Enquanto que, quando ocorrem acontecimentos controláveis, o indivíduo sente poder de agir de forma a controlar a situação, resistindo a esta perturbação. Este modelo teórico sugere que a depressão é o resultado das experiências aversivas incontroláveis vividas pelos sujeitos e das expectativas que, conseqüentemente, estes criam de que os seus comportamentos não influenciam os acontecimentos da sua vida.

2.2.3 - A Teoria da Auto-Eficácia

Bandura (2002) dá ênfase ao modo como os resultados externos regulam o comportamento, reconhecendo as capacidades auto-dirigidas dos indivíduos como uma componente fundamental do seu funcionamento psicológico. Estas capacidades permitem-lhes exercer algum controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e acções.

A teoria da auto-eficácia parte do pressuposto de que o envolvimento em diferentes tarefas pode ser descrito com base no julgamento de que as pessoas fazem acerca da sua eficácia para lidar com as diferentes situações (Bandura, 2002). Bandura procura explicar os problemas da falta de motivação típica da depressão, através de experiências deficitárias ao nível cognitivo e da distorção cognitiva na criação de expectativas.

De acordo com Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino e Pastorelli (2003), a antecipação ou expectativa do indivíduo da sua incapacidade para mudar a situação gera a apatia que caracteriza o comportamento dos deprimidos. Um indivíduo que se julga incapaz retrai-se de se envolver em novas actividades. Como estes se envolvem cada vez menos em novas actividades, ocorre uma estagnação, tornando cada vez mais escassas as experiências bem sucedidas, levando a um maior pessimismo e menor perspectiva de auto-eficácia (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003).

Ainda segundo Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli e Regalia (2001), o estado deprimido decorre de uma série de acções auto-reguladoras, podendo ocorrer como resultado de disfunções. O indivíduo percepçiona as experiências de vida, recorrendo a critérios de auto-avaliação e atribui conseqüências aos seus actos.

De acordo com Bandura (2002), contrariamente aos indivíduos não deprimidos, que tendem a interpretar as experiências de forma positiva, lembrando com facilidade os sucessos e ignorando os fracassos. Os deprimidos interpretam as suas realizações sem a distorção positiva dos não deprimidos, ou interpretam a memória dessas realizações negativamente. Ao não valorizar os seus sucessos, os deprimidos tendem a exhibir demasiada preocupação pelas suas limitações ou erros (Bandura, 2002).

A auto-realização que os indivíduos alcançam é monitorizada pelos critérios auto-avaliativos, ou seja, é originada pela comparação entre os resultados da auto-observação e os seus padrões pessoais. Ao criar objectivos demasiado elevados, o indivíduo deprimido aumenta a probabilidade do resultado ser percebido como decepcionante levando ao desânimo. Por criarem metas demasiado elevadas e serem excessivamente críticos em relação a si próprios, os seus objectivos tornam-se difíceis de alcançar (Bandura, *et al.*, 2001). A principal característica dos deprimidos consiste, assim, na criação de metas muito exigentes, que aumentam a probabilidade das suas realizações não alcançarem o esperado (Bandura, *et al.*, 2001).

Enquanto os deprimidos valorizam excessivamente o fracasso dos seus objectivos e atribuem a causa dos seus insucessos a si próprios, os não deprimidos culpabilizam mais frequentemente o meio exterior (Bandura, *et al.*, 2001). É, ainda, de referir que os deprimidos tendem a comparar as suas realizações com os outros, depreciando os seus próprios actos. Os deprimidos tendem a fazer uma avaliação pouco apreciativa dos seus sucessos, auto-punindo-se excessivamente quando têm um fracasso. Estas auto reacções em relação a si próprio são demasiadamente negativas quando comparadas com as dos não deprimidos (Bandura, *et al.*, 2001).

Bandura (2002) considera que os indivíduos deprimidos possuem mecanismos auto-avaliativos comparando que conduzem, por vezes, à decepção. Ao considerar-se responsável pelos seus fracassos, o indivíduo facilmente se auto-deprecia (Bandura, 2002).

Este modelo teórico defende que o tratamento da depressão e prevenção de futuras recidivas requer planeamento e estratégias adequadas, bem como de um forte compromisso entre o terapeuta e o indivíduo deprimido. No entanto, cada paciente é único e as suas necessidades particulares deverão ser acauteladas, nomeadamente em tempos de tratamento muito longos. É essencial conseguir motivar o doente a aderir a um plano de tratamento, uma vez que o curso deste pode ser caracterizado por níveis de desistência elevados (Bandura, *et al.*, 2003).

Em síntese, o adolescente deprimido possui frequentemente um conjunto de respostas fisiológicas, comportamentais, cognitivas e emocionais que permitem classificar o seu estado de saúde como perturbado. Na perturbação depressiva, a relação entre o organismo e o seu contexto de vida está alterada, pela ocorrência de interpretações negativas e persistentes que se tornam desajustadas à tarefa de dar sentido às experiências. Estas interpretações negativas resultam da visão negativa que a pessoa deprimida tem do mundo, dela própria e do seu futuro essas interpretações parecem ser produto de crenças absolutas, arbitrárias e deadaptativas, que poderão ser alteradas através de intervenção psicológica.

CAPÍTULO III – SUPORTE SOCIAL

3 – SUPORTE SOCIAL

Nos últimos trinta anos, tem-se dado grande ênfase ao papel do suporte social. Este termo tem sido largamente usado para referir os mecanismos pelos quais as relações interpessoais protegem o indivíduo dos efeitos adversos do *stress*. O interesse por esta temática foi despoletado por uma série de artigos publicados em meados dos anos 1970 (Caplan 1974; Cobb 1976).

O suporte social apresenta-se como um importante meio de diminuição das consequências dos acontecimentos causadores de *stress* e melhoria da capacidade de adaptação no desenvolvimento do adolescente (Ribeiro, 1999a).

O suporte social é definido como: “a existência ou a disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason & Sarason, 1984, p.127).

Para Cobb (1976), o suporte social baseia-se na informação de que o indivíduo é querido, estimado e membro integrante de uma rede social. Este género de informação desempenha o papel complementar das necessidades sociais e de protecção do sujeito das más consequências oriundas das situações de crise ou de *stress*.

Segundo Lin (1986), o suporte social consiste num conjunto de acções expressivas ou instrumentais – percebidas ou recebidas – proporcionadas pela comunidade, as redes sociais e as pessoas de confiança.

Existem três eixos fundamentais para esta definição, que se encontram interligados: O suporte social é um conjunto de transações expressivas ou instrumentais; o suporte social é o conjunto de transações percebidas e recebidas e as fontes de suporte social são a comunidade, as redes sociais e as pessoas de confiança (Ochoa, Olaizola, Espinosa & Martínez, 2004). O suporte social pode ser percebido e proporcionado pelas relações de confiança. Existe uma ampla diversidade de situações de ajuda que podem denominar-se de suporte social.

A importância do suporte social e o papel desempenhado por este nas perturbações físicas e psíquicas ligadas ao *stress* levaram Cassel (1974) a interessar-se por esta temática. Este autor estudou a relação entre o contexto diário dos indivíduos, as más condições de habitabilidade, densidade populacional e fracas relações com os vizinhos e a prevalência de algumas perturbações, como a psicose, depressão, tuberculose e outras, tendo concluído que a falta de organização social (como por exemplo o rompimento de laços sociais) poderia levar ao aumento da doença física e

psíquica. Cassel (1974) enfatiza o papel do *feedback* social, considerando-o como pedra angular do conceito de suporte social. Esta perspectiva, considera que o suporte social deriva principalmente da família e dos amigos, que desempenham um papel amortecedor dos efeitos do *stress*. Deste modo, a susceptibilidade à doença varia com a diversidade de suporte social recebido de indivíduo para indivíduo.

A investigação revela a existência de associações entre a perturbação psiquiátrica e alguns factores tais como o estado civil, mobilidade geográfica e desintegração social. A ausência de adequados laços sociais e suporte, estão presentes e associadas às problemáticas psiquiátricas (Cohen & McKay, 1984; Wortman & Conway, 1984).

Embora não totalmente conclusivos, estes estudos iniciais deram origem a um grande interesse científico sobre a possibilidade da influência do suporte social na saúde. Nos anos oitenta, porém, o entusiasmo inicial foi substituído por uma análise mais crítica deste assunto (Cohen & McKay, 1984; Wortman & Conway, 1984).

Actualmente, o papel do suporte social ainda se encontra em intenso debate na literatura. Consequentemente, os investigadores têm vindo a considerar a necessidade de uma mais sistemática e precisa conceptualização do construto (Landman-Peeters, Hartman, Pompe, Boer, Minderaa & Ormel, 2005). Neste âmbito, têm sido estudados distintos tipos de suporte social. Alguns deles correspondem aos aspectos estruturais das relações, frequência do contacto social, participação em actividades sociais ou envolvimento numa rede social. Contudo, também têm sido estudadas as diferenças estruturais que o suporte pode evidenciar, tais como a expressão do afecto positivo ou suporte emocional; expressão de concordância com as crenças ou sentimentos de outras pessoas; encorajamento da expressão dos sentimentos; proporcionar aconselhamento; e ajuda material (Landman-Peeters, *et al.*, 2005)

Adicionalmente, vários investigadores estão sensíveis aos problemas metodológicos inerentes aos primeiros estudos. Na maioria, os investigadores têm notado que estes estudos iniciais falham pela sua incapacidade em identificar a causa da ausência de suporte social (Brian, *et al.*, 2006).

Alguns estudos longitudinais bem controlados, entretanto, surgiram na literatura (Brian, *et al.*, 2006). O alcance e complexidade do construto do suporte social obrigou os investigadores a especificar as condições sob as quais este promove o bem - estar. Dois assuntos em particular foram realçados por estudos recentes: a) a distinção entre

funções ou tipos de suporte; b) a distinção entre percepções do suporte (Brian, et al., 2006).

A investigação em torno do suporte social refere-se a múltiplos aspectos objectivos: número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos. São também tidos em conta aspectos subjectivos como a percepção que a pessoa tem da adequação e da realização social da sua vida (Ribeiro, 1999a).

Caplan (1974), Cassel (1974) e Cobb (1976) delinearam as bases para a compreensão do suporte social delimitando os parâmetros que o definem.

Caplan (1974) foi o pioneiro a referir-se ao conceito de “Sistema de Ajuda”, que engloba o núcleo familiar e de amigos, os vizinhos e entidades tais como: os clubes desportivos, a igreja, associações e outras. Este autor propôs três conjuntos de acções produzidas pelo “Sistema de Ajuda”, consistindo no tipo de apoio prestado ao indivíduo na activação das suas capacidades psicológicas, tendo em vista a gestão adequada dos seus problemas emocionais, a partilha de actividades, ajuda material e apoio para a resolução de situações difíceis. Este autor correlaciona o apoio que é dado aos indivíduos com a oferta de serviços formais e informais, enfatizando o papel representado pelos prestadores de cuidados, no entendimento das relações humanas e das suas carências sociais.

Nos seus estudos, Caplan (1974) procurou compreender como se organizam os processos de ajuda das comunidades e que tipos ou modalidades podem adoptar estes sistemas, dando ênfase à importância da criação e manutenção de relações sociais estáveis por parte do indivíduo.

Um sistema de ajuda pode manifestar-se sob a forma de um agregado social contínuo que proporciona aos indivíduos informações sobre si mesmas, uma vez que valida as suas percepções sobre os outros e atenua as deficiências de comunicação com a comunidade ou a sociedade em geral (Caplan, 1993).

Este autor (1993) referiu que o indivíduo interage com os seus semelhantes em contextos estáveis (correspondendo aos sistemas de ajuda) e que estes contextos lhe proporcionam informação sobre quem são e quais são os outros indivíduos. Contudo, Caplan (1974) não ignorava a importância do papel da informação sobre os afectos envolvidos. Neste processo, Caplan (1993) considera, assim, que o papel dos sistemas de ajuda é precisamente o de proporcionar ao indivíduo indicadores e informações coerentes sobre o contexto mais global em que ocorre a sua experiência. Deste ponto de

vista, interagir com estes sistemas de ajuda significa também sentir-se membro integrante da comunidade. Os estudos de Caplan foram importantes para compreendermos o funcionamento dos grupos de apoio e os grupos de ajuda.

Os sistemas de ajuda podem classificar-se em dois grandes grupos: sistemas formais e sistemas informais. Os sistemas formais de ajuda consistem na ajuda dada por profissionais disponível na sociedade, como por exemplo recorrer a psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, etc, podendo ser esta ajuda pública ou privada. Os sistemas informais de ajuda consistem em organizações que proporcionam ajuda de forma informal ou institucionalizada, como por exemplo a família, o grupo de amigos, as associações e os grupos de auto-ajuda (Ochoa, *et al.*, 2004).

3.1 – Tipos de Suporte Social e suas Funções

Na literatura sobre o suporte social, dá-se ênfase à distinção entre os diversos tipos e funções deste. Entre os aspectos funcionais do suporte social, os investigadores concordam com a existência de três tipos principais: *emocional* (intimidade, vinculação, cuidados e preocupações), *instrumental* (prestação de cuidados ou assistência) e *informacional* (prestação de conselhos e aconselhamento) (House & Kahn, 1985; Thoits, 1985). Acerca destas três funções, as investigações consideraram o suporte emocional como sendo a componente principal (Cohen & Hoberman, 1983). Contudo, alguns estudos revelaram que outras formas de suporte estão mais fortemente relacionadas com o bem - estar (Schaefer, Coyne & Lazarus 1981).

Caplan (1974) induziu o conceito de *sistema de suporte*, que abrange os grupos de terapia, as relações com os vizinhos e as instituições comunitárias para além da família e dos amigos. São, assim, estabelecidas três categorias de ajuda no *sistema de suporte*: a) suporte emocional; b) ajuda prática e c) ajuda material. Os sistemas de suporte apresentam-se assim como protectores da qualidade de vida do indivíduo perante os acontecimentos de vida.

Jacobson (1986), baseando-se nos trabalhos de Weiss (1974) sobre as distinções entre as diferentes fases do *stress* para determinar qual o tipo de suporte social necessário, considera que o reconhecimento da ameaça caracteriza a fase inicial da crise e que o suporte emocional é o mais útil nesta altura, porque proporciona ao indivíduo a segurança da ajuda por parte dos outros. Se a crise não puder ser resolvida por um retorno à situação pré-existente, o indivíduo procura a fase de transição ao mesmo

tempo que procura novas formas de lidar com a ameaça. A fase de transição é caracterizada por confusão e as necessidades são melhor satisfeitas por suporte informacional. A informação e ajuda prestadas pelos outros podem contribuir para o entendimento do significado e das alterações exigidas pela situação. Um estado deficitário, situação na qual a vida do indivíduo é definida por exigentes requisitos crónicos pode ser recuperado através da prestação de assistência instrumental (Jacobson, 1986).

Serra (2002) refere seis formas de suporte social: 1) suporte afectivo, que consiste no suporte que permite ao indivíduo sentir-se estimado e aceite pelos outros, independentemente dos seus defeitos e limitações; 2) suporte emocional, que representa os sentimentos de suporte e segurança que a pessoa recebe; 3) apoio percéptico, proporciona ao indivíduo a recontextualização de uma correcta avaliação do seu problema, estabelecendo objectivos mais reais; 4) suporte informativo, que diz respeito às informações que influenciam as tomadas de decisão; 5) suporte instrumental, que se refere ao suporte real que o indivíduo recebe sob a forma material ou de serviços; 6) suporte de convívio social, que permite à pessoa possuir perante os outros indivíduos actividades lúdicas e culturais, aliviando-o de tensões acumuladas e fazendo-o sentir-se integrado.

Segundo o mesmo autor, perante situações controláveis, os suportes mais benéficos que o indivíduo pode obter são o instrumental e o informativo, porque auxiliam a resolução do problema. Contudo, considera que o suporte afectivo contribui em igual proporção para fortalecer a capacidade de luta do indivíduo. Porém, em contextos não controláveis, o suporte afectivo constitui o veículo primordial para auxiliar o indivíduo a encarar os sentimentos que ocorrem (Serra, 2002).

O suporte social, além de ser considerado um conceito multidimensional, é definido pelos investigadores de formas distintas. Não existe unanimidade acerca da definição deste construto. Contudo, diversos estudos têm tentado diferenciar diversas formas e funções de suporte social, podendo ser classificados de uma forma tão diversificada como: suporte instrumental e emocional, aconselhamento, *feedback*, interacção positiva, confiança, orientação, socialização, sentimento de pertença, assistência material, informação e outros (Ornelas, 1996).

Cohen e McKay (1984) referem-se a distintos tipos de suporte social. Este pode ser psicológico ou não-psicológico, correspondendo o primeiro ao fornecimento de informação e o segundo de suporte social tangível.

Segundo Ornelas (1994), o suporte social pode ser categorizado segundo a existência ou quantidade de relações sociais ou as relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Contudo, o suporte social pode, também, ser definido e avaliado de acordo com as estruturas das relações sociais do indivíduo ou como o conteúdo funcional das relações, englobando o grau de envolvimento afectivo-emocional ou instrumental, o auxílio ou a informação.

Vaux (1988) sugeriu a diferenciação entre *actividades* e *funções* do suporte social. As actividades de suporte dizem respeito a distintos actos realizados pelos indivíduos enquanto as funções do suporte social se referem às implicações das actividades, assim como às relações nas quais se processam. As actividades e funções estão intimamente interligadas.

Este autor defendeu que a informação proveniente das pessoas importantes que rodeiam o indivíduo como a família, amigos, namorado, etc, era extremamente importante para permitir o equilíbrio do indivíduo.

Actualmente, proporcionar suporte social implica transmitir informações que fazem o indivíduo sentir-se querido, estimado, respeitado, membro integrante de uma rede de comunicação com mútuas obrigações. Ao especificar o tipo de informação que o indivíduo recebe, permite-lhe distinguir o que é suporte social e o que não é (Ochoa, *et al.*, 2004).

Em síntese, para Cobb (1976) o suporte social representa a transmissão de afectos das pessoas próximas e que depois permite ao indivíduo sentir-se parte integrante do mundo social que partilha com os outros. Este constitui um poderoso mecanismo de integração social. Contudo, o suporte social não deve ser utilizado pela sociedade como instrumento opressor interagindo apenas com os indivíduos pertencentes ao mesmo estrato social, mas sim interagindo com todos os indivíduos que pertencem à sociedade (Cobb, 1976).

Thoits (1982) refere-se ao suporte social como forma de satisfação das necessidades sociais básicas, nomeadamente o afecto, estima, pertença, identidade e segurança. Isto é possível devido à interacção com os outros e com a ajuda emocional (afecto e estima) e instrumental (informação e assistência material).

Shummaker e Brownell (1984) entendem o suporte social como um intercâmbio de recursos, no mínimo entre dois indivíduos, como contributo intencional para o seu bem-estar destacando a função da percepção do suporte na abrangência deste fenómeno social.

No entanto, Keeler, Price e Wortman (1985) nos seus estudos, concluíram que o suporte social pode proteger as pessoas em risco de possíveis distúrbios psicológicos. Para estes autores existem mecanismos através dos quais as relações interpessoais defendem as pessoas dos efeitos perniciosos do *stress*. Esta visão é muito ampla, abrangendo um grande número de componentes e conceitos, apoiando-se em diversos processos de avaliação. Ornelas (1996) partilha a mesma opinião.

Segundo Lin (1986), a função expressiva no indivíduo faz referência à previsão do meio e do fim em si mesma, ou seja, está relacionada com a expressão das emoções.

A função instrumental refere-se à previsão como um meio para conseguir um fim. Esta função instrumental inclui o conselho e a ajuda material. Neste caso, o objectivo da nossa conduta não é tanto a conduta em si mesma, mas o que pretendemos obter com ela (a conduta é portanto um meio) (Ochoa, *et al*, 2004).

Contudo, existe uma nítida diferença entre as duas situações e as consequências dessas condutas que são muito diferentes. As primeiras incluem suporte social e as segundas não.

Lin (1986) diferencia o suporte social percebido de suporte social recebido. O suporte social percebido reporta-se ao suporte que a pessoa percepçiona como estando disponível se dele necessitar. O suporte social recebido refere-se ao suporte que foi recebido pelo indivíduo. Esta diferenciação é fundamental para compreendermos os processos de ajuda. Porém, outras classificações são sugeridas por outros autores. Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem o suporte social descrito de suporte social avaliado. O suporte social descrito diz respeito à permanência de um comportamento particular de suporte. O suporte social avaliado consiste na avaliação de que essa atitude é percepçionada como sendo gratificante e que serviu de apoio.

De acordo com Ochoa, *et al*, (2004), em situações normais, os adolescentes não necessitam de pedir apoio, contudo quando o pedem sentem-se melhor, experimentando sentimentos de bem-estar após o terem recebido. Um adolescente que sucessivamente solicita suporte à sua rede social recebe mais apoio do que o adolescente que não o faz. Porém, um adolescente que permanentemente solicita apoio poderá encontra-se a atravessar uma etapa da sua vida muito stressante ou a experimentar uma situação muito difícil, uma vez que os indivíduos que mais suporte recebem são os que apresentam maior nível de *stress* (Ochoa, *et al*, 2004).

Fontes de suporte social

Segundo Lin (1986) existem três fontes possíveis de suporte social: as pessoas íntimas e de confiança, a rede social e a comunidade em que se encontra inserido. Contudo, apesar de todas serem proporcionadoras de suporte social, os seus efeitos e bem-estar são diferentes.

Lin (1986) identifica um efeito para cada uma delas: a comunidade proporciona um sentimento de pertença a uma ampla estrutura social; as relações sociais proporcionam sentimentos de vinculação com os outros indivíduos; as pessoas íntimas e de confiança proporcionam sentimentos de compromisso, levando o indivíduo a aceitar as regras e normas de reciprocidade tomando consciência que esse bem-estar deve ser mútuo.

O indivíduo, ao identificar-se com as condutas da sociedade em que esta inserido entende que possui afinidade com os valores, atitudes e crenças desta. Ao participar em diversas actividades desportivas, culturais, centros de ocupação, escuteiros, etc, irá ser reforçado e apoiado pois possui suporte por parte da comunidade com que coabita (Ochoa, *et al.*, 2004).

As relações sociais acabam com o anonimato e geram vínculos directos com os indivíduos. Estes vínculos têm como objectivo transmitir informação importante sobre os processos em que o indivíduo se encontra inserido. Deste modo, colegas de trabalho e conhecidos informam o indivíduo, como por exemplo, este pode obter um crédito, ir de férias, ir ao centro de saúde, às finanças, etc. As pessoas conhecem as regras da comunidade em que vivem através das informações que obtêm dos indivíduos que fazem parte da sua rede social (Ochoa, *et al.*, 2004).

A presença de pessoas próximas e de confiança permite ao indivíduo expressar sentimentos, emoções e preocupações, estabelecendo relações estáveis e duradouras, sentindo-se parte integrante de uma comunidade, em que prevalece uma preocupação mútua de fornecer ou receber suporte social, contribuindo para o bem-estar de todos (Ochoa, *et al.*, 2004).

É importante não esquecer que as fontes de suporte evoluem, sendo o produto do esforço por parte do indivíduo em criar e manter relações sociais estáveis, pois possuir relações íntimas e de confiança implica ao indivíduo respeitar as normas de conduta social (Ochoa, *et al.*, 2004).

O adolescente é um ser em permanente socialização e por isso necessita de criar e manter relações de confiança e intimidade com os indivíduos em seu redor,

estabelecendo relações próximas. A participação em actividades sociais (como por exemplo, ginásio, diversão nocturna, associações, escuteiros, etc), aumenta a possibilidade de uma interacção com os restantes elementos da comunidade. À medida que este vai estabelecendo vínculos mais estáveis e duradouros, partilhando essas actividades sociais com outros indivíduos, sente-se cada vez mais integrado e pertencente a uma comunidade. Contudo, se o indivíduo se isolar e não possuir actividades sociais, não possuirá círculo de amigos e não se sentirá apoiado pela comunidade com que coabita (Ochoa, *et al.*, 2004).

Em síntese, podem identificar-se diferentes modalidades de suporte social e possíveis fontes de suporte, sendo que os processos de ajuda podem, diferentes situações, variar entre os mais externos ao indivíduo, como é o caso da comunidade em que este está inserido, e os mais próximos constituídos pelas pessoas íntimas e de confiança, variando também ao longo do próprio ciclo vital (Quadro 5).

3.2 - Contributos do Suporte Social

Efeitos Positivos

Cassel (1974) estudou o papel dos processos psicossociais na origem das doenças e especificamente a acção do suporte social sobre as situações de *stress*. Situações de desequilíbrio e uma acrescida vulnerabilidade à doença podem ser potenciadas pelo *stress* originado pelas condições do meio. Para este autor, a problemática deste sistema consiste no desenvolvimento de problemas físicos ou mentais por alguns indivíduos, enquanto que outros não apresentam qualquer sintomatologia.

No seguimento dos trabalhos de Cassel (1974) e Caplan (1974), Cobb (1976) relaciona o suporte social com o bem-estar e o *stress*. Sugeriu que o suporte social é o veículo que conduz o indivíduo a sentir-se querido, valorizado e estimado, fazendo parte de uma rede social. Para além disso, percebe o suporte social como amortecedor do *stress*. Este autor chegou à conclusão que um suporte social ajustado constitui um factor protector face a perturbações físicas e psíquicas.

O suporte social apresenta-se como sendo um mediador do stress, permitindo a adaptação a situações de crise, a inibição do desenvolvimento de doenças e recuperação das mesmas (Becker, 2001).

Diversos trabalhos têm contribuído para a compreensão da relação entre suporte social e a saúde. Singer e Lord (1984) categorizaram esta relação em quatro grupos:

- 1- O suporte social funciona como protecção face às perturbações provocadas pelo *stress*;
- 2- A ausência de suporte social é um factor de *stress*;
- 3- A perda de suporte social é potenciador de *stress*;
- 4- O suporte social é benéfico.

Segundo Silva (2003, p.71), o suporte social está intimamente ligado à: “saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, psicopatologia, longevidade e mortalidade, redução do mal-estar, satisfação com a vida, queixas somáticas, protecção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais, *distress* psicológico e resistência a doenças”.

O suporte social está associado a uma diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade (Berkman, 1985; Littlefield *et al*, 1990), menor risco de desenvolvimento de doenças (Cohen, 1988), diminuição da prevalência e da incidência de doenças

coronárias (Seeman & Syme, 1987). O sentimento de protecção derivado do suporte social encontra-se ligado a uma diminuição das queixas somáticas e de sintomas de depressão, originando bem-estar físico e psicológico (Cohen & Syme, 1985; Littlefield *et al.*, 1990; Sarason & Sarason, 1984).

A investigação sugere que o suporte social está ligado à saúde física e emocional. No entanto, essa associação não se encontra clarificada. Alguns estudos revelam que o suporte social se contrapõe aos factores negativos das situações de vida. Em oposição, outras investigações propõem que o suporte social é um elemento autónomo, funcionando como efeito positivo no âmbito da saúde (Silva, 2003).

Seeman e McEwen (1996, cit. in Silva, 2003) e Wills (1997, cit. in Silva, 2003) propõem algumas teorias para a compreensão dos efeitos do suporte social na saúde. A primeira tentativa de explicação afirma que o suporte social actua a nível neuroendócrino, reduzindo a ansiedade e a tensão muscular. A segunda teoria defende que o suporte social actua a nível da auto-estima, fortalecendo-a. Em terceiro, estes autores afirmam que o suporte social actua na diminuição do estado depressivo, permitindo que o indivíduo percepcione os efeitos stressores de modo diferente, aumentando a sua capacidade para lidar com este tipo de perturbação.

Para Vilhjalmsson (1994), o suporte social permite aumentar positivamente as atitudes relativamente à saúde, melhorando-a. Isto contribui indirectamente para compreender os problemas da saúde mental, dado o indivíduo que tem maior percepção de apoio experimentar maior felicidade e elevada auto-estima. Estes factores contribuem para uma diminuição da ansiedade, tendo efeitos benéficos sobre a sintomatologia depressiva, levando a uma melhor qualidade de vida.

A hipótese da desigualdade afirma que as pessoas desejam equilíbrio na relação com os outros. Assim, se ocorrer um desequilíbrio, em que um indivíduo percebe receber menos suporte do que aquele que oferece, pode ocorrer uma situação de *stress* para ambos até que surja um novo equilíbrio (Dunbar *et al.*, 1998).

Numa outra perspectiva, realça-se a teoria do efeito directo, que parte do princípio que a socialização beneficia a saúde e a qualidade de vida, indiferentemente do grau de *stress* experimentado pelo indivíduo (Salovey *et al.*, 2000).

Investigações efectuadas neste campo têm atestado a presença de benefícios do suporte social na saúde e no bem-estar físico e psicológico. Estas investigações permitem confirmar uma relação entre o suporte social e a saúde física e psicológica,

sustentando a ideia de que o suporte social actua ao nível da protecção da saúde durante toda a vida (Ribeiro, 1999a).

Segundo Schwarzer e Leppin (1991), a ausência de saúde é mais frequente nos indivíduos com fraco suporte social. Estas duas variáveis correlacionam-se sendo condicionadas pelas situações, população, conceitos e medidas utilizadas para medir o suporte social e o estado de saúde.

Os investigadores sugerem que as pessoas com relações sociais estáveis revelam um maior bem-estar, independentemente da quantidade de interacções entre os indivíduos (Nezlek, 2000).

Brenner, Norvell e Limacher (1989) concluíram que os elos de suporte se encontram ligados de uma forma positiva com o grau de satisfação com o mundo envolvente. Pelo contrário, os elos sociais complicados encontram-se inversamente associados à satisfação.

Efeitos Negativos

Os efeitos do suporte social não são necessariamente positivos. As atitudes de suporte, em certas ocasiões, revelam-se como não sendo úteis. A sua continuidade parece estar relacionada com o produto do investimento, a qualidade, o *timing* e o modo como o acto de suporte decorre (Ornelas, 1996).

Estudos têm demonstrado que o suporte social tanto pode ser benéfico, funcionando como amortecedor do *stress* na saúde, como estar relacionado com a diminuição de bem-estar, aumentando o *stress* (Dunbar *et al.*, 1998).

A hipótese da ameaça à estima refere que a ausência de suporte social, funciona como elemento stressor afectando a auto-estima (Dunbar *et al.*, 1998).

Dunbar *et al.* (1998) sugerem três hipóteses para a compreensão da influência negativa que o suporte social pode impor. Estas três hipóteses consistem em: hipótese de mobilização do suporte, hipótese da desigualdade e hipótese da ameaça à estima. A hipótese de mobilização do suporte parte do princípio que o surgimento de acontecimentos de vida geradores de *stress* encontra-se na base da procura do suporte social. A hipótese da desigualdade pressupõe que as pessoas idealizam o equilíbrio das relações de suporte, experimentando *stress* até o equilíbrio ser alcançado. Na hipótese da ameaça à estima, o indivíduo que sente carência ou não de suporte social, pode vir a desenvolver sentimentos de *stress*, influenciando a sua auto-estima.

Os estudos efectuados revelam que o suporte social pode ser falível e que os laços de suporte podem pressupor obrigações nos indivíduos, originando pressão e *stress*. Os efeitos negativos são mais intensos, relativamente à saúde, do que os efeitos positivos (Helgeson, 1993).

O suporte social pode fortalecer as atitudes desadequadas ou pouco eficazes para conviver com os factores stressantes, sendo por vezes mal interpretado como benéfico pelo indivíduo que o recebe (Rasclé *et al.*, 1997).

Ridder e Schreurs (1996) constataram que os indivíduos com doença crónica revelam sentir satisfação com o suporte emocional e prático. No entanto, o suporte social informativo, pode ser por estes encarado como ingerência indesejável, nomeadamente quando este advém de entes queridos e amigos.

Ainda que, os bens materiais possam ser oferecidos ao indivíduo, o suporte tangível revela-se mais funcional quando a pessoa que o recebe o considera útil e oportuno, não lhe retirando o seu direito à liberdade. Quando o suporte não é apropriado pode aumentar os efeitos negativos do *stress*, tendo um efeito contrário ao desejável (Stephens, Kinney, Norris & Ritchie, 1987).

Uma outra dimensão negativa do suporte social encontra-se ligada à frequente dificuldade estatal em proporcionar suporte formal aos adolescentes deprimidos, existindo a necessidade de recorrer a profissionais privados. Esta situação acarreta custos monetários muito elevados, que nem todos podem suportar. Além disso, poderá ser interpretado através de uma sensação de rejeição e abandono por parte da sociedade (Ochoa, *et al.*, 2004).

3.3 - A relação entre o suporte social e a depressão nos adolescentes

A satisfação com as amizades, intimidade, família e actividades sociais são particularmente importantes para o equilíbrio emocional do adolescente (Ribeiro, 1999 a).

3.3.1 - O papel da família

O papel da família como ajuda ao doente deprimido não deve ser descurado. A família pode proporcionar ajuda, suporte e cuidados das seguintes formas: reconhecimento atempado do cenário de depressão; auxiliar o indivíduo a iniciar e dar

continuidade ao tratamento; proporcionar supervisão adequada para minimizar o risco de suicídio; ajudar o adolescente a retomar as suas actividades de vida diárias; recolher o máximo de informação para evitar uma futura recidiva (Laufer, 2000).

De acordo com Laufer (2000), a atitude mais relevante que os membros da família podem tomar é ajudar os adolescentes deprimidos a receber o diagnóstico e o tratamento adequados. Os doentes podem não conseguir recolher a sua própria doença; podem culpar uma doença física pelos seus sintomas; podem recusar o tratamento; podem esconder a sua doença com receio da estigmatização social ou podem contemplar o suicídio. Todas estas razões podem interferir com o reconhecimento atempado da doença bem como no seu tratamento adequado. Os familiares podem ajudar o adolescente deprimido, proporcionando-lhe acompanhamento ao terapeuta e condições apropriadas de tratamento. Os membros da família são úteis para fornecer ao terapeuta dados que o ajudem a fazer o diagnóstico correcto e a planear a melhor estratégia de tratamento. A família deve, ainda, vigiar o adolescente para que este ingira a medicação correctamente. O progresso do adolescente face ao tratamento deve ser acompanhado pelos seus familiares, uma vez que isto poderá ajudar a decidir as estratégias de tratamento (Laufer, 2000).

Todas as referências acerca de morte e suicídio não devem ser ignoradas. No caso deste risco existir, deverá ser prestada uma supervisão constante ao adolescente. Por exemplo, todos os objectos capazes de ferir fisicamente devem ser retirados do alcance deste (Laufer, 2000).

A família tem também um papel preponderante na prestação de suporte emocional ao deprimido. Isto inclui compreensão pelo estado emocional do adolescente, motivá-lo quando a recuperação é lenta, demonstrar afecto quando a sua auto-estima está baixa e encorajá-lo a retomar as suas responsabilidades à medida que melhora (Landman-Peeters *et al.*, 2005). Todavia, quando o adolescente com depressão começa a recuperar de um episódio grave deverá ser-lhe dada autonomia para que este sinta auto-confiança nos seus actos (Marcelli, 2003).

A participação em actividades que lhe davam prazer, tais como *hobbies*, desporto, actividades culturais ou religiosas deverá ser encorajada, evitando, no entanto, a acumulação excessiva de actividades.

Os adolescentes com depressão não devem ser acusados de preguiça ou de fingirem uma doença. Eventualmente, com tratamento adequado irão retomar o seu estado normal. Para além disso, deverá ser-lhes assegurado que, com tempo e ajuda, a

sua situação irá ser ultrapassada e a família deverá sempre assegurar ao adolescente deprimido que este é importante para eles (Pinto, 2003).

Segundo Sprintall e Collins (2003), viver com uma pessoa deprimida pode ser uma experiência muito complicada para o prestador de cuidados ou familiar. A doença pode dar a impressão que o indivíduo está a ser pouco cooperativo ou hostil. Se possível, os membros da família devem revezar-se para tomar conta das necessidades do doente para que ninguém se sinta sobrecarregado de trabalho. Os membros da família devem aliviar o seu próprio *stress* mantendo-se focados em acontecimentos e actividades que requeiram a sua atenção (Sprintall & Collins, 2003).

O relacionamento do adolescente com a família é muito importante no aparecimento, curso e prognóstico da depressão. Por exemplo, os pais podem possuir o papel de protectores do adolescente contra situações de *stress* potenciadoras de um estado depressivo. Contudo, a depressão do adolescente pode provocar algum afastamento relativamente aos seus pais, potenciando o seu isolamento. No entanto, ambientes familiares disfuncionais podem não ser a causa principal, ou única do episódio depressivo do adolescente (Landman-Peters *et al.*, 2005).

Segundo uma investigação de Bailly *et al.* (1990), 33,3% dos adolescentes com depressão *major* classificam as relações com os pais como sendo “predominantemente más ou francamente más”, contrariamente a 9,6% dos adolescentes sem depressão.

As relações complicadas com os pais devem apresentar-se como indício para despoletar da depressão, devendo os pais serem alertados para a presença deste factor (Morano, Cisler & Lemerond, 1993).

Em suma, a principal função da família consiste em proporcionar protecção ao adolescente, ajudando-o a construir as bases da sua independência. Contudo, os familiares deverão dar espaço para o adolescente crescer, não descurando o seu apoio. O adolescente, embora deseje ser autónomo, necessita de ser apoiado e aconselhado pelos seus familiares (Pinto, 2003).

No entanto, quando a estrutura familiar é atingida, pode provocar uma situação de doença depressiva. Isto acontece, por exemplo, em situações de divórcio dos pais, morte de um ente querido ou familiares com comportamentos desviantes. Contudo, familiares demasiado protectores podem comprometer o saudável desenvolvimento do adolescente, não permitindo qualquer tipo de autonomia (Pinto, 2003).

Segundo Landman-Peters, *et al.* (2005) as diferenças de sexo e o efeito amortecedor do suporte social na relação entre circunstâncias stressantes no

desenvolvimento da depressão e distúrbios de ansiedade são fortemente assumidos. No entanto, poucos estudos apontam para as formas de interacção entre o sexo, *stress* e o suporte social. O estudo realizado por estes autores tem por base a avaliação do risco dos adolescentes para desenvolver depressão. Nesta investigação foram avaliados 502 adolescentes com depressão, pânico e perturbação obsessiva compulsiva. Os resultados indicaram que as raparigas beneficiaram mais do suporte social do que os rapazes quando surgiram problemas de comunicação entre pais e filhos (Landman-Peeters, *et al.*, 2005). Apesar das diferenças de sexo e do efeito amortecedor do suporte social, os autores verificaram que existe uma relação muito forte entre o *stress* e a depressão (Landman-Peeters, *et al.*, 2005).

Os filhos de pais que sofrem de depressão desenvolvem esses sintomas psiquiátricos 2 a 6 vezes mais frequentemente do que filhos de pais sem depressão (Landman-Peeters, *et al.*, 2005).

Devido aos sintomas de depressão, a relação entre pais afectados e os seus filhos altera-se dada a influência negativa, falta de atenção, crítica, irritabilidade, insatisfação, descontrolo e falta de afecto dos pais em relação a tal alto risco (Landman-Peeters, *et al.*, 2005).

O estudo de Landman – Peeters *et al.* (2005) centra-se nos problemas entre adolescentes e jovens adultos, sendo que, em ambos os casos, os pais são a causa de *stress*. Os adolescentes deprimidos experimentam relações de comunicação mais problemáticas com os pais e apresentam sintomas de depressão e ansiedade do que os adolescentes que não apresentam nenhum problema de depressão (Landman-Peeters, *et al.*, 2005).

Segundo Stice, Ragan e Randall (2004), o suporte social é considerado um importante factor ambiental no início e desenvolvimento da depressão e de ansiedade. Elevados níveis de suporte social podem levar a baixos níveis de depressão e ansiedade. Num estudo realizado por estes autores, embora ainda inclusivo, observou-se que o suporte social possui um efeito amortecedor no *stress* e que a percepção de suporte emocional que o adolescente tem diminui o *stress* e a depressão (Stice, Ragan & Randall, 2004).

O início dos problemas psiquiátricos nos adolescentes de alto risco pode ser prevenido pelo suporte social fornecido pelos pais, irmãos e grupos de pares. Quando o suporte social é avaliado e percebido como suficiente, o risco dos filhos de

experimentarem depressão e ansiedade diminui directamente, possuindo também um efeito amortecedor (Stice, et al., 2004).

É unanime que as raparigas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão. As diferenças de sexo têm sido referidas aquando da exposição e reactividade ao suporte social e factores de *stress*, confirmando a teoria que os efeitos patológicos são diferentes entre rapazes e raparigas (Ayuso-Mateos, et al., 2006). Conclui-se que os rapazes são mais sensíveis a problemas de trabalho, divórcio ou separação, enquanto as raparigas são mais sensíveis a problemas de relacionamento. Por isso, os problemas na comunicação entre pais e adolescentes atingem uma maior escala nas raparigas do que nos rapazes (Ayuso-Mateos, et al., 2006).

Segundo Chen, Mosher, Prelow e Yackel (2006), em relação ao suporte social, as raparigas têm maior tendência a ter problemas de relacionamento do que os rapazes, procurando mais apoio emocional, perante situações de *stress* e dificuldade. Argumenta-se por isso que a sensação de bem-estar das raparigas é mais fortemente influenciada pela avaliação e qualidade das relações de suporte social. Paralelamente, as pesquisas indicam que as raparigas apresentam mais sintomas de depressão do que os rapazes. Contudo, as raparigas, têm maior tendência para procurar suporte social quando vivenciam situações de *stress*, tendo maior probabilidade do que os rapazes de beneficiarem do apoio disponível para enfrentarem as circunstâncias do *stress*. De facto, vários autores defendem que o efeito amortecedor do suporte social nas raparigas é mais elevado que nos rapazes. Por isso, devemos ter em conta que o suporte social é de maior importância nas raparigas de alto risco em comparação com os rapazes de alto risco. Contudo, as raparigas sofrem mais problemas de comunicação com os pais, ainda que beneficie mais do suporte social do que os rapazes (Chen, et al., 2006). Quando os problemas de comunicação entre pais e filhos são elevados, a diferença de sexo fica mais acentuada quando o suporte social está ou não disponível (Chen, et al., 2006).

Os estudos efectuados sobre o suporte social estão mais direccionados para a depressão, todavia, o *stress*, o suporte social e as diferenças de sexo desempenham um papel importante também no desenvolvimento da ansiedade. A depressão e ansiedade partilham vários factores de risco. Ao examinar os sintomas da depressão e ansiedade podemos dizer que ambos são influenciados pelos efeitos do sexo, problemas de comunicação entre pais e filhos e o suporte social percebido (Chen, et al., 2006)

3.3.2 – O papel do grupo de pares

O grupo de amigos representa um papel de extrema importância no processo de construção de uma boa rede de suporte social. O contacto com estes permite ao adolescente a troca de experiências e a socialização com os pares. O adolescente é altamente influenciável, sendo permeável à opinião do grupo de pares na construção desta etapa de desenvolvimento. Contudo, este necessita de se sentir parte integrante de um grupo (escola, escuteiros, grupo desportivo, etc...), de ser respeitado e aceite pelos restantes elementos. No grupo de amigos, os adolescentes vivem as mesmas inquietudes, dificuldades e dúvidas, pelo que, este pode funcionar como moderador do desenvolvimento (Ribeiro, 1999a).

Ao ter amigos, o adolescente vai tornar-se um adulto mais seguro e confiante em si próprio com um elevado auto-conceito (Ribeiro, 1999a). Possuindo amigos íntimos ou familiares com quem possa falar sobre as suas inquietudes e dúvidas/problemas o adolescente vai tornar-se mais forte e preparado para esta difícil etapa, tornando-se mais bem sucedido. Não tendo com quem se relacionar desta forma mais íntima, o adolescente não tem a oportunidade de ser mais eficazmente apoiado nos seus momentos mais difíceis, o que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Stice, *et al.*, 2004).

Dada a influenciabilidade característica do adolescente, este pode enveredar por comportamentos desviantes sendo as três dimensões do suporte social (Amizade, Intimidade, Família) fundamentais para a orientação do adolescente, apoiando-o e aconselhando-o (Ribeiro, 1999a).

As actividades sociais em que o adolescente está ou gostaria de estar envolvido (como, por exemplo praticar: exercício físico, grupo de jovens, saídas nocturnas, etc) desempenham também um papel importante (Ribeiro, 1999a).

Para Becker (2001), a prática de exercício físico ajuda o adolescente no tratamento da depressão. Um adolescente que não se ocupe possui maior predisposição para a doença depressiva, ainda que os factores genéticos e ambientais também não podem ser ignorados. Mas o excesso de exercício físico também não é benéfico para o tratamento da depressão, podendo piorar o prognóstico da doença (Becker, 2001).

Um factor importante no tratamento da depressão na adolescência consiste na quantidade de suporte social que o adolescente tem disponível. Estudos efectuados

(Becker, 2001) vieram a revelar que os adolescentes que têm um amigo próximo ou um grupo de amigos próximos tendem menos a tornar-se deprimidos (Becker, 2001).

O êxito do suporte social reside na qualidade dos relacionamentos e não no simples número de amigos, pois um amigo realmente próximo é mais importante do que diversas amizades superficiais. Contudo, ter um amigo próximo não implica necessariamente que o adolescente obtenha suporte social, dado que em alguns casos isso ainda leva a um pior prognóstico da depressão (Holmes, 2001).

Estudos efectuados com estudantes com o objectivo de compreender a associação entre a depressão e o suporte social demonstraram que os estudantes que possuíam mais amigos próximos tenderam menos a tornar-se deprimidos (Holmes, 2001).

O suporte social tende a reduzir a depressão, mas os adolescentes com depressão tendem a ter menos suporte social, porque é desagradável para os outros adolescentes tê-los por perto, dada a sua grande labilidade emocional, o choro fácil a lamentação frequente não se ocupando. Como não são boa companhia, por vezes os amigos afastam-se, agravando ainda mais o curso da depressão (Holmes, 2001).

Em síntese:

O suporte social funciona como regulador da adaptação aos acontecimentos geradores de *stress*, podendo contribuir para superar a sintomatologia depressiva.

PARTE II

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

4.1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

Esta investigação pretende comparar dois grupos de adolescentes: um grupo de adolescentes em tratamento no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia e em consulta privada com o diagnóstico de depressão (Grupo D); um grupo de adolescentes da população em geral a frequentar o ensino secundário (Grupo Pg) e analisar diversos aspectos que caracterizam a relação entre a depressão na adolescência e a satisfação com o suporte social.

O presente estudo tem como objectivos:

4.1.1 - Comparar o Grupo D (Depressão) e o Grupo Pg (População em Geral) quanto às variáveis sócio-demográficas: idade; sexo; tempo de internamento; local de residência; idade dos pais; escolaridade dos pais; situação conjugal dos pais; número de irmãos.

4.1.2 - Comparar sintomas depressivos apresentados pelo Grupo D e pelo Grupo Pg.

4.1.3 - Comparar a satisfação com o apoio social entre o Grupo D e o Grupo Pg.

4.1.4 - Analisar a relação entre os sintomas depressivos e a satisfação com o suporte social para a totalidade dos participantes e para cada um dos grupos estudados – Grupo D e Grupo Pg.

4.1.4.1 – Analisar a relação entre a satisfação com a intimidade e os sintomas depressivos.

4.1.4.2 – Analisar a relação entre a satisfação com os amigos e os sintomas depressivos.

4.1.4.3 – Analisar a relação entre a satisfação com a família e os sintomas depressivos.

4.1.4.4 – Analisar a relação entre a satisfação com as actividades sociais e os sintomas depressivos.

4.2 - HIPÓTESES

4.2.1 – A presença de sintomas de depressão é maior nas raparigas do que nos rapazes (Khan, Gardner, Prescott & Kendler 2002; Rushton, Forcier & Schectman, 2002; Takakura & Sakihara, 2000).

4.2.2 – Existe uma relação entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva apresentada pelos adolescentes (Coelho & Martins, 2002).

4.2.3 – A sintomatologia depressiva é mais grave nos adolescentes que têm o “pai e mãe a viver separados” do que os que têm pais a viver juntos (Coelho & Martins, 2002).

4.3 – PARTICIPANTES

Os participantes do presente estudo constituem uma amostra de conveniência de 300 adolescentes, organizados em dois grupos distintos:

Grupo D - inclui 110 adolescentes que estão a ser tratados na Consulta Externa e no Internamento do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia e em consulta privada de Psiquiatria, com o diagnóstico de Depressão. Neste grupo, 77,3 % dos participantes são do sexo feminino e 22,7 % são do sexo masculino, com idades entre os 13 e 17 anos de idade ($M = 15,01$; $DP = 1,15$). Os adolescentes do Grupo D são seguidos em consulta de Psiquiatria entre 1 e 36 meses ($M = 9,40$; $DP = 7,75$).

Grupo Pg – inclui 190 adolescentes pertencentes à população em geral (41 adolescentes a frequentarem uma Escola Secundária da cidade do Porto, 50 uma Escola Secundária de Guimarães; 50 de Escola Secundária de Bragança e 49 de Chaves). Neste grupo, 51,6 % dos participantes são do sexo feminino e 48,4 % são do sexo masculino, com idades entre os 13 e 17 anos de idade ($M = 14,68$; $DP = 1,38$).

4.4 – MATERIAL

A Psicologia, para ser reconhecida como uma ciência com valor, necessitou de se afirmar, utilizando instrumentos que avaliam características subjectivas de uma forma precisa. Ou seja, os instrumentos são adequados a cada avaliação (validade) e, se ocorrer repetição das medidas em circunstâncias semelhantes, com os mesmos inquiridos, o resultado deverá situar-se dentro de um erro admissível (fidelidade) (Ribeiro, 1999b).

Esta investigação teve como ferramentas de avaliação: um questionário Sócio-demográfico, o Inventário da Depressão de Beck II (BDI – II) e Escala de Satisfação com o Suporte Social. Foi também entregue aos adolescentes uma folha de rosto que tinha como objectivo obter o seu consentimento informado.

4.4.1 – Questionário Sócio-Demográfico

Nesta investigação foi administrado um questionário com o objectivo de caracterizar os grupos em estudo. Este consiste numa série de questões de resposta fácil e directa, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo (Anexo 1 e 2).

O questionário sócio-demográfico avalia os seguintes domínios: idade; sexo; tempo de tratamento no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia [H.M.P.] ou em consulta privada de psiquiatria (adolescentes do Grupo D) local de residência; idade dos pais; escolaridade dos pais; situação conjugal dos pais e situação laboral dos pais; número de irmãos.

Foram, ainda, analisados aspectos relativos ao padrão de sono, tendo sido incluídas as seguintes questões: hora a que costuma deitar-se; horas a que costuma acordar; acordar a meio da noite; dificuldade em adormecer; acordar muito cedo e não conseguir voltar a dormir.

Para o local de residência foram consideradas as seguintes variáveis: número de pessoas com quem coabita; com quem coabita; existência de quarto individual.

Relativamente à situação conjugal dos pais, existem cinco tipos: pai e mãe vivem juntos; pai e mãe vivem separados; não tem mãe; não tem pai; sem pai e sem mãe.

4.4.2 – Inventário de Depressão de Beck II (BDI – II)

Segundo Piotrowski (1996), quer o Inventário de Depressão de Beck original (BDI) desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, em 1961, quer o inventário de depressão revisto (BDI –R), desenvolvido por Beck, Steer e Gardin, em 1988, são dois dos instrumentos a que a Psicologia Clínica mais frequentemente recorre. O BDI e o BDI – R foram desenvolvidos com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva.

Apesar da revisão, o BDI-R, quando confrontado com os critérios de diagnóstico para as perturbações afectivas propostos pela A.P.A. no D.S.M. – III, foi alvo de algumas críticas (Moran & Lambert, 1983). Nomeadamente, o questionário apenas se referia a 6 dos 9 critérios de diagnóstico. Para além disso, era omissa acerca das

alterações no apetite e no sono, bem como ao critério relativo à agitação e actividade psicomotora.

Com a publicação do DSM-III-R e DSM-IV (A.P.A., 1987, 1994), os criadores do BDI-R resolveram alterá-lo de acordo com os novos critérios, elaborando o BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) (Anexo 3).

No BDI-R não estavam referenciados a “agitação”, “dificuldades de concentração” e “sentimentos de inutilidade”. Os critérios de diagnóstico “dificuldades de concentração”, “sentimentos de inutilidade” e “perda de energia” vieram, no BDI-II, substituir a “perda de peso”, “alteração na imagem corporal” e “preocupações somáticas”. Também foi substituído o “retraimento social” do BDI-R, que media somente os relacionamentos interpessoais, por “perda de interesse” no BDI-II. Outra alteração diz respeito às instruções para os inquiridos. O BDI-R referia-se “à última semana, incluindo hoje”, sendo substituído no BDI-II por “às duas últimas semanas, incluindo hoje” (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999).

O BDI-II avalia a gravidade da depressão em adolescentes e adultos. Os sintomas analisados reportam-se aos critérios de diagnóstico para distúrbios depressivos propostos pela A.P.A., no DSM-IV, (Steer, *et al.*, 1999). Relativamente às alterações realizadas, o BDI-II possui quatro novos sintomas a analisar: agitação, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade e perda de energia. No entanto, os sintomas de diminuição de peso, alteração da imagem corporal, dificuldades no trabalho e preocupações somáticas do BDI original foram retirados (Steer *et al.*, 1999).

Este instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva foi construído através de uma análise, no contexto clínico, de doentes do foro psiquiátrico com sintomas de depressão. O BDI – II consiste numa escala auto-avaliativa organizada em 21 tipos de sintomas e atitudes, sendo cada um deles constituído por um conjunto de 4 a 7 frases afirmativas. O respondente selecciona a frase com a qual mais se identifica.

A pontuação de cada categoria oscila entre 0 e 3, sendo o 3 o valor representativo de uma maior sintomatologia depressiva (Beck *et al.*, 1996).

Segundo Beck *et al.* (1996), as classificações do questionário com um valor entre 0 e 13 indicam sintomatologia depressiva “mínima”, de 14 a 19 indicam sintomatologia “ligeira”, de 20 a 28 sugerem sintomatologia “moderada” e entre 29 e 63 revelam depressão “grave”. É importante salientar que esta pontuação foi escalonada por Beck para a população americana, tendo Coelho e Martins (2002) adoptado os mesmos valores para a população portuguesa.

Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa, tendo sido traduzido e adaptado por Martins, Coelho e Barros (1997).

Beck *et al.* (1996) atestam a validade e fidelidade do BDI-II, uma vez que este apresenta um grau de confiança teste-reteste elevado. Também um estudo realizado por Steer *et al.* (1999) enfatiza a boa fidelidade deste instrumento.

Os resultados de Coelho e Martins (2002) quanto à prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II dizem que a média das pontuações totais no BDI-II da presente amostra foi de 10,31 com um $DP = 8,43$. O coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,89, revelando uma boa fidelidade.

No tocante à validade convergente e discriminante, o BDI-II encontra-se mais correlacionado com a escala de Hamilton para a Depressão do que a Escala de Hamilton para a Ansiedade, sendo considerada satisfatória (Coelho & Martins, 2002).

De acordo com a análise factorial efectuada por Coelho e Martins (2002), tendo em conta as 21 variáveis do BDI-II, foi possível identificar três dimensões distintas de sintomatologia depressiva: (1) dimensão cognitiva, constituída pelos itens “fracassos passados”, “sentimentos de culpa”, “auto-depreciação”, “auto-criticismo”, “indecisão” e “sentimentos de inutilidade”; (2) dimensão afectiva, constituída pelos itens “tristeza”, “pessimismo”, “perda de prazer”, “pensamentos ou desejos suicidas”, “choro”, “perda de interesse sexual”; (3) e dimensão somática, constituída pelos itens “agitação”, “alterações do padrão do sono”, “irritabilidade”, “alterações do apetite”, “dificuldades de concentração” e “cansaço ou fadiga”. O item “irritabilidade” é saliente quer para a dimensão afectiva, quer para a dimensão somática, mas obtém um coeficiente estandardizado superior para esta última.

Desde a sua criação, o BDI -II constitui um precioso instrumento de avaliação de sintomas de depressão, sendo muito utilizado na população adolescente.

4.4.3 – Escala de Satisfação com Suporte Social

A Escala de Satisfação com Suporte Social foi desenvolvida por Ribeiro (1999a), consistindo numa escala de avaliação da satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao suporte social percebido (Anexo 4).

Ribeiro (1999a) considera que o instrumento se encontra organizado em quatro factores: (1) satisfação com os amigos (avalia a satisfação com os amigos que possui); (2) intimidade (avalia a percepção que o indivíduo possui acerca de suporte social

íntimo); (3) satisfação com a família (indica a satisfação por parte do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido); (4) actividades sociais (avalia a satisfação com a sua vida social).

Esta escala de auto-preenchimento é composta por 15 afirmações, com as quais o indivíduo poderá “concordar totalmente”, “concordar na maior parte”, “não concordar nem discordar”, “discordar na maior parte” ou “discordar totalmente”.

A pontuação de cada item da escala varia entre 2 e -2, em que 2 corresponde a *concordo totalmente*; 1 a *concordo na maior parte*; 0 a *não concordo nem discordo*; -1 a *discordo na maior parte* e -2 a *discordo totalmente*. Existem quatro itens classificados por ordem inversa correspondendo às variáveis: *os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria; por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio; às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas e não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria* (ver anexos).

A análise do instrumento revela que este apresenta boa consistência interna. (O alpha de Cronbach para a escala total é de 0,85). O primeiro factor, “Satisfação com os amigos”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,83, explicando 35% da variância total. O segundo factor, “Intimidade”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,74, explicando 12,1% da variância total. O terceiro factor “Família”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,74, explicando 8,7% da variância total. O último factor, “Actividades Sociais”, apresenta um alpha de Cronbach de 0,64, explicando 7,3% da variância total. Em geral, a carga factorial dos itens da ESSS é elevada. Apenas um item apresenta uma carga factorial inferior a 0,50 (Ribeiro, 1999a).

4.5 – PROCEDIMENTO

Um dos requisitos exigidos pela Comissão de Ética do Hospital Maria Pia, e pelo Conselho Executivo da Escola Secundária de Miguel Torga (Bragança), Escola Secundária 2,3 de Gil Vicente (Guimarães), Escola Secundária de Rodrigues de Freitas (Porto) e Escola Secundária de Aregos (Chaves) para a aprovação e posterior aplicação dos questionários foi a existência do consentimento informado (Anexo 5), em que o encarregado de educação ou representante legal deveria conceder a autorização para a administração dos instrumentos de medida.

Para obter este consentimento, o investigador necessita de usar uma linguagem perceptível pelos inquiridos. Estes (ou o encarregado de educação ou representante legal no caso de serem menores de idade) deverão ser informados acerca da natureza da investigação. O inquirido deve ser sensibilizado para o facto da sua participação ser importante. No entanto, fica claro que este tem a liberdade de não participar ou de abandonar a investigação em qualquer momento, sem que exista qualquer consequência para si. Este também deverá ser informado de que os dados que fornecer serão guardados e que apenas o investigador terá acesso a eles, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade. Se os participantes possuírem alguma dúvida, deverão ser esclarecidos pelo investigador (Ribeiro, 1999b).

No presente estudo, o consentimento informado foi obtido através da assinatura do encarregado de educação ou representante legal, após este ter sido devidamente esclarecido por escrito.

Foram apresentados cinco pedidos para a administração dos questionários: Comissão de Ética do Hospital Maria Pia - Grupo D- (Anexo 6) - Conselho Executivo da Escola Gil Vicente - Guimarães (Anexo 7), Conselho Executivo da Escola Miguel Torga - Bragança (Anexo 8), Conselho Executivo da Escola Rodrigues de Freitas - Porto (Anexo 9) e Conselho Executivo da Escola dos Aregos - Chaves - Grupo Pg - (Anexo 10). Estes pedidos foram apresentados em Outubro de 2005, tendo a fase de recolha de dados decorrido no período de Fevereiro a Maio de 2006. Apenas a Comissão de Ética do Hospital Maria Pia deu a autorização para recolha de dados por escrito (Anexo 6), os conselhos executivos das escolas deram a autorização de modo informal.

No caso das escolas, os questionários foram administradas pelos directores de turma. Contudo, os alunos, já haviam previamente levado o termo de consentimento informado para o seu encarregado de educação. Só após esta verificação, pôde o director de turma administrar os questionários, não se tendo verificado nenhuma objecção.

No Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, os questionários foram administrados nos serviços de internamento e consulta externa. Quem administrou os questionários foram médicos pedopsiquiatras, a investigadora e a enfermeira responsável pela consulta externa, onde os adolescentes são acompanhados pelo encarregado de educação. Os participantes e seus responsáveis legais foram esclarecidos e sensibilizados para a investigação, tendo assinado o consentimento

informado após boa compreensão deste. Sempre que o adolescente apresentava alguma dúvida, solicitava ajuda ao profissional de saúde.

De modo a uniformizar o processo de recolha de dados, foi criado um protocolo em que foi definido detalhadamente o modo de administração dos instrumentos e esclarecimentos de dúvidas pelos profissionais de saúde envolvidos no estudo.

Relativamente ao Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia, e dado o baixo número de casos de depressão ocorridos durante o período de recolha de dados, foi necessário incluir no grupo D adolescentes que se encontravam a ser seguidos por depressão em consulta privada de Psiquiatria no distrito do Porto.

4.5.1 - Procedimento estatístico

O processamento e análise estatística são efectuados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Os dados de caracterização da amostra são dispostos em quadros de distribuição de frequências e, quando adequado, estas são complementadas com respectivas médias e desvio padrão.

As hipóteses foram analisadas recorrendo aos métodos estatísticos seguintes:

- Teste de Independência do Qui-Quadrado (a correcção de continuidade de *yates* foi utilizada para tabelas de dupla entrada - duas linhas e duas colunas - tabelas 2X2).
- Teste *t student* para duas amostras independentes.
- Coeficiente de correlação de *Pearson*.
- Teste One-Way Anova.

A análise dos resultados contempla três tipos de tratamento estatístico. O primeiro consiste na análise univariada, em que se analisa cada uma das variáveis relevantes através de gráficos e tabelas onde constam as frequências absolutas e relativas; o segundo contempla a análise bivariada em que se analisa a relação existente entre duas variáveis de cada vez; e o terceiro um estudo para verificar a existência ou ausência de diferenças em relação a determinadas variáveis nos dois grupos em estudo.

4.6 - RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, organizados de acordo com os objectivos e hipóteses que foram colocadas.

Esta apresentação reveste-se de carácter meramente descritivo, uma vez que a discussão dos resultados será feita no capítulo da Discussão.

VARIÁVEIS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

SEXO

No que concerne ao sexo, observou-se que, na amostra total ($N = 300$), 39% dos participantes são do sexo masculino e 61% do sexo feminino (Gráfico 1).

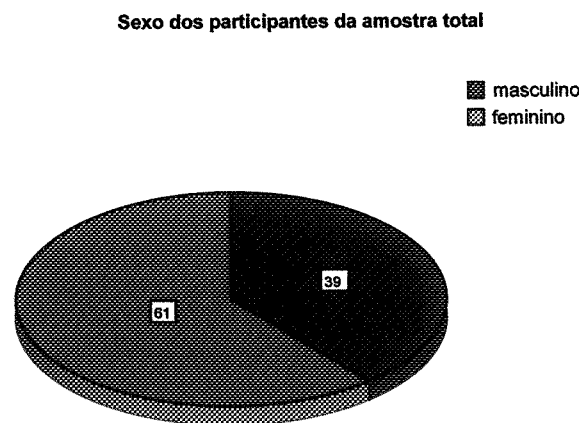


Gráfico 1: Distribuição dos participantes da amostra total por sexo ($N = 300$)

No Grupo D, verificou-se que 22,7% são sexo masculino e 77,3% são do sexo feminino (Gráfico 2). No Grupo Pg verificou-se que 48,4% dos participantes são do sexo masculino e 51,6% são do sexo feminino (Gráfico3).

Sexo dos adolescentes com depressão

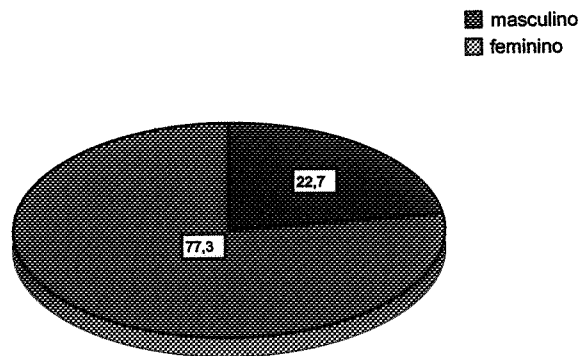


Gráfico 2: Distribuição dos adolescentes com depressão por sexo (Grupo D) ($n=110$)

Sexo dos adolescentes da população em geral

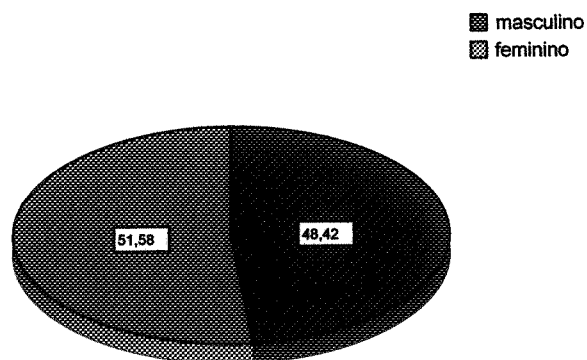


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes da população em geral por sexo (Grupo Pg) ($n = 190$)

Quadro 6: Agregado familiar do Grupo D ($n = 110$)

Agregado Familiar	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Pais/irmãos/outros	12	10,0 %
Mãe/outros	22	19,0 %
Pai/outros	25	25,0 %
Pais/irmão(s)	42	38,0 %
Outros	6	5,3 %
Instituição	3	2,7 %
Total	110	100,0 %

Verificamos que a maioria dos adolescentes do Grupo D vive com os pais e irmão(s) (38,0%) ou com o Pai/outros (25,0%) e que apenas 2,7% reside em instituição.

Quadro 7: Agregado familiar dos adolescentes do Grupo Pg ($n = 190$)

Agregado Familiar	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Pais/irmãos/outros	13	6,8 %
Mãe/outros	16	8,4 %
Pai/outros	4	2,1 %
Pais/irmão(s)	144	75,9 %
Instituição	13	6,8 %
Total	190	100,0 %

Observou-se que a maioria dos adolescentes do Grupo Pg vive com os Pais/irmão(s) (75,9%), Mãe/outros (8,4%) e que 6,8% vive em Instituição.

Existem diferenças significativas entre os dois grupos, quanto ao agregado familiar ($\chi^2(5)=67,87; p<0,01$), destacando-se o facto de no grupo Pg, ser mais frequente a situação de viver com os pais e irmãos.

NÚMERO DE IRMÃOS

Relativamente ao agregado familiar analisou-se o número de irmãos nos dois grupos.

Quadro 8: Número de irmãos para ambos os grupos

	Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão
Nº de irmãos	Grupo D	110	1,79	1,47
	Grupo Pg	190	1,64	1,58

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à variável número de irmãos, ($t(298)=0,81$; $p>0,05$).

IDADE DOS PAIS

Quanto à variável “idade do pai”, para os adolescentes do Grupo D, a média de idades do pai é de 44,91 ($DP = 4,41$), enquanto que, para os adolescentes do Grupo Pg, é de 44,18 ($DP = 5,980$). Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativamente a idade do pai ($t(274,97)=1,45$; $p>0,05$).

Quanto à variável “idade da mãe”, para os adolescentes do Grupo D, a média de idades da mãe é de 43,42 ($DP = 4,44$), enquanto que, para os adolescentes do Grupo Pg, é de 41,92 ($DP = 5,55$). Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativas à idade da mãe ($t(293,10)=2,94$; $p<0,01$), sendo que as mães do grupo D são mais velhas.

ESCOLARIDADE

No que diz respeito à escolaridade dos pais, foram obtidos os seguintes resultados:

Quadro 9: Escolaridade dos pais para o Grupo D e para o Grupo Pg

	Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>
Escolaridade do pai	Grupo D	110	7,67	4,00	0,02
	Grupo Pg	190	6,54	3,90	0,02
Escolaridade da mãe	Grupo D	110	8,51	3,91	0,0001
	Grupo Pg	190	6,74	4,08	0,0001

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à escolaridade do pai ($t(298)=2,41$; $p<0,05$), sendo que os pais do Grupo D possuem um nível de escolaridade mais elevado.

Também se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à escolaridade da mãe ($t(298)=3,67$; $p<0,01$), sendo que as mães do Grupo D possuem um nível de escolaridade mais elevado.

SITUAÇÃO CONJUGAL

Quanto à situação conjugal dos pais e dada a variedade de respostas, os resultados foram agrupados em três grandes grupos: “pai e mãe vivem juntos”, “pai e mãe vivem separados”, “sem pais” (Quadro 11 e Quadro 12).

Quadro 10: Situação conjugal dos pais dos adolescentes do Grupo D ($n= 110$)

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Pai e mãe vivem juntos	62	56,4 %
Pai e mãe vivem separados	36	32,7 %
Sem pais	12	10,9 %
Total	110	100,0 %

Quadro 11: Situação conjugal dos pais dos adolescentes do Grupo Pg ($n=190$)

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Pai e mãe vivem juntos	148	77,9 %
Pai e mãe vivem separados	33	17,4 %
Sem pais	9	4,7 %
Total	190	100,0 %

Observando as tabelas, verificamos que 56,4% dos adolescentes do Grupo D vivem com ambos os pais, comparativamente com 77,9% do Grupo Pg. No que se refere a pais separados, 32,7% dos adolescentes do Grupo D estão nesta situação contrapondo-se a 17,4% dos adolescentes do Grupo Pg. Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à situação conjugal dos pais ($\chi^2(2)=15,54$; $p<0,05$), sendo que, nos adolescentes da população em geral, a percentagem de jovens que vivem com os pais juntos é superior. Os jovens do Grupo D apresentam com maior frequência a situação de pais a viverem separados e a situação de não terem pais.

SITUAÇÃO LABORAL

No que diz respeito à situação laboral do pai, foram obtidos os resultados expressos nas seguintes tabelas:

Quadro 12: Situação laboral do pai dos adolescentes do Grupo D

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Empregado	77	70,0 %
Desempregado	24	21,8 %
Reformado	1	0,9 %
Doméstico	0	0,0 %
Total	102	92,7 %
<i>Missing</i>	8	7,3 %
Total	110	100,0 %

Quadro 13: Situação laboral do pai dos adolescentes do Grupo Pg

	Frequência	Percentagem
	(n)	(%)
Empregado	141	74,2 %
Desempregado	25	13,2 %
Reformado	7	3,7 %
Doméstico	6	3,2 %
Total	179	94,2 %
<i>Missing</i>	11	5,8 %
Total	190	100,0 %

Quadro 14: Situação laboral das mães dos adolescentes do Grupo D

	Frequência	Percentagem
	(n)	(%)
Empregada	63	57,3 %
Desempregada	14	12,7 %
Reformada	1	,9 %
Doméstica	28	25,5 %
Total	106	96,4 %
<i>Missing</i>	4	3,6 %
Total	110	100,0 %

Através da análise do quadro 15 verificamos que 74,2% dos pais do Grupo Pg se encontram empregados, comparativamente com 70% dos pais dos adolescentes do Grupo D. No caso dos pais desempregados existem 21,8% dos pais de adolescentes do Grupo D comparativamente com 13,2% dos pais de adolescentes da população do Grupo Pg. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, quanto à situação laboral do pai ($\chi^2(2)=8,73; p<0,05$).

Quadro 15: Situação laboral das mães dos adolescentes do Grupo Pg

	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Empregada	100	52,6 %
Desempregada	22	11,6 %
Reformada	4	2,1 %
Doméstica	64	33,7 %
Total	190	100,0 %

Após a observação das tabelas verificamos que 57,3% das mães dos adolescentes do Grupo D, encontram-se empregadas comparativamente com 52,6% das mães de adolescentes do Grupo Pg. Também se verifica que 25,5% das mães dos adolescentes do Grupo D são domésticas comparativamente com 33,7% das mães dos adolescentes do Grupo Pg. No entanto, verificou-se que não, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à situação laboral da mãe ($\chi^2(2)=2,20; p>0,05$).

VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

DEPRESSÃO

Procurou-se analisar se os dois grupos se distinguem quanto aos sintomas depressivos.

Quadro 16: Resultados das dimensões cognitiva; afectiva e somática do BDI-II relativa aos dois grupos.

	Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>																																	
Cognitiva	Grupo D	110	6,70	2,94	0,0001	20,40	298																																	
	Grupo Pg	190	0,69	1,57				Afectiva	Grupo D	110	9,10	4,21	0,0001	20,41	298	Grupo Pg	190	0,58	1,33	Somática	Grupo D	110	9,46	3,80	0,0001	19,63	298	Grupo Pg	190	1,51	2,44	Total do BDI-II	Grupo D	110	10,5	5,96	0,0001	-20,35	298	Grupo Pg
Afectiva	Grupo D	110	9,10	4,21	0,0001	20,41	298																																	
	Grupo Pg	190	0,58	1,33				Somática	Grupo D	110	9,46	3,80	0,0001	19,63	298	Grupo Pg	190	1,51	2,44	Total do BDI-II	Grupo D	110	10,5	5,96	0,0001	-20,35	298	Grupo Pg	190	-4,1	5,99	0,0001								
Somática	Grupo D	110	9,46	3,80	0,0001	19,63	298																																	
	Grupo Pg	190	1,51	2,44				Total do BDI-II	Grupo D	110	10,5	5,96	0,0001	-20,35	298	Grupo Pg	190	-4,1	5,99	0,0001																				
Total do BDI-II	Grupo D	110	10,5	5,96	0,0001	-20,35	298																																	
	Grupo Pg	190	-4,1	5,99				0,0001																																

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, quanto às três dimensões avaliadas. Os indivíduos do Grupo D apresentam mais sintomas depressivos na dimensão cognitiva ($t(145,46)=19,88; p < 0,01$), na dimensão afectiva apresenta ($t(121,66)=20,64; p < 0,01$) e na dimensão somática apresenta ($t(161,73)=19,71; p < 0,01$), assim como um nível de depressão mais elevado quando considerado o valor total do BDI-II.

Procurou-se analisar os resultados dos adolescentes de ambos os grupos tendo em consideração os pontos de corte propostos por Beck.

Quadro17: Pontos de corte propostos por Beck para os adolescentes da população em geral.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mínima	179	94,2
Ligeira	9	4,7
Moderada	2	1,1
Total	190	100,0

Nos adolescentes da população em geral verificou-se que estes apresentam 94,2% de sintomatologia depressiva mínima, 4,7% de sintomatologia depressiva ligeira e apenas 1,1% sintomatologia depressiva moderada.

Quadro 18: Pontos de corte propostos por Beck para os adolescentes com depressão

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mínima	12	10,9
Ligeira	12	10,9
Moderada	41	37,3
Grave	45	40,9
Total	110	100,0

Nos adolescentes com depressão verificou-se que estes apresentam 37,3% de sintomatologia depressiva moderada e 40,9% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva grave.

Há relação, sendo os adolescentes do Grupo D que apresentam os maiores valores de depressão ($\chi^2(3) = 221,21; p < 0,05$).

SUPORTE SOCIAL

Com a escala de satisfação com suporte social, foi possível avaliar a satisfação com as amizades, satisfação com a intimidade, satisfação com a família e a satisfação com as actividades sociais.

Em primeiro lugar, são apresentados os valores da média do suporte social total, para os dois grupos.

Quadro 19: O suporte social total nos adolescentes do Grupo D e do Grupo Pg

	Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte Total	Grupo D	110	-4,10	5,96	-20,38	0,0001
	Grupo Pg	190	10,47	5,99		

Observa-se que a satisfação com o suporte social no Grupo D é significativamente inferior ao do Grupo Pg, apresentando médias de -4,10 e 10,47 respectivamente ($DP = 6$).

Mais especificamente, são apresentados a seguir os resultados da comparação entre os dois grupos quanto às sub-escalas satisfação com a amizade, intimidade, família e actividades sociais (Quadro 22).

Quadro 20: Resultados da ESSS para a sub-escala da amizade, intimidade, família e actividades sociais relativa aos dois grupos (Grupo D e Grupo Pg).

	Grupo	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Amizade	Grupo D	110	-3,08	3,89	17,68	0,0001
	Grupo Pg	190	5,03	3,78		
Intimidade	Grupo D	110	-2,29	2,22	12,41	0,0001
	Grupo Pg	190	1,3	2,55		
Família	Grupo D	110	-,02	2,46	10,58	0,0001
	Grupo Pg	190	2,97	2,16		
Actividades Sociais	Grupo D	110	1,15	3,52	0,43	0,0001
	Grupo Pg	190	1,28	1,95		

No que diz respeito à ESSS, verifica-se que, em todas as dimensões, os adolescentes do Grupo D apresentam uma pontuação francamente inferior comparativamente aos adolescentes do Grupo Pg, salientando-se as dimensões amizades e intimidade pelos valores negativos obtidos.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que diz respeito à Amizade, à Intimidade, à Família, e às Actividades Sociais.

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL

Procurou-se explorar se existe uma relação entre os sintomas depressivos e a satisfação com as amizades. Os resultados obtidos nos adolescentes com o Grupo D foram os seguintes (Quadro 21):

Quadro 21: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Amizade da ESSS nos adolescentes do Grupo D ($n=110$)

SATISFAÇÃO COM A AMIZADE

Tristeza	$r(110)=-0,11; p>0,05$	Perda de Interesse	$r(110)= 0,05; p>0,05$
Pessimismo	$r(110)=-0,05; p>0,05$	Indecisão	$r(110)= -0,02; p>0,05$
Fracassos passados	$r(110)=0,16; p>0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(110)= -0,04; p>0,05$
Perda de prazer	$r(110)=-0,13; p>0,05$	Perda de Energia	$r(110)= -0,01; p>0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(110)=-0,15; p>0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(110)= -0,17; p>0,05$
Sentimentos de punição	$r(110)=-0,03; p>0,05$	Irritabilidade	$r(110)= 0,05; p>0,05$
Auto-Depreciação	$r(110)=0,05; p>0,05$	Alterações no Apetite	$r(110)= 0,01; p>0,05$
Auto-Criticismo	$r(110)=0,01; p>0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(110)= 0,08; p>0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(110)=0,18; p>0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(110)= 0,02; p>0,05$
Choro	$r(110)=-0,01; p>0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(110)= -0,24; p<0,05$
Agitação	$r(110)=-0,03; p>0,05$		

Quanto à sub-escala da Amizade no ESSS não se verifica a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com as amizades e sintomas da depressão, com exceção do que diz respeito à perda de interesse sexual. À medida que aumenta a satisfação com as amizades diminuem os sintomas depressivos relacionados com a perda de interesse sexual.

Quanto à satisfação com a intimidade, no grupo dos adolescentes do Grupo D obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 22: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Intimidade da ESSS nos adolescentes do Grupo D ($n=110$)

SATISFAÇÃO COM A INTIMIDADE

Tristeza	$r(110)=-0,07; p>0,05$	Perda de Interesse	$r(110)= 0,22; p<0,05$
Pessimismo	$r(110)=-0,06; p>0,05$	Indecisão	$r(110)= 0,16; p>0,05$
Fracassos passados	$r(110)=0,06; p>0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(110)= 0,06; p>0,05$
Perda de prazer	$r(110)=-0,12; p>0,05$	Perda de Energia	$r(110)= 0,1; p>0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(110)=-0,07; p>0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(110)= -0,12; p>0,05$
Sentimentos de punição	$r(110)=-0,02; p>0,05$	Irritabilidade	$r(110)= 0,12; p>0,05$
Auto-Depreciação	$r(110)= 0,02; p>0,05$	Alterações no Apetite	$r(110)= 0,00; p>0,05$
Auto-Criticismo	$r(110)= 0,02; p>0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(110)= 0,11; p>0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(110)=0,19; p<0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(110)= 0,04; p>0,05$
Choro	$r(110)=0,03; p>0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(110)= -0,08; p>0,05$
Agitação	$r(110)=0,04; p>0,05$		

Quanto à sub-escala Intimidade da ESSS, nos adolescentes com depressão, verifica-se que se encontra fraca e positivamente correlacionada com os sintomas “Pensamentos ou desejos suicidas” e “Perda de interesse”, ou seja, à medida que estes sintomas aumentam, maior é a satisfação com a intimidade.

Os resultados da correlação entre as variáveis do BDI-II e a sub-escala relativa à família da ESSS nos adolescentes com diagnóstico de depressão, são apresentados a seguir:

Quadro 23: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da Família da ESSS nos adolescentes do Grupo D ($n=110$)

SATISFAÇÃO COM A FAMÍLIA

Tristeza	$r(110)=0,13; p>0,05$	Perda de Interesse	$r(110)=0,39; p<0,05$
Pessimismo	$r(110)=0,20; p<0,05$	Indecisão	$r(110)=0,23; p<0,05$
Fracassos passados	$r(110)=0,20; p<0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(110)=0,22; p<0,05$
Perda de prazer	$r(110)=0,20; p<0,05$	Perda de Energia	$r(110)=0,18; p>0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(110)=0,20; p<0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(110)=0,07; p>0,05$
Sentimentos de punição	$r(110)=0,26; p<0,05$	Irritabilidade	$r(110)=0,19; p<0,05$
Auto-Depreciação	$r(110)=0,27; p<0,05$	Alterações no Apetite	$r(110)=0,21; p<0,05$
Auto-Criticismo	$r(110)=0,25; p<0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(110)=0,22; p<0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(110)=0,22; p<0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(110)=0,28; p<0,05$
Choro	$r(110)=0,18; p>0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(110)=0,12; p>0,05$
Agitação	$r(110)=0,26; p<0,05$		

O “pessimismo”, “fracassos passados”, “perda de prazer”, “sentimentos de culpa”, “sentimentos de punição”, “auto-depreciação”, “auto-criticismo”, “pensamentos ou desejos suicidas”, “agitação”, “perda de interesse”, “indecisão”, “sentimentos de inutilidade”, “irritabilidade”, “alterações no apetite”, “dificuldades de concentração” e

“cansaço ou fadiga” revelam estar positiva fracamente correlacionados com a satisfação com a família nos adolescentes com o diagnóstico de depressão, não se verificando uma relação estatisticamente significativa desta dimensão do apoio social com os restantes sintomas de depressão avaliados.

Os resultados da correlação entre as variáveis do BDI-II e a sub-escala relativa às actividades sociais da ESSS dos adolescentes com o Grupo D são apresentados a seguir (Quadro 24):

Quadro 24: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Actividades Sociais da ESSS nos adolescentes com Grupo D ($n=110$)

SATISFAÇÃO COM AS ACTIVIDADES SOCIAIS

Tristeza	$r(110) = 0,01; p > 0,05$	Perda de Interesse	$r(110) = 0,12; p > 0,05$
Pessimismo	$r(110) = -0,05; p > 0,05$	Indecisão	$r(110) = 0,04; p > 0,05$
Fracassos passados	$r(110) = 0,01; p > 0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(110) = 0,15; p > 0,05$
Perda de prazer	$r(110) = 0,04; p > 0,05$	Perda de Energia	$r(110) = -0,14; p > 0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(110) = 0,5; p > 0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(110) = 0,10; p > 0,05$
Sentimentos de punição	$r(110) = 0,13; p > 0,05$	Irritabilidade	$r(110) = -0,05; p > 0,05$
Auto-Depreciação	$r(110) = -0,07; p > 0,05$	Alterações no Apetite	$r(110) = -0,05; p > 0,05$
Auto-Criticismo	$r(110) = 0,44; p > 0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(110) = 0,01; p > 0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(110) = -0,03; p > 0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(110) = 0,13; p > 0,05$
Choro	$r(110) = -0,06; p > 0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(110) = -0,07; p > 0,05$
Agitação	$r(110) = -0,08; p > 0,05$		

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e a satisfação com as actividades sociais, nos adolescentes com depressão.

Os resultados obtidos para o grupo representante do Grupo Pg ($n = 190$), entre o BDI-II e a sub-escala relativa à Amizade do ESSS, são apresentados a seguir (Quadro 25):

Quadro 25: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Amizade da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg ($n = 190$)

SATISFAÇÃO COM A AMIZADE

Tristeza	$r (190) = -0,19; p < 0,05$	Perda de Interesse	$r (190) = 0,02; p > 0,05$
Pessimismo	$r (190) = -0,1; p > 0,05$	Indecisão	$r (190) = -0,05; p > 0,05$
Fracassos passados	$r (190) = -0,12; p > 0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r (190) = -0,1; p > 0,05$
Perda de prazer	$r (190) = -0,00; p > 0,05$	Perda de Energia	$r (190) = -0,04; p > 0,05$
Sentimentos de Culpa	$r (190) = -0,17; p < 0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r (190) = -0,10; p > 0,05$
Sentimentos de punição	$r (190) = -0,05; p > 0,05$	Irritabilidade	$r (190) = -0,06; p > 0,05$
Auto-Depreciação	$r (190) = -0,10; p > 0,05$	Alterações no Apetite	$r (190) = -0,01; p > 0,05$
Auto-Criticismo	$r (190) = -0,13; p > 0,05$	Dificuldades de Concentração	$r (190) = -0,02; p > 0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r (190) = -0,07; p > 0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r (190) = -0,01; p > 0,05$
Choro	$r (190) = -0,1; p > 0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r (190) = -0,1; p > 0,05$
Agitação	$r (190) = -0,16; p > 0,05$		

Relativamente aos resultados do Grupo Pg, constata-se que a sub-escala da ESSS relativa à amizade se encontra correlacionada fraca e negativamente com a

“tristeza”, “sentimentos de culpa”, ou seja, à medida que estes sintomas aumentam, diminui a satisfação com as amizades. Salienta-se que são apenas dois sintomas de um conjunto de vinte e um.

Quanto à satisfação com a intimidade, no grupo dos adolescentes da população em geral obtiveram-se os seguintes resultados (Quadro 26):

Quadro 26: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala da Intimidade da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg ($n=190$)

SATISFAÇÃO COM A INTIMIDADE

Tristeza	r (190)= $p>0,05$	0,03;	Perda de Interesse	r (190)= 0,08; $p>0,05$
Pesimismo	r (190)= $p>0,05$	0,00;	Indecisão	r (190)= 0,14; $p>0,05$
Fracassos passados	r (190)= $p>0,05$	0,11;	Sentimentos de Inutilidade	r (190)= 0,08; $p>0,05$
Perda de prazer	r (190)= $p>0,05$	0,09;	Perda de Energia	r (190)= -0,02; $p>0,01$
Sentimentos de Culpa	r (190)= $p<0,05$	0,18;	Alterações no Padrão de Sono	r (190)= -0,03; $p>0,05$
Sentimentos de punição	r (190)= $p>0,05$	0,06;	Irritabilidade	r (190)= 0,15; $p<0,05$
Auto-Depreciação	r (190)= $p>0,05$	-0,04;	Alterações no Apetite	r (190)= -0,04; $p>0,05$
Auto-Criticismo	r (190)= $p>0,05$	0,12;	Dificuldades de Concentração	r (190)= 0,14; $p>0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	r (190)= $p>0,05$	-0,04;	Cansaço ou Fadiga	r (190)= -0,08; $p>0,05$
Choro	r (190)= $p<0,05$	0,16;	Perda de Interesse Sexual	r (190)= 0,06; $p>0,05$
Agitação	r (190)= $p>0,05$	0,14;		

No Grupo Pg foi observada uma correlação fraca e positiva entre a sub-escala da ESSS relativa à Intimidade com os “sentimentos de culpa”, “choro” e “irritabilidade” do

BDI-II, pelo que quanto maior a satisfação com a intimidade, mais graves serão estes sintomas .

Os resultados da correlação entre as variáveis do BDI-II e a sub-escala relativa à família da ESSS para o Grupo Pg, são apresentados a seguir (Quadro 27):

Quadro 27: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Família da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg ($n=190$).

SATISFAÇÃO COM A FAMÍLIA

Tristeza	$r(190) = -0,21; p < 0,05$	Perda de Interesse	$r(190) = -0,02; p > 0,05$
Pesimismo	$r(190) = -0,11; p > 0,05$	Indecisão	$r(190) = -0,12; p > 0,05$
Fracassos passados	$r(190) = -0,20; p < 0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(190) = -0,13; p > 0,05$
Perda de prazer	$r(190) = -0,25; p < 0,05$	Perda de Energia	$r(190) = -0,05; p > 0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(190) = -0,30; p < 0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(190) = -0,14; p > 0,05$
Sentimentos de punição	$r(190) = -0,14; p > 0,05$	Irritabilidade	$r(190) = -0,16; p < 0,05$
Auto-Depreciação	$r(190) = -0,13; p > 0,05$	Alterações no Apetite	$r(190) = -0,10; p > 0,05$
Auto-Criticismo	$r(190) = -0,19; p < 0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(190) = -0,08; p > 0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(190) = -0,18; p < 0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(190) = -0,06; p > 0,05$
Choro	$r(190) = -0,06; p > 0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(190) = 0,14; p > 0,05$
Agitação	$r(190) = -0,22; p < 0,05$		

Os resultados sugerem que, quanto menor a satisfação com a família, mais os adolescentes possuem sentimentos de “tristeza”, “fracassos passados”, “perda de

prazer”, “sentimentos de culpa”, “auto-criticismo”, “pensamentos ou desejos suicidas”, “agitação” e “irritabilidade”. Todavia, esta relação é fraca.

Os resultados da correlação entre as variáveis do BDI-II e a sub-escala relativa às actividades sociais da ESSS para o Grupo Pg, são apresentados a seguir (Quadro 28):

Quadro 28: Resultados da correlação do BDI – II com a sub - escala Actividades Sociais da ESSS nos adolescentes do Grupo Pg ($n=190$).

SATISFAÇÃO COM AS ACTIVIDADES SOCIAIS

Tristeza	$r(190)= 0,03; p>0,05$	Perda de Interesse	$r(190)= 0,02; p>0,05$
Pesimismo	$r(190)= -0,06; p>0,05$	Indecisão	$r(190)= 0,03; p>0,05$
Fracassos passados	$r(190)= 0,04; p>0,05$	Sentimentos de Inutilidade	$r(190)= 0,08; p>0,05$
Perda de prazer	$r(190)= 0,00; p>0,05$	Perda de Energia	$r(190)= 0,09; p>0,05$
Sentimentos de Culpa	$r(190)= -0,00; p>0,05$	Alterações no Padrão de Sono	$r(190)= 0,03; p>0,05$
Sentimentos de punição	$r(190)= 0,02; p<0,05$	Irritabilidade	$r(190)= 0,08; p>0,05$
Auto-Depreciação	$r(190)= -0,01; p>0,05$	Alterações no Apetite	$r(190)= 0,02; p>0,05$
Auto-Criticismo	$r(190)= 0,22; p<0,05$	Dificuldades de Concentração	$r(190)= -0,05; p>0,05$
Pensamentos ou Desejos Suicidas	$r(190)= 0,02; p>0,05$	Cansaço ou Fadiga	$r(190)= 0,02; p>0,05$
Choro	$r(190)= -0,01; p>0,05$	Perda de Interesse Sexual	$r(190)= -0,03; p>0,05$
Agitação	$r(190)= 0,06; p>0,05$		

Não existe uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e a satisfação com as actividades sociais, nos adolescentes da população em

geral, com excepção do que diz respeito ao auto-criticismo e sentimentos de punição, que se encontram fraca e positivamente relacionados com esta satisfação. Constata-se, assim, que quanto maior a satisfação com as actividades sociais, mais graves são estes dois sintomas depressivos.

Quadro 29: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para os participantes globalmente considerados.

	Cognitiva	Afectiva	Somática
Amizade	$r (300) = -0,62;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,60;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,06;$ $p < 0,01$
Intimidade	$r (300) = -0,46;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,41;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,46;$ $p < 0,01$
Família	$r (300) = -0,42;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,38;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,39;$ $p < 0,01$
Actividades Sociais	$r (300) = 0,05;$ $p > 0,05$	$r (300) = 0,04;$ $p > 0,05$	$r (300) = 0,03;$ $p > 0,05$
Apoio Total	$r (300) = -0,62;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,59;$ $p < 0,01$	$r (300) = -0,61;$ $p < 0,01$

Os resultados sugerem a existência de correlações estatisticamente significativa, fraca a moderada, entre a satisfação com o apoio social total, a satisfação com a família, intimidade e amizade e as dimensões cognitiva, afectiva, e somática dos sintomas depressivos. Não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões do BDI-II com a satisfação com as actividades sociais.

Quadro 30: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para o Grupo D.

	Cognitiva	Afectiva	Somática
Amizade	$r (110) = -0,04;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,04;$ $p < 0,05$	$r (300) = -0,08;$ $p > 0,05$
Intimidade	$r (110) = -0,04;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,16;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,01;$ $p > 0,05$
Família	$r (110) = 0,30;$ $p < 0,01$	$r (110) = -0,34;$ $p < 0,01$	$r (110) = 0,27;$ $p < 0,01$
Actividades Sociais	$r (110) = 0,05;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,02;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,00;$ $p > 0,05$
Apoio Total	$r (110) = 0,10;$ $p > 0,05$	$r (110) = 0,23;$ $p < 0,05$	$r (110) = 0,06;$ $p > 0,05$

Há correlação estatisticamente significativas fracas a moderadas entre a satisfação com a família e as dimensões cognitiva, afectiva e somática dos sintomas depressivos com excepção das actividades sociais. Essas correlações revelaram ser positivas entre a satisfação com a família e as dimensões cognitiva e somática e entre a satisfação com a amizade e a dimensão afectiva, sugerindo que quanto maior a satisfação com o apoio social, mais grave é o nível dos sintomas depressivos. Por outro lado, verificou-se a existência de uma relação negativa entre a satisfação com a família e a dimensão afectiva, que sugere quanto maior o apoio social nesse domínio, menor é a sintomatologia depressiva a nível afectiva.

Quadro 31: Correlação entre as dimensões do BDI-II e as dimensões do ESSS para o Grupo Pg.

	Cognitiva	Afectiva	Somática
Amizade	$r (190) = -0,18$; $p < 0,05$	$r (190) = -1,14$; $p > 0,05$	$r (190) = -0,09$; $p > 0,05$
Intimidade	$r (190) = 0,11$; $p > 0,05$	$r (190) = 0,17$; $p < 0,05$	$r (190) = -0,01$; $p < 0,05$
Família	$r (190) = -0,30$; $p < 0,01$	$r (190) = -0,19$; $p < 0,01$	$r (190) = -0,16$; $p > 0,05$
Actividades Sociais	$r (190) = 0,07$; $p > 0,05$	$r (190) = 0,05$; $p > 0,05$	$r (190) = 0,05$; $p > 0,05$
Apoio Total	$r (190) = -0,13$; $p > 0,05$	$r (190) = -0,05$; $p > 0,05$	$r (190) = -0,09$; $p > 0,05$

Há correlações estatisticamente significativas, fracas a moderadas, entre a satisfação com o apoio social e as dimensões cognitiva, afectiva, e somática dos sintomas depressivos com excepção das actividades sociais e do apoio social globalmente considerado. Verificam-se correlações negativas entre a satisfação com a amizade e com a família e a dimensão cognitiva; entre a satisfação com a família e a dimensão afectiva; e entre a satisfação com a intimidade e a dimensão somática.

Verificou-se ainda, a existência de uma relação positiva entre a satisfação com a intimidade e a dimensão afectiva.

HIPÓTESES

1ª Hipótese: A presença de sintomas de depressão é maior nas raparigas que nos rapazes (Khan, Gardner, Prescott & Kendler 2002; Rushton, Forcier & Schectman, 2002; Takakura & Sakihara, 2000).

Procurou-se analisar as diferenças em ambos os grupos de adolescente quanto ao sexo, relativamente aos sintomas depressivos.

Quadro 32: Diferenças entre os dois sexos quanto aos sintomas depressivos (Totalidade dos participantes $N = 300$)

	Sexo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Depressão	Masculino	117	6,57	10,0	-5,94	0,0001
	Feminino	183	14,87	14,1		

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto aos sintomas depressivos, pelo que se confirma a primeira hipótese formulada. As raparigas apresentam sintomas de depressão superiores aos dos rapazes nos participantes globalmente considerados ($N = 300$).

2ª Hipótese: Existe uma relação entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva apresentada pelos adolescentes (Coelho & Martins, 2002).

Procurou-se analisar a relação entre o número de irmãos e os sintomas depressivos para a amostra total.

Quadro 33: Relação entre sintomatologia depressiva e número de irmãos.

	Sintomatologia Depressiva
Número de irmãos	$r(300) = 0,01; p > 0,05$

Não existe uma relação estatisticamente significativa diferenças estatisticamente significativas entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva apresentada.

3ª Hipótese: A sintomatologia depressiva é mais grave nos adolescentes que têm o “pai e mãe a viver separados” do que os que têm pais a viver juntos (Coelho & Martins, 2002).

Procurou-se analisar as diferenças em ambos os grupos de adolescentes quanto à situação conjugal, relativamente aos sintomas depressivos para a amostra total.

Quadro 34: Sintomatologia depressiva e situação conjugal dos pais para a amostra total.

	Situação Conjugal dos Pais	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	F	<i>p</i>
Sintomatologia Depressiva	Pai e Mãe vivem juntos	210	9,84	13,8	6,64	0,0001
	Pai e Mãe vivem separados	66	16	13,2		
	Sem pais	24	15,4	15		

Existem diferenças estatisticamente significativas na depressão média nos três grupos de jovens. Os jovens sem pais e com pai e mãe a viverem separados apresentam um nível mais grave de sintomas depressivos do que os adolescentes com pai e mãe a viverem juntos, o que vem confirmar a hipótese colocada.

4.8 - DISCUSSÃO

Na discussão, procura-se fazer uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando realçar o seu significado e implicações.

A discussão dos resultados é organizada de forma sequencial, com vista a dar resposta aos objectivos e hipóteses delineadas.

4.8.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao delinear o presente estudo, verificou-se que, para a amostra dos adolescentes com depressão, os elementos da amostra são, na sua grande maioria, do **sexo** feminino, o que vai ao encontro de estudos que sugerem existir uma maior predisposição para tal fenómeno neste sexo (Marcelli, 2002).

Relativamente à **idade** dos adolescentes participantes, esta varia dos 12 aos 17 anos, o que denota um leque bastante abrangente das idades representativas desta fase de desenvolvimento.

Verifica-se, neste estudo, que a média de idades dos adolescentes com depressão é superior à média de idades dos adolescentes representativos da população em geral. O que vai de encontro com a revisão bibliografia efectuada, segundo a Teoria Cognitiva de Piaget (1954) o estágio operacional formal surge entre os 11 – 15 anos de idade, neste estágio o pensamento dos adolescentes alarga-se a novos horizontes cognitivos e sociais. Os adolescentes não limitados às experiências actuais concretas como âncoras do pensamento, podem fazer conjecturas sobre situações imaginárias e raciocinar logicamente sobre elas.

Também nesta fase de desenvolvimento ocorrem inúmeras modificações físicas, estas mudanças são acompanhadas por modificações nos comportamentos e atitudes. O impacto das transformações físicas prende-se com a aceitação do seu corpo e aspecto físico modificado, podendo trazer mais dificuldades aos adolescentes e, consequentemente levar à depressão (Santrock, 2004).

NÚMERO DE PESSOAS COM QUEM VIVE

Quanto ao número de pessoas com quem vive, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Uma explicação possível poderá prender-se com a situação de, nem só nos agregados familiares numerosos, os

adolescentes têm sintomas depressivos, mas também em agregados familiares reduzidos (Marcelli, 2003).

AGREGADO FAMILIAR

Relativamente aos resultados do estudo em análise sobre o **agregado familiar**, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados, que sugere que existe uma tendência de 38 % para os adolescentes com sintomatologia depressiva viverem com os seus pais e irmãos e de 75,9% dos adolescentes da população em geral em viverem com os seus pais e irmãos (Marcelli, 2003).

NÚMERO DE IRMÃOS

Quanto aos resultados do **número de irmãos** não existem diferenças significativas, todavia, estes resultados contrariam os estudos de Coelho e Martins (2002), que consideram que a existências de irmãos está associada à sintomatologia depressiva nas raparigas por um acréscimo de tarefas a realizar em casa, as quais contribuirão para um agravamento da sensação de fadiga das jovens.

IDADE DOS PAIS

No que diz respeito à **idade do pai** não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mas quanto à **idade da mãe** existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, apresentando o grupo dos adolescentes com depressão mães mais velhas.

Uma possível explicação para este dado poderá estar associada com o facto das mães mais novas poderem apresentar uma maior capacidade relação/comunicação (Coelho & Martins, 2002).

ESCOLARIDADE

Quanto às variáveis **escolaridade do pai e escolaridade da mãe** existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que os pais dos adolescentes com depressão possuem um nível de escolaridade superior aos pais de adolescentes sem depressão. Embora os pais possuam formação/conhecimentos isso por si só não é suficiente para evitar que os seus filhos deprimam.

Sampaio (1994) refere que, hoje em dia, as famílias estão cada vez mais ausentes na educação dos seus filhos delegando essas tarefas nas instituições. Contudo, os pais

esquecem-se que os valores e os princípios devem ser primariamente transmitidos por eles, pois nas instuições são apenas inculcadas regras de conduta (Sampaio, 1994).

SITUAÇÃO CONJUGAL

Observando os dados relativos à **situação conjugal** dos pais, estes sugerem que, os pais de adolescentes do Grupo D apresentam mais frequentemente a situação de pais a viverem separados comparativamente com os pais dos adolescentes do Grupo Pg. O que vai ao encontro de estudos efectuados por Coelho e Martins (2002). Estes autores sugeriram que os adolescentes de ambos os sexos que viviam com os progenitores separados apresentaram pontuações mais elevadas no BDI-II, opinião partilhada também, por Rushton, Forcier e Schectman (2002). O facto dos pais se encontrarem separados pode, assim, ser uma situação potenciadora da depressão. Também segundo Sampaio (1994), um adolescente com os pais separados ou divorciados tem maior risco (um risco oito vezes superior) de frequentar uma consulta de pedopsiquiatria, do que um adolescente sem pais separados ou divorciados.

SITUAÇÃO LABORAL

No que diz respeito à **situação laboral do pai**, os dados indicam que é mais frequente o desemprego entre os pais dos adolescentes com depressão. Uma possível causa deste fenómeno poderá ser o facto do desemprego provocar não só no pai mas também na restante família sintomas depressivos (como, por exemplo, tristeza, melancolia, anorexia, preocupação, insónia e consequente depressão), como é afirmado nos estudos efectuados por Wilkinson, Moore e Moore (2003).

Quanto aos dados relativos à **situação laboral das mães** dos adolescentes, os valores entre os dois grupos são muito semelhantes. O facto de existir um maior número de mães domésticas entre os adolescentes da população em geral, comparativamente com os adolescentes deprimidos (ainda que não se trate de uma diferença estatisticamente significava), poderá significar que os adolescentes da população em geral tiveram um maior acompanhamento/apoio durante o seu crescimento, daí os adolescentes da população em geral deprimirem menos, pois segundo Sampaio (1994) as mães na nossa sociedade actual ainda têm um papel fundamental na educação dos seus filhos.

AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

DEPRESSÃO

No presente estudo, procedeu-se a uma análise das três dimensões do BDI-II, tendo-se verificado que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de adolescentes com depressão e o grupo de adolescentes pertencente à população em geral, apresentando os adolescentes com depressão mais sintomas depressivos na dimensão cognitiva, na dimensão afectiva e na dimensão somática em comparação com os adolescentes da população em geral.

Observando os pontos de corte sugeridos por Beck, podemos inferir que existe uma tendência para a prevalência da depressão grave entre os adolescentes que apresentam sintomatologia depressiva. Do mesmo, e como esperado, entre os adolescentes representativos da população em geral, os dados sugerem que existe predomínio de uma sintomatologia depressiva mínima.

SUPORTE SOCIAL

Relativamente ao suporte social, foram observadas grandes diferenças entre os dois grupos em estudo. Os adolescentes pertencentes ao Grupo D apresentam uma média muito inferior comparativamente aos adolescentes da população em geral. Mais pormenorizadamente, e tendo em conta os quatro domínios do suporte social, observa-se a mesma tendência da presença de pontuações inferiores para o grupo dos adolescentes com sintomatologia depressiva.

Os resultados do presente estudo sugerem que a satisfação com as amizades, intimidade e com a família está relacionada com os sintomas depressivos em adolescentes com o diagnóstico de depressão.

Constatou-se que os adolescentes com diagnóstico com depressão (Grupo D) apresentaram uma menor satisfação comparativamente com o Grupo Pg, quanto à satisfação com a amizade, intimidade, família e actividades sociais. Para além disso, apresentam mais sintomas depressivos, ao nível da dimensão cognitiva, da dimensão afectiva e da dimensão somática do que os adolescentes da população em geral.

A análise dos dados recolhidos no presente estudo sugere que, nos adolescentes com diagnóstico de depressão, não se verifica a existência de uma relação significativa

entre a **satisfação com a amizade** e sintomas da depressão com a excepção do que diz respeito à perda de interesse sexual. Verificou-se que, à medida que aumenta a satisfação com as amizades, diminuem os sintomas depressivos relacionados com a perda de interesse sexual.

Algumas hipóteses podem ser levantadas na procura de uma interpretação destes resultados. Pode-se supor que estes adolescentes são jovens que estão a descobrir a sua sexualidade, identidade sexual, surgindo os primeiros relacionamentos amorosos e que a satisfação com o apoio dos amigos seja importante para a auto-confiança, relacionamento social, auto-estima, etc. Dimensões que poderão ser importantes para o desejo sexual nos adolescentes.

Quanto à sub-escala **intimidade** da ESSS correlacionada com o BDI-II, nos adolescentes com diagnóstico de depressão, verifica-se que os sintomas “Pensamentos ou desejos suicidas” e “Perda de interesse”, estas correlações são fracas mas significativas, ou seja, à medida que estes sintomas aumentam também aumenta a satisfação com a intimidade. Este facto poderá explicar-se porque o período da adolescência acarreta para o indivíduo inúmeras alterações físicas e psicológicas, podendo provocar aceitação ou rejeição dos outros e de si próprio, despoletando a perda de interesse e consequentes pensamentos ou actos suicidas, o que vai ao encontro de estudos efectuados por Sampaio (2002), que sugerem que a tentativa de suicídio pode surgir como um grito de desespero dada a situação com a qual o adolescente já não consegue conviver mais. O objectivo destas tentativas de suicídio consiste, muitas vezes, no apelo de despertar a atenção e consciência daqueles que o rodeiam, alterando a sua maneira de estar.

Por outro lado, é possível que, face ao quadro depressivo apresentado pelo adolescente, aqueles que lhes são próximos procurem mostrar que estão disponíveis, que o compreendem e desejam ajudar. A própria relação terapêutica com o psiquiatra poderá contribuir para essa maior satisfação com a intimidade.

Alguns dados interessantes foram observados quando se correlacionou a sub-escala da ESSS relativa à intimidade com o BDI-II para os adolescentes da População em Geral. Neste caso, observou-se uma correlação negativa entre os sintomas depressivos “sentimentos de culpa”, “choro” e “irritabilidade” e a satisfação com a intimidade. Uma explicação possível poderá prender-se com questões próprias da adolescência, pois a adolescência é um período marcado por inúmeras mudanças susceptível a este tipo de sentimentos. Segundo Erikson (1968), uma das fases de

desenvolvimento do adolescente é caracterizada pelo conflito Intimidade *versus* Isolamento.

Neste estudo, relativamente à **satisfação com a Família**, nos adolescentes com depressão, verifica-se uma relação estatisticamente significativa desta dimensão de suporte social e a maior parte dos sintomas avaliados pelo BDI – II.

Todavia, nos participantes da população em geral, quanto menor é a satisfação com a família, mais os adolescentes possuem sentimentos de “tristeza”, “fracassos passados”, “perda de prazer”, “sentimentos de culpa”, “auto-criticismo”, “pensamentos ou desejos suicidas”, “agitação” e “irritabilidade”. Porém, esta relação é fraca.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada (Sampaio, 1991), ocorreram diversas modificações nas famílias ocidentais (os filhos podem ver poucas vezes os pais durante a semana de trabalho, pois quando estes chegam a casa, já estão a dormir e, quando saem, ainda estes não acordaram; Trabalha-se de mais e os períodos de contacto e afectividade são cada vez mais reduzidos; Na maioria das vezes, os pais chegam cansados do emprego e não têm disposição para brincar e conversar com os filhos; O número de divórcios aumentou, assim como existem mais pais sem companheiro e mais novos casamentos, formando novos ciclos de vida para serem completados). As famílias estão cada vez mais ausentes na educação dos seus filhos delegando essas tarefas nas instituições, contudo, os pais esquecem-se de que os valores e os princípios devem ser primariamente transmitidos por eles, uma vez que nas instituições são apenas incutidas regras de conduta (Sampaio, 1994).

Os adolescentes representativos da população em geral possuem uma maior satisfação com as actividades sociais do que os adolescentes com depressão. A satisfação com as actividades sociais, não apresenta correlação significativa com a maioria dos sintomas avaliados pelo BDI-II. Nos adolescentes da população em geral, nem nos adolescentes com diagnóstico de depressão. Apenas os sintomas de auto-criticismo se revelam nos adolescentes representativos da população em geral. Contudo, como característica típica dos adolescentes, estes são muito críticos com tudo o que os rodeiam e a si próprios.

Uma explicação possível para o facto de os adolescentes com depressão apresentarem baixa satisfação com as actividades sociais poderá ser a existência de uma baixa motivação para se relacionarem com os outros mas também é possível que os jovens que se sentem postos à margem das actividades sociais pelos colegas deprimam com mais facilidade, dado este ser um período do desenvolvimento em que estas

actividades assumem um papel significativo. Em relação aos adolescentes representativos da população em geral, estes estão, de modo geral, satisfeitos com o tipo de actividades que realizam.

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL

A relação das três dimensões do BDI - II (cognitiva, afectiva e somática) com as quatro componentes do suporte social (família, intimidade, amizade e actividades sociais) revela correlações positivas e negativas (fracas a moderadas), entre todas as variáveis com excepção das actividades sociais. O instrumento utilizado para avaliar a satisfação com as actividades sociais não permite explorar qual o tipo de actividades sociais que os adolescentes realizam, a sua duração, etc. Em estudos futuros, no questionário sócio-demográfico, poderá ser interessante perguntar aos adolescentes que tipo de actividades sociais realizam (desportivas, de lazer, etc) bem como a sua duração.

Nos adolescentes com depressão, constata-se que quanto maior a satisfação com o apoio social, menor o nível dos sintomas depressivos. Todavia, nos adolescentes da população em geral, tal apenas se verifica pontualmente, sendo que, em alguns domínios, quanto maior o apoio percebido, mais graves são os sintomas depressivos.

Mais uma vez, tal poderá dever-se à mobilização dos outros significativos quando confrontados com o quadro depressivo do adolescente, mas também poderá dever-se ao facto do jovem poder interpretar o apoio já existente como castrador de uma autonomia que ele tenta conquistar (Sprinthall & Collins, 2003).

HIPÓTESES

Hipótese 1

Os resultados do presente estudo, confirmam a hipótese inicialmente definida de que os adolescentes deprimidos são, sua grande maioria, do **sexo feminino**, o que vai ao encontro de estudos que sugerem que existe uma maior predisposição para tal fenómeno neste sexo. (Khan, Gardner, Prescott & Kendler, 2002; Marcelli, 2002; Rushton, Forcier & Schectman, 2002; Takakura & Sakihara, 2000).

Hipótese 2

No presente estudo não se confirmou a hipótese 2. Observou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre o número de irmãos e a sintomatologia depressiva apresentada. A revisão da literatura sobre o número de irmãos e sintomatologia depressiva sugeria o oposto (Coelho & Martins, 2002). Uma explicação possível para este fenómeno poderá prender-se pelo facto de, o número de irmãos, poder afectar os adolescentes levando-os a uma possível situação patológica.

Hipótese 3

Os resultados do presente estudo confirmam a hipótese de que a sintomatologia depressiva é mais grave nos adolescentes que têm o “pai e a mãe a viver separados” do que nos adolescentes que vivem com ambos os pais.

O que vai de encontro com a revisão bibliográfica efectuada (Coelho & Martins, 2002), que também havia constatado que viver com os dois pais é um factor protector quanto à possível presença de sintomatologia depressiva.

No entanto, os adolescentes que têm os pais separados e os adolescentes que não têm pais possuem um nível de semelhante depressão, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos.

4.9 - CONCLUSÃO

Os resultados da presente investigação sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da depressão e suporte social na adolescência consoante as variáveis demográficas, particularmente o sexo, idade, agregado familiar, número de irmãos, escolaridade, situação conjugal dos pais, situação laboral dos pais.

Conclui-se que existem correlações significativas entre os sintomas depressivos e o suporte social.

Posteriormente, foi analisada a relação entre os sintomas depressivos e a satisfação com o suporte social (satisfação com as amizades, intimidade, família e actividades sociais), tendo-se verificado diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente à primeira hipótese proposta esta foi confirmada pelo presente estudo, verificou-se que a presença de sintomas depressivos é mais frequente nas raparigas do que nos rapazes.

Os resultados do presente estudo confirmam a hipótese de que a sintomatologia depressiva se agrava nos adolescentes que têm o “pai e a mãe a viver separados”, ou seja o divórcio poderá afectar negativamente os adolescentes no que diz respeito a possíveis desenvolvimentos de sintomas depressivos.

Os resultados do presente estudo não podem deixar e ser avaliados tendo em conta as limitações da investigação, fazendo com que a interpretação e generalização dos mesmos deva revestir-se de alguma prudência.

O estudo incidiu, sobre a relação entre as variáveis psicológicas e o ciclo desenvolvimental específico da adolescência.

Entre uma das limitações regista-se o facto de não se ter perguntado no questionário sócio-demográfico administrado aos adolescentes que tipo de actividades sociais estes têm, pois esta sub-escala da ESSS entra em oposição com a revisão bibliográfica efectuada, porque, embora os adolescentes com depressão possam envolver-se em actividades sociais, estas não são suficientes para diminuir os sintomas da depressão.

Seria igualmente interessante fazer um seguimento longitudinal dos adolescentes com diagnóstico de Depressão e da População Geral, de forma compreender melhor a relação entre depressão e suporte social na adolescência e de que forma estas variáveis poderão funcionar como causa, consequência ou moderadoras.

Esta investigação tem a pretensão de servir de ponte para futuros estudos sobre a depressão na adolescência e a satisfação com o suporte social. Também possui o desejo de contribuir para o decréscimo de casos de depressão na adolescência através de uma maior sensibilização dos pais e profissionais de saúde. É ainda importante incutir nestes que o apoio familiar é primordial antes de se instalar a depressão, funcionando como elemento preventivo, pois o apoio familiar é menos eficaz durante o estado depressivo (Landman-Peeters, K. *et al.*, 2005). Desta forma, as abordagens consideradas mais reducionistas são colocadas de lado, dando lugar ao protagonismo do adolescente com depressão como um sistema complexo de factores que contribuem para a promoção para a sua saúde.

Em estudos futuros será importante avaliar o impacto de novas terapias auxiliares de tratamento a adolescentes com depressão como por exemplo: o exercício físico que pode ser uma alternativa de tratamento à depressão unipolar leve, moderada e grave. Que segundo os estudos efectuados por Becker (2001), a associação do exercício físico com sessões de terapia leva a uma diminuição dos níveis de depressão. O adolescente com depressão poderá ser estimulado a envolver-se em grupos de auto-ajuda, assim como a família, amigos, namorado, também poderão ser sensibilizados para a importância do seu apoio (Ochoa, *et al.*, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares – Uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (supl.), 63 S-83S.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – IV – Texto Revisto*. (Trad. Almeida, J. N., Original publicado em 2000). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2005). *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos*. (Trad. Dornelles, C., Monteiro, C. & Ortiz, I.). Porto Alegre: Artmed.
- Andolfi, M., & Ângelo, C. (1989). *Tempo e mito em psicoterapia familiar* (1ª ed.). (Trad. Desidério, F.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Antonucci, T.C. & Depner, C.E. (1985). Personal characteristics and social behaviour. In E. Shanas & R. H. Binstock (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 94-128). New York: Van Nostrand – Reinhold.
- Aronson, E., Wilson, T. & Akert, R. (1997). *Social psychology*. (2ª edição). New York: Longman.
- Ayuso-Mateos, L., Casey, P., Dalgard, O., Dowrick, C., Dunn, G., Page, H. *et al.*, (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451.
- Bahls, S.C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 63-67.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Journal of Applied Psychology*, 51, 269-290.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Pastorelli C. & Regalia, C., (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.

- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development, 74*, (3), 769-782.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. (2ª edição). (Trad. Veronese, M. A. V.) Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. (1997). *Teoria cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review, 8*, 77 – 100.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Becker Jr., B. (2001). *Manual de psicologia del deporte & ejercicio*. (Trad. Marcela Herrera). Novo Hamburgo: FEEVALE.
- Berkman, L.F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In S. Cohen, & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp.243-262). Orlando, FL: Academic Press.
- Bersoff, D. N. (1999). *Ethical conflicts in psychology*. (2ª Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bertolote, J.M., & Fleischam, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology, 7*(2), 6-8.
- Biederman J., Faraone S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 34*(5), 579-590.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation on anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child, 24*, 107-157.
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychiatry, 130*, 421-431.
- Blos, P. (1985). *Adolescência*. São Paulo: Martins Fontes Editora Lda.

- Boisvert, C. (2006). *Pais de adolescentes – Da tolerância necessária à necessidade de intervir – Crescer & Viver*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Botega, N.J. Cano, F., Khon, S., Knoll, S & Pereira, W. (1995). Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: Um estudo descritivo em hospital em geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 24 (2), 63-67.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicologia*. (Trad. Rocha, R. & Fonseca, F., Original publicado a 2004). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bradley, B.P. & Mathews, A. (1988). Memory bias in recovered clinical depressives. *Cognition and Emotion*, 2, 235-245.
- Brenner, G. F., Norvell, N. K. & Limacher, M. (1989). Supportive and problematic social interactions: A social network analysis. *American Journal of Community Psychology*, 17, 831-836.
- Brian, L., Christopher, A., Edward, O., Jay, L., Lynn, N., Wendy, M. *et al.*, (2006). Trait and social processes in the link between social support and affect: An experimental, laboratory investigation. *Journal of Personality*, 74 (4), 1015-1046.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H. *et al.*, V. J. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and depression. *American Journal of Epidemiologic*, 117, 521-537.
- Brooks-Gunn, J., (1992). *Revisiting theories of storm and stress: The role of biology*. Artigo apresentado no encontro da Society for Research on Adolescence, Washington, DC.
- Burt, D. B., Zember, M.J. & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its patterns and specificity. *Psychological Bulletin*, 117, 285-305.
- Caissy, G. A. (1994). *Early adolescence – Understanding the 10 to 15 years old*. New York: Plenum Press.
- Calvert, S. (1999). *Children's journeys through the information age*. New York: McGraw-Hill.
- Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Caplan, G. (1974). *Social systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.

- Carolyn H., Linda R., Rachel N., Erron H. (2006). Adolescent perceptions of overall family system functioning and parental behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 319-329.
- Cassel, J.(1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassorla, R. (1980). Suicídio e adolescência, II- Factores psicossociais e aspectos clínicos. *Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina*, 26, 42-47.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P.D. & Liporace, M. F. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescência: Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cauce, A. M., Felner, R. D. & Primavera, J. (1982). Social support and high risk adolescents: Structural components and adaptative impact. *American Journal of Community Psychology*, 10, 417-428.
- Chen, W., Mosher, C., Prelow, H. & Yackel, M. (2006). Coping and social support as mediators of the relation of optimism to depressive symptoms among black college students. *Journal of Black Psychology*, 32 (1), 72-86.
- Chou, C., Gong, J., Johnson, C., Li, Y., Liu, C., Spruijt-Metz, D, *et al.*, (2005). Effects of perceived peer isolation and social support availability on the relationship between body mass index and depressive symptoms. *International Journal of Obesity*, 29 (9), 1137-1143.
- Cicchetti, D. & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Claes, M. (1990). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coelho, R. (2004). *Depressão – Perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Coelho, R. & Martins A. (2002). *Depressão na adolescência: Da investigação comunitária à clínica*. Lisboa: Edições Bial.
- Cohen, J., & Hoberman, H. M. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associates.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of*

- psychology and health* (vol. 4, pp.253-268). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). Issue in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York. Academic Press, 3-22.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Coleman, J. C. (1974). *Relationships in adolescence*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Cordeiro, J. D. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, M. E. & Campos, B. P. (1989). Social contexts and identity development. In F. Vandenas - Holper & B. P. Campos (Eds.), *Interpersonal and identity development: New research directions* (pp.198-234). Porto: Serviço de Consulta Psicológica e Orientação Vocacional.
- Coyne, J.L. & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support. The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 454-460.
- Craig G. J. & Baucum D. (2002). *Human development*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Dahl, R. E., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Ambrosini, P.J., Rabionovich, H., Novacenko, H., *et al.*, (1992). Regulation of sleep and growth hormone in adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 615-621.
- Damji, T., Clément, R. & Noels, K. (1996). Acculturation mode, identity variation, and psychosocial adjustment. *The Journal of Social Psychology*, 136, 493-500.
- DeHart, G., Sroufe, A. & Cooper, R. (2000). *Child Development – Its nature and course*. (4ª edição). New York: McGraw Hill.
- De Leo, D., Berlote, J., & Lester, d. (2003). La violencia auto-infligida. In E. G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. B. Zuví & R. Lozano. (Eds.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp.201-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Derry, P.A. & Kuiper, N.A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 286-297.

- Dessen, M. A. & Junior, A. L. (2005). *A ciência do desenvolvimento humano – Tendências actuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, C. & Vicente. T. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento.
- Dias, C.A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima um passaporte para a vida – Crescer & viver*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K.(1998) Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health, 13*, 527-544.
- Dunphy, D. (1972). Peer group socialization. In R. Muuss (Ed.), *Adolescent behavior and society*. McGraw-Hill, 254.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J.Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.326-349). New York: Cambridge University Press.
- Eaton, W. W. (1978). Life events, social supports and psychiatric symptoms: A reanalysis of the New Heaven. *Journal of Health and Social Behaviour, 19*, 230-234.
- Elkind, D. (1976). *Child development and education: A Piagetion perspective*. New York: Oxford University Press.
- Elkind, D. (1984). *All grow up and no place to go: Teenagers in crisis*. Wesley: Reading, MA, Addison.
- Elliot, G. R., & Feldman, S.S. (1990). Capturing the adolescent experience. In S.S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold – The developing adolescent* (pp.1-14). Massachussets: Harvard University Press.
- Ensel, W. M. (1986). Social class and depressive symptomatology. In N. Lin, A. Deca & W. Ensel, (Eds.), *Social support, life Events and depression* (pp.264-266).Orlando: Academic Press.
- Erikson, E. (1968). *Identify: Youth and crisis*. London: Faber and Faber.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. (1981). *Youth: Change and challenge*. New York: Basic Books.
- Feijó, R., Raupp, A. & John, A. (1999). Eventos stressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48* (4), 151-157.

- Feldman, S. S., & Elliot, G. R. (1990). Progress and promise of research on adolescence. In S. S. Fedman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold – The developing adolescent*(pp.479-505).Massachusstes: Harvard University Press.
- First, M., Frances, A. & Pincus, H. (2004). *Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV-TR*. (Trad. Monteiro, M.). Porto Alegre: Artmed.
- Fleming, M. (1992). O Processo de separação/individualização adolescente: Contribuições da teoria psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 10-11, 89-101.
- Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie in métapsychologie*, Gallimard: Paris.
- Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 581-585.
- Gazzaniga, M. & Heatherton, T. (2005). *Ciência psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gentry, W. D., & Kobasa, S. C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Meddicine* (pp.87 – 113). New York: Guilford.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo P.G. (2005). *A Psicologia e a vida*. (16ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gerstel, N., Reissman, C. K. & Rosenfield, S. (1985). Explaining the symptomatology of sepatated and divorced women and men: The role of marital conditions and social support. *Social Forces*, 64, 64-101.
- Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitios and turning points: Naviating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32(4), 768-776.
- Grilo, C., Walker, M., Becker, D. Edell, W. & McGlashan, T. (1997). Personality disorders in adolescents with major depression, substance use disorders, and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 328-332.
- Goldberg, D & Huxley, P. (1996). *Perturbações mentais comuns*, Lisboa: Climepsi.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gunell, D. J. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*, 12, 21-26.
- Hallstrom, C. & Mcclure, N. (2000). *Ansiedade e depressão – Perguntas e respostas*. (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Hartup, W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44(2), 120-126.
- Hartup, W. (1993). Adolescents and their friends. In B. Laursen (Ed.), *New Directions for child Development* (pp.220-230). S. Francisco: Jossey-Bass.
- Helgeson, V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23 (10), 825-845.
- Hockenbury, D. & Hockenbury, S. (2003). *Descobrimos a Psicologia*. (2ª edição). (Trad. Keeling, J. & Keeling, E., original publicado em 2001). Barueri: Manole.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. (Trad. Sandra Costa). 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Huffman, K., Vernoy, M., Vernoy, J. (2003). *Psicologia*. (Trad. Maria Emilia Yamamoto). 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- ICD-10 (1994). *International classification of diseases* (10ª Ed.), Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-264.
- Jenkins, R. & Singh, B. (2002). General population strategies of suicide prevention. In K. Hawton & K. van Herckringen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp.597-615). New York: John Wiley & Sons.
- Joyce-Moniz, L. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. (4ª Ed.). Porto: ASA Editores .
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde – Desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA editores.
- Júnior, R. F. & Figueiró, J. A. B. (2001). *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.
- Kay, J. & Tasman, A. (2002). *Psiquiatria – Ciência comportamental e fundamentos clínicos*. (1ª Ed.). (Trad. Nopper, E.). Barueri: Manole.
- Keeler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

- Keeler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kendall, P. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 235-247.
- Kerkhof, A. (2000). Attempted suicide: Patterns and trends. In K. Hawton & C. Van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 33-42). Chichester: Wiley.
- Kernberg, P., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2003). *Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes*. (Trad. Ferreira, M. H.). Porto Alegre: Artmed.
- Khan, A., Gardner, C., Prescott, C. & Kendler, K. (2002). Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1427-1429.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*, 2, New York: Harper & Row.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in children: Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp.1-25). New York: Raven Press.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388-391.
- Kovacs, M., Goldston, D. & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 388-392.
- Landman-Peeters, K., Hartman C., Pompe G., Boer J., Mínderaa R. & Ormel J. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Science Direct*, 60, 2549-2559.
- Lang, S. & Thase, M. (2004). *Sair da depressão: Novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica*. (Trad. Serra, C.). Rio de Janeiro: Imago.
- Laufer, M., (2000). *O adolescente suicida*. (1ª Ed.). (Trad. Marques, M. E.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Lerner, R. M. (2000). Developmental psychology: Theories. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*. (pp.324-338). Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Lerner, R. M. & Hultsch, D. (1983). *Human development: A life-span perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Lerner, R. M. & Steinberg L. (2004). *Handbook of adolescent psychology*. (2^a ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean & W. Ensel, (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp.17-48). Orlando: Academic Press.
- Littlefield, C. H., Rodin, G.M., Murray, M.A. & Craven, J.L. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology*, 9 (6), 737-749.
- Maccoby, E. (1995). The two sexes and their social systems. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lies in context* (pp. 135-148). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maj, M. & Sarorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. (2^a Ed.). (Trad. Dornelles, C.). Porto Alegre: Artmed.
- Mandler, G. (1997). Memory arousal, and mood: A theoretical integration. In D. Schacter (Ed.), *Memory distortion: How minds, brains and societies reconstruct the past*. (pp.93-110). Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. (1^a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, A. (2000). *As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência*. Porto: Dissertação de Mestrado Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Martins, A., Coelho, R., & Barros, H. (1997). Impacte do stress da época de exames e sintomatologia depressiva numa amostra de estudantes universitários. *Revista de Psiquiatria da FMP*, 19(3-4), 35-39.
- Martins, M. F. (1990). *A tentativa de suicídio adolescente: Da clínica às ciências sociais e humanas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Matos, A. (1980). A fantasia na adolescência. *O Médico*, 1503 (95), 712-720.
- Matos, A. (1986). Notas sobre a adolescência. *Jornal do Médico*, 4707, 719-724 e 801-802.
- Matôt, J.P. (1990). Syndrome dépressif, problématique depressive et abord de la position depressive a l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(8-9), 479-484.

- McGuffin, P. & Katz, R. (1998). The genetics of depression and manic-depressive illness. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 249-304.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp.143-165). New York: Guilford.
- Mineka, S. & Nugent, K. (1997). Mood-congruent memory biases in anxiety and depression. In D. Schacter (Ed.) *Memory distortion: How minds, brains and societies reconstruct the past* (pp.173-193). Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Montemayor, R. (1982). The relationships between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend alone and with parents and peers. *Child Development*, 53, 354-367.
- Moran, P. W., & Lambert, M. J. (1983). *A review of current assessment tools for monitoring changes in depression*. In M. Lambert, E. Christensen & M. DeJulio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 234-243). New York: Wiley & Sons.
- Morano, C., Cisler, R. & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent behavior: Loss, insufficient familial support, and hopelessness. *Adolescence*, 28, 851-865.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Murray, J. P. (2000). Media effects. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (pp.398-405). Washington, DC, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Nezlek, J. B. (2000). The motivational and cognitive dynamics of day-to-day social life. In J. P. Forgas, K. Williams & L. Wheeler (Eds.), *The social mind: Cognitive and motivational aspects of interpersonal behaviour* (pp.92-111). New York: Cambridge University Press.
- Nilsson, L.G. & Archer, T. (1997). Biological aspects of memory and emotion: affect and cognition. In D. Schacter (Ed.), *Memory distortion: How minds, brains and societies reconstruct the past* (pp.289-305). Cambridge. USA: Harvard University Press.
- Ochoa, G. M., Olaizola, J. H., Espinosa, L. C. & Martínez, M. M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.

- Olson, D, Sprenkle, D & Russel, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems, cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 2,365-455.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (12). 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 263-268.
- Osório, L. C. (2003). *Psicologia grupal – Uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L.C. & Valle M.E. (2002). *Terapia de famílias - Novas tendências*. Porto Alegre: Artmed.
- Paffenbarger, R., Lee, I. & Leung, R. (1994). Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 16-22.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman R. D. (2006). *A child's world – Infancy through adolescence*. New York: McGraw-Hill International Edition.
- Pelham, T., Campagna, P., Ritvo, P. & Birnie, W (1993). The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 75-84.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York: International Universities Press.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*.
- Pierce G. R., Sarason B. R. & Sarason I. G. (1996). *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum Press.
- Pinto, J. M. (2003). *Adolescência e escolhas: À descoberta da singularidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873 – 874.
- Powers, S., Hauser, S., & Kilner, L. (1989). Adolescent mental health. *American Psychologist*, 44(2), 200-208.
- Praag, H. M., Kloet, R. & Os, J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão*. (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Puig-Antich, J. (1982). The use of RDC criteria for major depressive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 21(12), 291-293.
- Rapeli, C.B. & Botega, N.J. (2003). Tentativas de suicídio graves: Um estudo de análise de agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (1), 5-11.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson, F., Gilard, J. *et al.* (1997). Soutien social et santé: Adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35-51.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reinecke, M. A. (1992). Childhood depression. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. (pp.147-158). New York: Plenum Press.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. (1ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rice, F., Harold, G. & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: A review. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43, 65-79.
- Ridder, D. & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: A research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.
- Roberts E. R. & Lewinsohn P. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1608-1617.
- Rodin, G. (1990). Quality of life in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 54, 132-139.
- Rogers, A., (1987). *Questions of gender differences: Ego development and moral voice in adolescence*. Harvard: Unpublished manuscript, Department of Education, Harvard University.
- Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. (5ª Ed.). Barcelona: MASSON, S.A.
- Ruiloba, J & Ferrer, C. (2000). *Transtornos afectivos: Ansiedad y depresión*. (2ª Ed.). Barcelona: MASSON, S.A.

- Rushton, J., Forcier, M. & Schectman, R. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the national longitudinal study of adolescents health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 199-205.
- Ryan N. D., & Williamson D. E. (1992). A secular increase in child and adolescent on set affective disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 600-605.
- Sainsbury P. (1986). The epidemiology of suicide. In A. Roy. (Ed.), *Suicide*. (pp. 17-40). Baltimore: Williams & Williams.
- Salovey, P. & Rothman, A. (2003). *Social psychology of health*. New York: Psychology Press.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J.B. & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55 (1), 110-121.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho- O adolescente e o suicídio*. (13ª Ed.). Lisboa: Caminho
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos – Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1996). *Voltei à escola*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. (13ª Ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. & Santos, N. (1990). Tentativa de suicídio adolescente – Aspectos Clínicos. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 1-8.
- Santrock, J. (2004). *Adolescencia – Psicología del desarrollo*. (9ª Ed.). Madrid: McGraw Hill, (Trad. Cejudo, J. M. original publicado em 2003).
- Sarason, I. G., & Sarason, B.R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In A. Baum, S. E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. (vol.4, pp.279-300), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman

- Seeman, T. E., & McEwen, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58, (5), 459-471.
- Seeman, T.E., & Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Serra, A.V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Towards a theory of social support closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Singer, J.E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol.4, pp.269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Soares, I. (1990) O grupo de pares e a amizade. In B. Campos. (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (pp.145-160). Lisboa: Universidade Aberta.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Sprinthall, N. & Collins W.(2003). *Psicologia do adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*. (4ª Ed.). (Trad. Vieira, C., original publicado em 1988). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F. & Beck, A. T. (1999), Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinical depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
- Stephens, M.A.P., Kinney, J., Norris, V. & Ritchie, S. W. (1987). Social networks as assets and liabilities in recovery from stroke by geriatric patients. *Psychology and Aging*, 2, 125-129.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stice, E., Ragan, J. & Randall P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 155-159.

- Strecht, P. (2003). *Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2005). *Vontade de ser – Textos sobre adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Takakura, M. & Sakihara, S. (2000). Gender differences in the between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior high school Students. *Journal of Epidemiology*, 10, 383-391.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 145-159.
- Thoits, P. A. (1985). Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp.51-72). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Thoren, P., Floras, J., Hoffmann, P. & Seal, D. (1990). Endorphins and exercise: Physiological mechanisms and clinical implications. *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, 19, 91-99.
- Van Praag, H., Kloet, R. & Os, J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão*. Lisboa: Climepsi editores.
- Vaux, A. (1988). *Social support – Theory, research and intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (4), 437-452.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana* (Trad. Cabral, A.). São Paulo: Cultrix.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relations. In Z. Robin (Ed.), *Doing unto others* (pp.17-26). Englewood Cliffs, WJ: Prentice Hall.
- Werlang, B. G. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. (1ª Ed). (Trad. Moutinho, A.). Lisboa: Climepsi Editores. (original publicado em 1995).
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. (Trad. F. Andersen) Lisboa: Climepsi Editores.

- Wilkinson, P., Moore, B. & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão* (1ª ed). (Trad. Almeida J.). Lisboa: Climepsi Editores. (original publicado em 1999).
- Wills, T.A. (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.168-170).United Kingdom: Cambrigde University Press.
- Wong, B. (1985). Family kinship and ethnic identity of the Chinese in New York City with comparative remarks on the Chinese in Lima-Peru and Manila- Philippines. *Journal of Comparative Family Studies*, 16, 231-254.
- World Health Organization (1992). *Health-for-all targets. The health policy for Europe* (EUR ICP/HSC 013). Copenhagen.
- World Health Organization (1998). *Health XXI: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region* (European health for all series n. 5). Geneve: WHO
- World Health Organization (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneve: WHO
- Wortman, C. B., Conway, T. (1984). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In S. Cohen, & L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp 76). New York: Raven Press.
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In D. H. Brown (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2ª Ed.) (pp. 240-280). New York: Guilford Press.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Sócio-Demográfico administrado no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Crianças Maria Pia.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Pretendemos conhecer as características sócio-demográficas do adolescente seguido no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia. As respostas são confidenciais, por isso não deve escrever o seu nome em qualquer uma das folhas.

Responda com sinceridade ao questionário que se segue.

1-INFORMAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR

1.1 - Idade: _____ anos

1.2 - Sexo: Masculino Feminino

1.3 – Há quanto tempo é seguido no Departamento de Pedopsiquiatria do H.M.P.: _____

1.4 - Padrão de sono:

1.4.1 - A que horas costuma deitar-se? horas.

1.4.2 - A que horas costuma acordar? horas.

1.4.3 - Costuma acordar a meio da noite? Sim (1) Não (0)

1.4.4 - Custa-lhe muito adormecer? Sim (1) Não (0)

1.4.5 - Acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir? Sim (1) Não (0)

1.5 - Local de residência:

1.5.1 - Quantas pessoas moram consigo em casa? _____

1.5.2 - Com quem vive? _____

1.5.3 - Tem um quarto só para si? Sim (1) Não (0)

1.5.4 - Quantos irmãos tem? _____

1.5.5 - Quantos irmãos mais novos tem? _____

1.6 - Idade dos pais:

1.6.1 - Pai _____ Mãe _____

1.7 - Escolaridade dos pais:

1.7.1 - Pai

(0) _____ Anos de Escolaridade

1.7.2 -Mãe

(1) _____ Anos de Escolaridade

1.8 - Situação conjugal dos pais:

1.8.1 - Pai e mãe vivem juntos (1) Pai e mãe vivem separados (2)

1.8.2 - Pai e mãe vivem cada um com outra pessoa (3)

1.8.3 - Sem pai, e a mãe a viver com outra pessoa (7)

1.8.4 - Sem mãe, e o pai a viver com outra pessoa (8)

1.8.5 - Não tem mãe (4) Não tem pai (5) Sem pai e sem mãe (6)

1.8.6 - Outra (9) _____

1.9 - Situação laboral dos pais:

1.9.1 Pai

Empregado(a) (1)

Desempregado(a) (2)

Reformado(a) (3)

Doméstico(a) (4)

Outra. Qual? _____ (5)

1.9.2 Mãe

(1)

(2)

(3)

(4)

_____ (5)

FIM

Obrigada pela sua colaboração

Anexo 2 – Questionário Sócio-Demográfico administrado na Escola Secundária de Miguel Torga (Bragança), Escola Secundária 2,3 de Gil Vicente (Guimarães), Escola Sencundária de Rodrigues de Freitas (Porto) e Escola Secundária de Aregos (Chaves).

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Pretendemos conhecer as características sócio-demográficas do adolescente a frequentar o Ensino Básico e Secundário. As respostas são confidenciais, por isso não deve escrever o seu nome em qualquer uma das folhas.

Responda com sinceridade ao questionário que se segue.

1-INFORMAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR

1.1 - Idade: _____ anos

1.2 - Sexo: Masculino Feminino

1.3 - Padrão de sono:

1.3.1 - A que horas costuma deitar-se? horas.

1.3.2 - A que horas costuma acordar? horas.

1.3.3 - Costuma acordar a meio da noite? Sim (1) Não (0)

1.3.4 - Custa-lhe muito adormecer? Sim (1) Não (0)

1.3.5 - Acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir? Sim (1) Não (0)

1.4 - Local de residência:

1.4.1 - Quantas pessoas moram consigo em casa? _____

1.4.2 - Com quem vive? _____

1.4.3 - Tem um quarto só para si? Sim (1) Não (0)

1.4.4 - Quantos irmãos tem? _____

1.4.5 - Quantos irmãos mais novos tem? _____

1.5 - Idade dos pais:

1.5.1 - Pai _____ Mãe _____

1.6 - Escolaridade dos pais:

1.6.1 - Pai

(0) _____ Anos de Escolaridade

1.6.2 - Mãe

(1) _____ Anos de Escolaridade

1.7 - Situação conjugal dos pais:

1.7.1 - Pai e mãe vivem juntos (1) Pai e mãe vivem separados (2)

1.7.2 - Pai e mãe vivem cada um com outra pessoa (3)

1.7.3 - Sem pai, e a mãe a viver com outra pessoa (7)

1.7.4 - Sem mãe, e o pai a viver com outra pessoa (8)

1.7.5 - Não tem mãe (4) Não tem pai (5) Sem pai e sem mãe (6)

1.7.6 - Outra (9) _____

1.8 - Situação laboral dos pais:

1.8.1 Pai

Empregado(a) (1)

Desempregado(a) (2)

Reformado(a) (3)

Doméstico(a) (4)

Outra. Qual? _____ (5)

1.8.2 Mãe

(1)

(2)

(3)

(4)

_____ (5)

FIM

Obrigada pela sua colaboração

Anexo 3 – BDI-II

BDI - II

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Leia por favor, cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada uma **afirmação** que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Assinale com uma cruz (X) o quadrado que antecede a afirmação que escolheu. Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, **no entanto, assegure-se que não escolhe mais do que uma afirmação por grupo**. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, por isso tente responder de acordo com o que realmente sente.

1. Tristeza

- Não me sinto triste.
- Sinto-me triste muitas vezes:
- Sinto-me sempre triste.
- Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto.

2. Pessimismo

- Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que costumava.
- Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar.

3. Fracassos Passados

- Não me considero um falhado(a).
- Fracassei mais vezes do que deveria.
- Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa.

4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que gosto.
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.
- Não obtenho qualquer prazer das coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpado.
- Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito.
- Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.
- Sinto-me culpado durante o tempo todo.

6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que estou a ser castigado.
- Sinto que posso ser castigado.
- Espero vir a ser castigado.
- Sinto que estou a ser castigado.

7. Auto-Depreciação

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- Perdi a confiança em mim próprio.
- Estou desapontado comigo mesmo.
- Eu não gosto de mim.

(continua)

8. Auto-Criticismo

- Não me culpo ou critico mais do que o habitual.
- Critico-me mais do que o que costumava.
- Critico-me por todas as minhas falhas.
- Culpo-me por tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar.
- Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.
- Gostaria de me matar.
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro

- Não choro mais do que do que costumava.
- Choro mais do que costumava.
- Choro por tudo e por nada.
- Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieto que o normal.
- Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto.
- Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou fazer alguma coisa.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes.
- Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que habitual.
- Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero um incapaz / inútil.
- Não me considero tão válido e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

(continua)

16. Alterações no Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maioria do tempo durante o dia.
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal.
- Estou mais irritável que o habitual.
- Estou muito mais irritável que o normal.
- Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- O meu apetite é muito menor que o normal.
- O meu apetite é muito maior que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- Não estou mais cansado / Fatigado que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual.
- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

Anexo 4 – Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM SUPORTE SOCIAL

As perguntas que se seguem dizem respeito ao apoio social. Por favor, coloque uma cruz na resposta que melhor descreve aquilo que sente.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					
6. Por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio					
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
13. Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
15. Gostava de participar em mais actividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da investigação: A Depressão e o Suporte Social na Adolescência.

Investigadora: Hortense da Conceição Gomes Tenda.

Orientação: Prof. Dra. Isabel Silva.

Profissão: Enfermeira.

Âmbito da investigação: Mestrado em Psicologia da Saúde em Intervenção Comunitária, pela Universidade Fernando Pessoa.

Duração da investigação: Um ano.

Esta investigação deseja comparar adolescentes com o diagnóstico de depressão seguidos na consulta externa e internamento do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia, com um grupo emparelhado de adolescentes da população em geral a frequentarem as escolas: EB 2, 3 de Gil Vicente - Guimarães, Escola de Miguel Torga – Bragança, Escola Rodrigues de Freitas - Porto e Escola dos Aregos - Chaves

Para que esta investigação seja possível a sua participação é fundamental e não pode ser substituída, sendo necessário que preencha os seguintes questionários.

A sua participação neste estudo é voluntária, pelo que poderá desistir a meio da investigação sem que haja qualquer consequência para si.

As informações que fornecer serão guardadas em sigilo e somente a investigadora terá acesso a elas.

Declaro que, após convenientemente esclarecida da investigação pela investigadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do seguinte estudo.

Porto, _____ de _____ 2006

Assinatura do Encarregado

De Educação ou representante legal

Do adolescente

Assinatura da investigadora

Agradeço a sua colaboração sem a qual este estudo não poderia ser levado a cabo com sucesso.

**Anexo 6 – Pedido para Administração de questionários: Comissão de
Ética do Hospital Maria Pia (Grupo D)**

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração
Do Hospital Central Especializado
De Crianças Maria Pia

Assunto: Pedido de colaboração num estudo sobre: “A Depressão e o Suporte Social na Adolescência”.

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Enfermeira, nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria-Internamento, do Hospital Maria Pia, a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, Porto, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para aplicação de um questionário com administração directa e indirecta para realizar um estudo em investigação aos utentes da consulta externa do Departamento de Pedopsiquiatria sobre: “A Depressão e o Suporte Social na Adolescência”, a efectuar a partir do dia 01 de Fevereiro de 2006 a 30 de Maio de 2006.

Pretende-se efectuar um estudo comparativo: com adolescentes com depressão (seguidos na consulta externa e internamento do H.M.P.) e com adolescentes sem depressão a frequentarem as escolas de: Bragança, Chaves, Guimarães e Porto.

Junto anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: sócio-demográfico, de diagnóstico BDI-II, Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS).

Junto anexo o projecto de Dissertação de Mestrado.

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 03 de Outubro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)

Exma. Senhora Presidente do
Conselho de Administração
Do Hospital Central Especializado
De Crianças Maria Pia

Assunto: Entrega de documentos em falta à comissão de ética.

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Enfermeira, nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria-Internamento, do Hospital Maria Pia, a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, Porto, vem por este meio entregar a V^a. Ex.^a os seguintes documentos solicitados pela comissão de ética deste hospital:

- a) cópia do questionário que pretende administrar;
- b) cópia do consentimento a prestar pelos pais ou representantes legais dos adolescentes;
- c) se o questionário mantém ou não o anonimato do visado;
- d) se o estudo de investigação em causa tem um investigador principal, identificação e *curriculum vitae* resumido;
- e) destino final dos questionários, uma vez concluído o estudo.

a autorização para aplicação de um questionário com administração indirecta para realizar um estudo em investigação aos utentes da consulta externa do Departamento de Pedopsiquiatria sobre: “A Depressão e o Suporte Social na Adolescência”.

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 02 de Dezembro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)

**Anexo 7 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola
Gil Vicente – Guimarães (Grupo Pg)**

Exma. Senhora Presidente do
Conselho Executivo da Escola ES 2,3
De Gil Vicente

Assunto: Pedido de colaboração num estudo sobre a Depressão e o Suporte Social na Adolescência.

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Enfermeira, nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria, do Hospital Maria Pia, a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, vem por este meio solicitar a V^a. Ex.^a a autorização para administração de três questionários, para realizar um estudo em investigação intitulado “A Depressão o Suporte Social na Adolescência”, a efectuar a partir do dia 1 de Fevereiro de 2006 a 30 de Maio de 2006.

Pretende-se efectuar um estudo comparativo: com adolescentes com depressão (seguidos na consulta externa e internamento do H.M.P.) com adolescentes sem depressão a frequentarem as escolas de: Bragança, Chaves, Guimarães e Porto.

Junto anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: sócio-demográfico, de diagnóstico BDI-II, Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS).

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 03 de Outubro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)

**Anexo 8 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola
Miguel Torga - Bragança (Grupo Pg)**

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do
Conselho Executivo da Escola ES
De Miguel Torga

Assunto: Pedido de colaboração num estudo sobre a Depressão e o Suporte Social na Adolescência

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Residente em: Rua Vitório de Nemésio Hab. 1.2. r/c nº 60 40 50-638 Porto, com o número de contacto telefonico: 91 401 64 76.

Enfermeira, nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria, do Hospital Maria Pia (H.M.P.) a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para aplicação de três questionários a cinquenta alunos da vossa instituição, com administração directa para realizar um estudo em investigação, no âmbito da sua tese de mestrado, intitulado: “A Depressão e o Suporte Social na Adolescência”, a efectuar a partir do dia 1 de Fevereiro a 30 de Maio de 2006.

Pretende-se efectuar um estudo comparativo: com adolescentes com depressão (seguidos na consulta externa e internamento do H.M.P.) e com adolescentes sem depressão a frequentarem as escolas de: Bragança, Chaves, Guimarães e Porto.

Peço-lhe que os questionários sejam aplicados pela Sra. Professora Maria Fernanda Pires Vicente, nas aulas leccionadas pela mesma.

Junto anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Questionário Sócio-Demográfico, BDI-II e a Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS).

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 10 de Outubro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)

**Anexo 9 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola
Rodrigues de Freitas – Porto (Grupo Pg)**

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do
Conselho Executivo da Escola E S
Rodrigues de Freitas

Assunto: Pedido de colaboração num estudo sobre a depressão e o suporte social na adolescência.

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Residente em: Rua Vitório de Nemésio Hab. 1.2. r/c nº 60 40 50-638 Porto, com o número de contacto telefónico: 91 401 64 76. Enfermeira de nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria, do Hospital Maria Pia e a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, vem por este meio solicitar a V^a. Ex.^a a autorização para administração de três questionários a cinquenta alunos da vossa instituição, com administração directa para realizar um estudo em investigação, no âmbito da sua tese de mestrado intitulado: “A depressão e o suporte social na adolescência”.

Pretende-se efectuar um estudo comparativo: com adolescentes com depressão (seguidos na consulta externa e internamento do H.M.P.) e com adolescentes sem depressão a frequentarem as escolas de: Bragança, Chaves, Guimarães e Porto.

Junto anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Questionário Sócio-Demográfico, BDI-II e a Escala de Satisfação com Suporte Social.

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 10 de Outubro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)

Anexo 10 - Pedido para Aplicação de questionários: Conselho Executivo da Escola dos Aregos – Chaves (Grupo 2)

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do
Conselho Executivo da Escola
Dos Aregos

Assunto: Pedido de colaboração num estudo sobre a depressão e o suporte social na adolescência.

Hortense da Conceição Gomes Tenda, Enfermeira, nível I, encontra-se a exercer funções no serviço de Pedopsiquiatria, do Hospital Maria Pia, a frequentar Mestrado em Psicologia na Saúde em Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, vem por este meio solicitar a V^a. Ex.^a a autorização para administração de três questionários a cinquenta alunos da vossa instituição, com administração directa para realizar um estudo em investigação intitulado: “A depressão e o suporte social na adolescência”, a efectuar a partir do dia 01 de Fevereiro de 2006 a 30 de Maio de 2006.

Pretende-se efectuar um estudo comparativo: com adolescentes com depressão (seguidos na consulta externa e internamento do H.M.P.) e com adolescentes sem depressão a frequentarem as escolas de: Bragança, Chaves, Guimarães e Porto.

Junto anexo o consentimento informado e os seguintes questionários: Sócio-Demográfico, Diagnóstico BDI-II, a Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS).

Agradeço desde já a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos.

Porto, 10 de Outubro de 2005

(Hortense Conceição Gomes Tenda)