



## **Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência**

**Ana Cláudia Nuhlmann Schneider  
Vera Regina Röhnelt Ramires**

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi investigar a sintomatologia depressiva, o estilo de vínculo parental e a presença de rede de apoio social em 11 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 18 anos, que procuraram atendimento ou foram encaminhados ao Serviço de Psicologia de uma universidade do sul do Brasil. Os dados foram coletados através de entrevistas e das aplicações dos instrumentos Child Behavior Checklist (CBCL), Desenho da Figura Humana, Parental Bonding Instrument e Escala de Medidas de Rede e Apoio Social (MOS). Os resultados apontam que adolescentes com sintomatologia depressiva apresentam um vínculo parental inadequado e uma rede de apoio social insuficiente. A avaliação da amostra, ainda que limitada, ressalta para a importância do tema e a necessidade de intervenção no fortalecimento dos laços parentais e sociais a fim de propiciar segurança e favorecer saúde biopsicossocial.

**Palavras chaves:** depressão na adolescência, vínculo parental, rede de apoio social.

### **Parental bonding and social support: Relation with depressive symptoms on adolescence**

**Abstract:** The present study evaluated the depressive symptoms, parental influence and social support in the behavior of 11 teenagers of both genders and with ages between 12 and 18 years old, which attended Psychological Service. The data was collected from interviews and through the application of Child Behavior Checklist (CBCL), human body drawings, Parental Bonding Instrument tests and from the Social Support Measure Scale (MOS). The results indicate that teenagers with depressive symptoms have inadequate parental bonding and insufficient social support. Even though the evaluated sample was limited, the results highlight the relevance of such matter and the need of enhancing social and parental bonding in order to provide safety and biopsychosocial health.

**Key words:** Adolescent Depression, Parental bonding, Social Support.

---

### **Introdução**

Atualmente, apresenta-se na clínica psicológica um grande número de adolescentes com diagnóstico de depressão (Gorenstein, Andrade, Zanolo & Artes, 2005; Levisky, 2002; Lima, 2004). Tal fato constitui-se como um tema de grande importância, visto que a sintomatologia depressiva na adolescência pode atingir diversos aspectos da personalidade trazendo graves consequências.

A adolescência, como um período crucial no processo de desenvolvimento do indivíduo, que marca a transição do estado infantil para o adulto, caracteriza-se como uma etapa de contínuas mudanças. É na adolescência que culmina todo o processo

maturativo biopsicosocial do indivíduo, dando fim à estruturação da personalidade (Blos, 1996; Outeiral, 2001; Urribari, 2004; Weinberg, 2001).

Durante o processo de subjetivação de um adolescente, há caminhos tortuosos a percorrer na elaboração de questões cruciais e resolução de tarefas próprias desse momento (Levisky, 1998; Outeiral, 2001; Urribari, 2004). Na adolescência, o indivíduo perde a segurança do amor que era garantido à criança e ao mesmo tempo não tem o reconhecimento como adulto, como constatou Calligaris (2000). Frente a essa fase de aquisição e transição de papéis, o adolescente busca consolidar uma identidade pessoal independente, que se refletirá sobre a formação de novos hábitos de condutas e modelos de socialização.

Levisky (1998) constatou que o adolescente atravessa esse período da vida com muito sofrimento em conseqüência das perdas sucessivas e abrangentes que ocorrem em seu corpo infantil, no seu mundo interno e na qualidade de suas relações consigo mesmo, com as pessoas, com o tempo e com o espaço. Até então vivia dentro de um universo que estava relativamente organizado, o qual se transforma de modo irregular. Esse momento de grande vulnerabilidade para o adolescente pode contribuir para o surgimento de distúrbios psicológicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), os transtornos mentais e comportamentais são comuns durante a infância e adolescência. No entanto, a atenção dada à saúde mental dessa população tem sido insuficiente. Em termos de prevalência, em torno de 20% de crianças e adolescentes sofrem de algum distúrbio psicológico. Entre os casos mais freqüentes estão os transtornos externalizantes que envolvem características de agressividade, hiperatividade, comportamento delinqüente, e os transtornos internalizantes caracterizados por depressão, isolamento social, ansiedade (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003).

O termo depressão, em seu contexto clínico, tem sido utilizado com referência tanto a um sintoma, como a uma síndrome e a um transtorno nosológico. O sintoma depressão é um estado de ânimo caracterizado por irritabilidade, sentimentos de tristeza, desencanto, miséria, disforia ou desespero (Crowe, Ward, Dunnachie & Roberts, 2006; Lewis, 1995; Lima, 2004). Tipicamente, é um estado transitório, experimentado pela maioria das pessoas em vários pontos de suas vidas, não sendo por si só patológico. Contudo, quando o sintoma de tristeza é intenso, persiste, e ocorre em combinação com o complexo pleno de sintomas da síndrome de depressão, é um estado considerado clinicamente significativo. Segundo os autores, outros sintomas que compreendem a síndrome depressiva são: transtorno do sono, perda do apetite, anedonia, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, culpa, baixa energia, alterações psicomotoras e ideação suicida.

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Durante muitos anos, acreditou-se que a depressão era um fenômeno exclusivamente adulto, julgando-a rara ou até inexistente em crianças e adolescentes. A idéia provinha da crença de que a depressão era uma resposta emocional à problemática existencial, e que adolescentes, assim como crianças, não tinham esse tipo de problemas (Lima, 2004).

Foi somente a partir da década de 70, como relatou Bahls (2002), que foi reconhecida a existência da depressão em crianças e adolescentes. A depressão na adolescência passou a ser considerada como uma situação freqüente e com sérias repercussões ao longo do desenvolvimento, tendo efeitos na esfera familiar, acadêmica e social, podendo até levar ao suicídio. Esse autor concluiu que a depressão na adolescência possui um grande risco de recorrência que se estende até a idade adulta, implicando numa alta vulnerabilidade para uma evolução no sentido de um quadro grave de depressão.

Segundo Versiani, Reis e Figueira (2000), as manifestações clínicas do transtorno depressivo têm características próprias de acordo com a fase do desenvolvimento. O quadro de depressão em adolescentes nem sempre se apresenta do ponto de vista sintomatológico, podendo estar mascarado por sintomas psicossomáticos ou comportamentais. Bahls e Bahls (2002) reforçaram que jovens deprimidos não estão sempre tristes, apresentando-se principalmente irritáveis e instáveis.

Adolescentes deprimidos, de acordo com Versiani e cols. (2000), podem se envolver em atividades de risco e atividades anti-sociais. Podem se apresentar não cooperativos e têm dificuldade de identificar e expressar seus sentimentos, com tendência ao isolamento e demonstração de ansiedade. Como resultado, jovens deprimidos, freqüentemente, interagem menos com os outros, desenvolvem problemas de comportamento, fraco desempenho escolar e falta de interesse pelas atividades rotineiras, como esportes, eventos sociais ou outras atividades extracurriculares. Além disso, como Bahls (2002) retratou, pode haver também abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa.

Em adolescentes com depressão a queda no rendimento escolar pode refletir a diminuição da motivação assim como da atenção e a hipersensibilidade. Apresenta-se também a sensação de infelicidade, mudanças de peso, alterações do sono e uma maior freqüência de ideação suicida.

Segundo Bahls (2002), o suicídio de adolescentes constitui-se em uma das principais preocupações da saúde pública, sendo que a depressão na adolescência envolve um alto grau de mortalidade. O autor afirmou ainda que, com o desenvolvimento do pensamento abstrato, que se faz ao redor dos doze anos de idade, ocorre uma compreensão mais clara do fenômeno da morte. Nos adolescentes depressivos tanto as idéias de suicídio como as tentativas, que costumam apresentar alta letalidade, alcançam uma dimensão maior, pois os adolescentes são altamente vulneráveis às mesmas.

Essau (2004) investigou a associação entre os fatores familiares e as desordens depressivas na adolescência, destacando a presença significativa nesses casos de mães depressivas. Essa autora também identificou em seu estudo que o apego em relação aos pais era sensivelmente mais frágil nos adolescentes deprimidos do que naqueles que não apresentavam desordens psiquiátricas. Constatou, ainda, que os adolescentes deprimidos com pais deprimidos relataram mais ideação suicida do que os outros.

Analisando a elevada importância deste assunto, pelo alto índice de casos clínicos de depressão e suas graves conseqüências, torna-se necessária a discussão dos

diversos fatores que afetam o desenvolvimento psicológico do adolescente. Considera-se, a partir do modelo multidimensional de fatores, que os distúrbios psicológicos são resultantes da interação de componentes genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais (Cicchetti & Toth, 1998). Essa interação se dá na relação do indivíduo como um organismo biológico em crescimento, com o seu meio social imediato, constituído pela família (microssistema), e a interação que diz respeito ao relacionamento desse sistema com o meio ambiente, no seu sentido mais amplo (exossistema ou macrossistema), no sentido de Bronfenbrenner (1996).

Shaw e Dallos (2005) corroboram essa discussão tentando articular as contribuições da literatura sobre o apego, a depressão e aquela que diz respeito aos aspectos sociais. Esses autores propõem um modelo tripartite para compreender a depressão na adolescência, que integre os fatores individuais, os relacionamentos familiares e os fatores sócio-culturais.

Assim, não há dúvida de que a saúde mental resulta de relações complexas entre inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais. Segundo Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005), vários estudos indicaram que os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, funcionando como fator de proteção em situações de estresse e podendo diminuir seu impacto no bem-estar psicológico. Portanto, dispor de uma rede de apoio social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a essa rede beneficiam a saúde e o bem-estar. Por outro lado, a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde.

No estudo de Costa e Ludermir (2005) foi verificado que o apoio social habilita o indivíduo a lidar com os eventos e condições estressoras, funcionando como agente protetor contra transtornos mentais comuns como Depressão e Ansiedade. Desta forma, sentir-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, possibilitando uma melhor adaptação a circunstâncias particulares de estresse e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse que, embora não possam ser evitados, passam a ter menores conseqüências.

Apoio social diz respeito aos recursos disponibilizados por outras pessoas em situações de necessidade. Constitui-se como objeto de estudo de várias disciplinas como a Medicina, a Sociologia e a Psicologia. Porém, de acordo com Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001), foi somente a partir da década de 70 que a relação entre laços sociais e saúde foi verificada.

São várias as pessoas que podem oferecer suporte social ao indivíduo, como familiares, amigos, vizinhos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (Dessen & Braz, 2000). As pessoas necessitam umas das outras e, por isso, quando o apoio social diminui há um comprometimento do sistema de defesa do corpo. A sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem ser relacionadas com o processo de saúde-doença, aumentando a suscetibilidade individual para as enfermidades (Costa & Ludermir, 2005).

Dessen e Braz (2000) definiram rede social como um sistema composto por vários indivíduos, funções e situações, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa,

em suas diferentes necessidades. Apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades em geral e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro.

Enquanto uma rede de apoio mais próxima, a literatura tem apontado a importância da família como um fator protetor, no que se refere ao ajustamento de crianças e adolescentes. Durante a infância a família representa o contexto de apoio mais importante do indivíduo. No entanto, de acordo com Sanchez-Queija e Oliva (2003), à medida que os adolescentes vão se desvinculando de seus pais, a relação com os iguais ganha ênfase.

Souza e Ramires (2006) compartilham a mesma idéia. Segundo tais autoras, há uma crescente importância na literatura dada às relações fraternas e de amizade de adolescentes. No processo de diferenciação e construção de uma nova identidade na adolescência, as relações com os pares assumem maior valor, seus relacionamentos são recíprocos e igualitários. Como em geral os indivíduos são companheiros da mesma idade, eles têm o mesmo poder social e o seu comportamento mútuo vem do mesmo repertório. Desta forma, as relações de amizade nessa fase se estreitam, e os amigos passam a ser pessoas que confiam, compartilham sentimentos e se ajudam com problemas psicológicos.

O grupo de iguais constitui um contexto de socialização e uma importante fonte de apoio. Poder-se-ia levantar a hipótese de haver uma certa compensação entre as relações com os pais e as relações com os iguais de forma que aqueles jovens que encontram um menor apoio emocional em sua família se vinculariam de forma mais estreita com seus companheiros. Entretanto, a maior parte dos estudos mostra o contrário, aqueles adolescentes que haviam estabelecido melhores vínculos afetivos com seus pais se mostram mais competentes para estabelecer relações mais íntimas com amigos (Liu, 2006; Sanchez-Queija & Oliva, 2003).

O vínculo com os pais já foi destacado na literatura como um fator estruturante da personalidade. Bowlby (1997) defendeu a tese de que existe uma relação muito estreita entre as experiências da criança com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos, e que essa relação tem também repercussões significativas do ponto de vista da psicopatologia. Assim, a qualidade dos vínculos que puderam ser constituídos pelas crianças, bem como dos modelos representacionais que lhes correspondem, pode se constituir como importante fator de resiliência no enfrentamento das crises do ciclo vital, incluindo a adolescência.

Com a teoria do apego, Bowlby (1990) ofereceu uma nova abordagem para a compreensão da natureza e origem dos vínculos afetivos. Ele assinalou que existe nos bebês uma tendência inata para o contato físico e psicológico com um ser humano, o que significa a existência da “necessidade” de um objeto independente do alimento, tão primária quanto a “necessidade” de alimento e conforto. Deste modo, Bowlby (1997, p.168) descreveu sua teoria como “um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e perda involuntária dão origem”.

Ainsworth (1989) pontuou que já foram identificados os processos básicos de desenvolvimento que são relevantes para compreensão do estabelecimento dos vínculos afetivos na infância, mas não conhecemos ainda quais são esses processos em fases posteriores desse desenvolvimento. Nem tampouco quais são as implicações que as perturbações nesses vínculos têm para a saúde mental na adolescência e na vida adulta. Torna-se evidente a importância e a necessidade de empreender esforços no sentido da compreensão de tais processos nessas etapas da vida.

Desta forma, tendo em vista o que foi discutido até aqui, o presente estudo teve por objetivo investigar, em adolescentes atendidos em um Serviço de Psicologia, os aspectos depressivos e sua possível relação com o vínculo desses adolescentes com seus pais e sua rede de apoio social.

## **Método**

### *Participantes*

Participaram deste estudo 11 adolescentes, entre 12 e 18 anos de idade, com idade média de 15,09 anos. Esse estudo fez parte de uma pesquisa sobre as condições de saúde mental de 40 crianças e 40 adolescentes que procuraram atendimento psicológico no Serviço de Psicologia em questão.

Os adolescentes avaliados foram de ambos os sexos, sendo 6 (54,54%) do sexo feminino e 5 (45,45%) do sexo masculino. Esses participantes tiveram acesso à Clínica a partir de diversas fontes de encaminhamento: atendimento solicitado por familiares do adolescente, 4 (36,36%), busca espontânea, 4 (36,36%), Juizado da Infância e da Juventude, 1 (9,09%), Conselho Tutelar, 1 (9,09%) e encaminhamento médico, 1 (9,09%).

No que se refere ao nível de escolaridade, 10 (90,9%) adolescentes estavam estudando, sendo que 6 (54,54%) cursavam o Ensino Fundamental, 3 (27,27%) cursavam o Ensino Médio e 1 (9,09%) estava em curso superior. O participante que não estava estudando interrompeu por vontade própria o Ensino Fundamental havia mais de um ano.

Quanto à composição familiar dos participantes do estudo, 5 (45,45%) moravam com pai e mãe, 3 (27,27%) moravam somente com a mãe, 2 (18,18%) moravam somente com o pai e 1 (9,09%) morava com mãe e padrasto.

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados para a realização do estudo foram os seguintes:

- Entrevista semi-estruturada com os pais para levantamento da Anamnese do adolescente;
- Entrevista semi-estruturada com o adolescente para escuta do motivo da sua consulta e levantamento da sua história de vida;
- Child Behavior Checklist (CBCL): trata-se do Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (Achenbach, 1991), instrumento validado internacionalmente e utilizado para investigar manifestações clínicas nessas etapas. No Brasil, o CBCL foi adaptado por Bordin, Mari e Caeiro (1995). O inventário é dividido em duas partes que

avaliam a Competência Social e os Problemas de Comportamento, incluindo oito escalas de síndromes (isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas do pensamento, problemas de atenção, problemas sexuais, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo). Ele pode ser utilizado para a avaliação de indicadores de distúrbios que correspondam a qualquer uma dessas oito escalas.

Para a realização dessa pesquisa foi utilizada a versão Y.R.F. (Questionário de auto-avaliação para jovens – 11 a 18 anos) do CBCL. Nesta modalidade do instrumento é o próprio adolescente quem responde o questionário. O Y.R.F. foi projetado para a obtenção de auto-relatos de adolescentes dos 11 aos 18 anos.

- Desenho da Figura Humana (DFH): o DFH é uma técnica projetiva não-verbal. O desenho, sendo anterior à linguagem escrita, alcança níveis primitivos da personalidade. O DFH é um instrumento usado como fonte de informação na geração de hipóteses clínicas, pois permite um acesso ao mundo interno do indivíduo e se constitui num importante aporte para compreensão da personalidade e de sua interação com o meio ambiente. A perspectiva teórica utilizada para interpretação do material contém aportes da teoria psicanalítica (Retondo, 2000). Para a interpretação, foi realizada uma primeira análise global dos desenhos e em seguida uma avaliação das partes individuais. Também foi feita uma investigação de constantes quanto ao conflito latente e à história pessoal. Essa avaliação levou em conta normas brasileiras propostas por Hutz e Antoniazzi (1995).

- Medical Outcomes Study (MOS): trata-se da Escala de Apoio Social que foi elaborada, originalmente, para o Medical Outcomes Study (MOS), em um estudo que abrangia usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam uma ou mais doenças crônicas (Griep & colaboradores 2005). Os itens da Escala foram submetidos a um processo de tradução e adaptação para o português por investigadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, segundo Griep e colaboradores (2003). O questionário compreende cinco dimensões funcionais de apoio social: *material* – provisão de recursos práticos e ajuda material; *afetivo* – demonstrações físicas de amor e afeto; *emocional* – expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança; *interação social positiva* – disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem e *informação* – disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações. Para cada item, o indivíduo deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: *nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre*.

- Parental Bonding Instrument (PBI): baseado na Teoria do Vínculo de John Bowlby mencionada acima, o Parental Bonding Instrument (PBI) foi desenvolvido por Parker, Tupling e Brown (1979) a fim de medir a percepção da conduta e atitude dos pais em relação ao sujeito. O questionário é constituído por 25 afirmações que compõem as escalas que avaliam “Cuidado” (12 itens) e “Superproteção” (13 itens). O sujeito deve eleger aquela alternativa que melhor descreva sua relação com cada um dos pais, separadamente. Cada item é pontuado através da escala Likert, variando de 0 a 3 pontos, assim a pontuação máxima na escala de Cuidado é de 36 pontos e 39 pontos na escala de Superproteção. Altos escores na escala de Cuidado representam percepções de carinho, proximidade e cuidado. Altos escores na escala de Superproteção representam percepções de superproteção, controle e infantilização.

A partir dessas duas escalas derivam quatro indicadores de vínculos entre pais e filhos – a) *Cuidado ótimo*: são aqueles pais que obtêm alta pontuação em cuidado e baixa em superproteção; b) *Controle Afetivo*: alta pontuação em cuidado e em superproteção; c) *Controle sem afeto*: baixa pontuação em cuidado e alta em superproteção e d) *Negligente*: baixa pontuação em cuidado e em superproteção.

O Parental Bonding Instrument (PBI) foi adaptado para o português brasileiro por Hauck e colaboradores (2006), tendo sido considerado satisfatório quanto aos aspectos de equivalência conceitual, equivalência de itens e equivalência semântica. O PBI foi utilizado neste estudo com o objetivo de identificar características do vínculo dos adolescentes com seus pais e em que medida eles se sentem cuidados e protegidos.

O Medical Outcomes Study (MOS) visava analisar a rede de apoio social com a qual os participantes do estudo pudessem contar ou não. O Desenho da Figura Humana e o CBCL serviram para detectar os adolescentes que apresentavam indicadores de depressão, hipótese diagnóstica confirmada ou não através das entrevistas com os pais e com os próprios adolescentes.

### *Procedimentos*

Quanto aos procedimentos, os adolescentes e seus responsáveis foram informados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS 196/1996) e com a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 016/200. Uma vez de acordo com a realização da pesquisa, as entrevistas foram iniciadas.

Foram realizadas inicialmente entrevistas de Anamnese com os pais ou responsáveis para levantamento da história de vida e história clínica dos adolescentes. A seguir, foram realizadas as entrevistas individuais com os adolescentes, com o objetivo de investigar a trajetória de vida do adolescente e seu estado atual. Na segunda entrevista com o adolescente era proposta a realização do DFH e o preenchimento do MOS, e na terceira entrevista o preenchimento do CBCL e do PBI. Foi oferecida a possibilidade de realização de entrevista de devolução para todos os adolescentes e seus pais, indicando-se acompanhamento psicoterápico quando necessário e desejado pelos participantes.

## **Resultados**

Segundo os resultados obtidos no Inventário Comportamental da Infância e Adolescência, o CBCL, 6 participantes apresentaram indicador clínico de depressão (54,54%), de acordo com o escore obtido.

A avaliação projetiva do Desenho da Figura Humana confirmou a possibilidade de diagnóstico de Transtorno Depressivo em 5 (83,33%) dos 6 casos que já indicavam depressão através do CBCL. Apenas 1 (20%) participante sem indicador de depressão pelo CBCL apresentou características depressivas significativas no DFH. Cabe ressaltar que outros indicadores de conflitos foram também encontrados com grande frequência no DFH, como agressividade em todos os adolescentes avaliados, com exceção de 1 caso, o qual apresentou indicadores depressivos (16,66%). A insegurança foi uma



característica constante nas avaliações, aparecendo em 5 (83,33%) dos casos com indicadores de depressão e em 4 (80%) dos casos considerados sem indicador clínico de depressão. E o Transtorno de Somatização foi constatado nos desenhos de 3 (50%) dos adolescentes com indicadores de depressão e em 3 (60%) participantes que não apresentavam indicadores depressivos no CBCL.

A avaliação do apoio social global disponível aos adolescentes deste estudo indicou uma média geral de 3,59, com os valores da escala de apoio variando de 1 a 5. Nos jovens que apresentaram características clínicas de depressão, a média global ficou em 3,38 e a média dos participantes sem indicadores depressivos foi de 3,8. As redes de apoio social dos adolescentes foram percebidas como não provendo o apoio necessário, considerando que nenhum dos avaliados percebe um apoio superior à média. Dos participantes do estudo com sintomatologia depressiva, 3 (50%) apresentaram apoio social regular e 3 (50%) na média. Dos jovens sem indicadores de diagnóstico de depressão, 4 (80%) apresentaram resultados na média e 1 (20%) como apoio regular.

Os resultados obtidos através do PBI demonstraram que nenhum dos jovens com indicadores de depressão têm a percepção de “cuidado ótimo” em relação à figura materna. Desses jovens, em relação ao vínculo materno, 4 (66,66%) obtiveram a percepção do vínculo como de “controle sem afeto”, 1 (16,66%) caracteriza o vínculo como de “controle afetivo” e 1 (16,66%) como “negligente”. Em relação ao vínculo paterno, 2 (33,33%) percebem o vínculo como “negligente”, 1 (16,66%) como de “controle sem afeto”, 1 (16,66%) como de “controle afetivo”. Apenas 1 (16,66%) adolescente tem a percepção de “cuidado ótimo” e 1 (16,66%) dos participantes não respondeu o questionário de vínculo paterno, pois alegou não ter tido pai ou alguém que o representasse.

No grupo de adolescentes sem indicadores para diagnóstico clínico de depressão, em relação ao vínculo materno, 2 (40%) têm a percepção de “controle afetivo”, 1 (20%) percebe um “cuidado ótimo”, 1 (20%) caracteriza o vínculo como de “controle sem afeto” e 1 (20%) como “negligente”. Com relação ao vínculo paterno, 2 (40%) percebem o vínculo como de “controle sem afeto”, 2 (40%) como “negligente” e 1 (20%) caracteriza como de “controle afetivo”.

## Discussão

Através dos instrumentos utilizados, foi possível identificar algum indicador de dificuldades psicológicas em todos os adolescentes avaliados. De acordo com os indicadores obtidos através do DFH, por exemplo, 6 adolescentes apresentavam sinais de depressão, 9 de insegurança, 6 apresentavam características de transtornos de somatização, e todos apresentavam indicadores de comportamento agressivo. Isso não é surpreendente, já que se trata de adolescentes que buscaram ou foram encaminhados para atendimento em um Serviço de Psicologia. Além disso, deve-se destacar que a adolescência, por si só, é um período turbulento de reorganização psíquica e costuma vir acompanhada por diversas manifestações que não devem ser “patologizadas” *a priori* (Blos, 1996; Levisky, 1998; Outeiral, 2001; Urribari, 2004; Weinberg, 2001).

Dos 6 adolescentes que apresentaram escore clínico na Escala de Depressão do CBCL, 5 apresentavam também sinais de depressão pelo DFH e em todos os 6 tal hipótese foi reforçada nas entrevistas. Desses jovens, nenhum teve a percepção de “cuidado ótimo” em relação à figura materna, e apenas 1 teve essa percepção em relação à figura paterna, de acordo com o PBI.

O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas (Hauck e colaboradores, 2006), e a falta de afeto e cuidado, especialmente quando associada a práticas educativas parentais controladoras, foi associada a patologias na vida adulta como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade, entre outras (Enns, Cox & Clara, 2002; Patton & cols., 2001; Pedersen, 1994; Sato & cols., 1998).

Os dados obtidos confirmaram os de estudos anteriores que chegaram à conclusão de que quanto maior a sintomatologia depressiva no adolescente mais inadequada é a percepção do suporte familiar, estando o suporte familiar correlacionado negativamente com a sintomatologia depressiva (Baptista & Oliveira, 2004; Essau, 2004; Patton e colaboradores, 2001; Pedersen, 1994; Shaw & Dallos, 2005).

Dos 6 adolescentes com indicadores de depressão que participaram desse estudo, 4 perceberam seu vínculo com a mãe como de “Controle sem afeto”, resultado semelhante ao encontrado por Patton e colaboradores (2001). De modo semelhante, em relação aos pais, em 2 desses adolescentes o vínculo foi percebido como “Negligente”, em 1 como de “Controle sem afeto”, em 1 como de “Controle afetivo” e em apenas 1 como de “Cuidado ótimo”. Pedersen (1994) revisou estudos que concluíram que pessoas deprimidas experimentaram relacionamentos com seus cuidadores primários caracterizados por cuidado pobre e sem afeto e superproteção na infância. Em seu estudo, este autor identificou uma relação entre o cuidado percebido como pobre por parte da mãe a características de delinquência no adolescente, e o cuidado percebido como pobre por parte do pai às características depressivas. No grupo de adolescentes avaliado em nosso estudo, não foram identificados indicadores de comportamento delinqüente mais evidentes.

Os dados encontrados oferecem suporte à relação entre a fragilidade dos vínculos de apego estabelecidos no grupo familiar e modelos patológicos de funcionamento descrita na literatura, ressaltando-se a importância das relações familiares para a saúde mental. Tal relação vem ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, visto que predominou a percepção de “Controle sem afeto” dos pais por parte dos adolescentes investigados. Observa-se, portanto, que talvez o grupo familiar não tenha se configurado suficientemente como facilitador e promotor da saúde mental dos jovens avaliados, o que pode ter contribuído para os indicadores do transtorno depressivo encontrados.

Levantou-se a hipótese, diante dos resultados obtidos, de que os jovens que apresentam indicadores clínicos de depressão têm um vínculo com os pais inadequado em alguma medida, visto que predominaram percepções de cuidado insuficiente pelas figuras paterna e materna. O que testemunha em favor da existência de aspectos significativos na relação entre vínculo parental e depressão.

Por outro lado, devemos estar alertas para o cuidado especial que deve ser tomado em relação às correlações encontradas nos estudos sobre vínculo parental e

depressão, como enfatizam Baptista e Oliveira (2004). Esses autores lembram que grupos de indivíduos que possuem algum tipo de patologia tendem a perceber o seu suporte familiar como mais supercontrolador e fornecedor de menores taxas de carinho, sendo que o contrário também é verdadeiro; portanto, esta relação não deve ser considerada como linear.

As relações familiares e a sintomatologia depressiva possuem relações bidirecionais, sendo que a família pode ser considerada como um modelo potente para o desenvolvimento de vínculos nos adolescentes, bem como a sintomatologia depressiva no adolescente pode modificar a percepção e os vínculos com a família.

Os resultados da avaliação de apoio social disponível aos adolescentes apontaram para uma rede de apoio social percebida como não provendo o apoio necessário, considerando que nenhum dos participantes possui um apoio social superior à média. Esse dado se torna mais saliente quando lembramos que se trata de jovens para quem a relação com os pais, as relações de amizade, assumem um caráter extremamente importante e central no processo de construção da identidade (Sanchez-Queija & Oliva, 2003; Souza & Ramires, 2006).

Analisando que no momento evolutivo dos jovens a tarefa de independização e aquisição da identidade é fundamental, para melhor auxiliá-la se faz necessário um apoio familiar e social. Entretanto, verifica-se que justamente estes dois contextos de grande relevância para o desenvolvimento dos adolescentes podem se constituir como fonte de estresse, tendo em vista que os resultados deste estudo apontaram para um apoio social não suficiente, além das limitações já citadas nos vínculos com os pais. Podemos considerar, assim, que os adolescentes avaliados apresentaram uma fragilidade nas relações familiares e uma dificuldade de relacionamentos com os pais.

Foi possível identificar semelhanças entre nossos resultados acerca da rede de apoio social, e suas implicações para a saúde mental, com investigações realizadas por outros pesquisadores. Liu (2006) evidenciou em seu estudo que adolescentes seguramente apegados aos seus pais relatavam mais suporte social por parte dos seus pais e menos sintomas depressivos. Lopes, Faerstein e Chor (2003) constataram que os participantes de seu estudo com melhor percepção do seu estado de saúde e classificados como negativos para transtornos mentais comuns tiveram chances mais elevadas de perceberem alto apoio social.

O estudo de Costa e Ludermir (2005) concluiu também que pessoas que têm baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter depressão. Segundo as autoras, o apoio social que pode ser oferecido tanto por amigos como pela família ajuda o indivíduo a lidar com situações estressoras e protege contra transtornos como a depressão.

Cabe ressaltar a preocupação de Griep e cols. (2005), no sentido de que tanto a percepção de pouca disponibilidade de apoio pode influenciar na pior avaliação do estado de saúde física e /ou mental, como diversos graus de doença ou mal-estar podem desencadear isolamento, e, portanto, menor nível de apoio social. Segundo Azevedo, Nascimento, Moraes e Souza (2003), na maioria das manifestações dos distúrbios depressivos, a principal preocupação do paciente é o sentimento de desamparo quanto à sua capacidade de estabelecer e manter relações afetivas.

Sendo o período da adolescência caracterizado por grandes mudanças e conflitos e levando em conta o aumento constante de casos clínicos de depressão nessa fase do desenvolvimento humano, bem como suas graves repercussões, é de grande importância compreender as relações do adolescente e a multiplicidade de fatores que envolvem esse processo.

A depressão atualmente pode ser considerada um dos problemas mais comuns encontrados pelos profissionais da saúde mental ao diagnosticar e tratar seus pacientes. A partir da adolescência, os sintomas depressivos são responsáveis por cerca de 75% das internações psiquiátricas. Além disso, calcula-se que a depressão seja responsável pela maioria dos suicídios entre os jovens (Bahls, 2002), como foi visto acima. Portanto, tornam-se de grande necessidade programas de prevenção e intervenção precoce na sintomatologia do transtorno depressivo.

Este estudo confirmou a hipótese de que adolescentes que não apresentaram uma percepção de cuidados adequados por parte das figuras parentais e não dispõem de uma rede de apoio social suficiente têm maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos. Os resultados, ainda que limitados uma vez que foram restritos a um pequeno número de adolescentes avaliados, apontam para a importância de trabalhos de prevenção e fortalecimento do vínculo com os pais, assim como das redes de apoio social.

## Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Azevedo, C. M., Nascimento, L. N. S., Moraes, M. V., & Souza, A. M. (2003). Representação mental das relações de apego de um indivíduo diagnosticado com transtorno depressivo maior. *Estudos de Psicologia – PUC/Campinas*, 20 (2), 51-62.
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66.
- Baptista, M., & Oliveira A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Blos, P. (1996). *A transição adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. v. 1. Apego. A natureza do vínculo* (2ª edição). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1969).
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª edição). São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1979).
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego* (2ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede de apoio social no Estudo Pró-Saúde: Pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Costa, A. G., & Ludermir A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79.
- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B., & Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 10-18.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 32(6), 997-1008.
- Essau, C. A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 365-372.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zanolo, E., & Artes, R. (2005). Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(3), 129-136.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G., & Lopes, C. (2003). Apoio Social: Confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijinik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.
- Hutz, C. S., & Antoniazzi, A. S. (1995). O desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos: Normas para a avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 1-25.
- Kernberg, P. F. Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2003). *Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Levisky, D. L. (2002). Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, 10(6), 125-136.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência – reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lewis, M. (1995). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2).

- Liu, Y. (2006). Paternal/maternal attachment, peer suport, social expectations of peer interaction, and depressive symptoms. *Adolescence*, 41(164), 705-721.
- Lopes, C., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720.
- Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Setting WHO Directions. Geneva.
- Outeiral, J. (2001). Adolescência: Modernidade e pós-modernidade. Em C. Weinberg (org.), *Geração Delivery* (pp. 13-28). São Paulo: Sá.
- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (2001). Parental 'affectionless control' in adolescent depressive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 475-480.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pedersen, W. (1994). Parental relations, mental health, and delinquency in adolescents. *Adolescence*, 29(116), 975-991.
- Retondo, M. F. N.G. (2000). *Manual prático de avaliação do HTP e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sanchez-Queija, I., & Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescência. *Revista de Psicologia Social*, 18(1), 71-86.
- Sato, T., Sakado, K., Uehara, T., Narita, T., Hirano, S., Nishioka, K. & cols. (1998). Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed Japanese adults: evidence for the 'afectionless control' hypthotesis. *Psychol Med*, 28(3), 737-742.
- Shaw, S. K., & Dallos, R. (2005). Attachment and adolescent depression: The impact of early attachment experiences. *Attachment and Human Development*, 7(4), 409-424.
- Souza, R. M., & Ramires, V. R. R. (2006). *Amor, casamento, família, divórcio... e depois, segundo as crianças*. São Paulo: Summus.
- Urribari, R. (2004). Sobre o processo adolescente. Em R. Graña & A. Piva (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 35-50). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 10(12), 367-382.
- Weinberg, C. (2001). Introdução – Adolescer no mundo atual. Em C. Weinberg (Org.), *Geração Delivery* (pp. 7-11). São Paulo: Sá.

---

Recebido em agosto de 2006

Aceito em julho de 2007

---

**Ana Cláudia Nuhlmann Schneider:** psicóloga formada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

**Vera Regina Röhnelt Ramires:** psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP, mestre em Psicologia pela PUCRS; especialista em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes.

**Endereço para contato:** veraramires@terra.com.br