

DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E INDICADORES DE RISCO

Fernanda Cruz Costa^{1*},
Elerson Gaetti Jardim Júnior²,
Renato Salviato Fajardo³

¹Pós-graduação em Psicologia e Saúde, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, FOA-UNESP, Araçatuba-SP, Brasil

²Departamento da Patologia e Propedêutica Clínica, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, FOA-UNESP, Araçatuba-SP, Brasil

³Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, FOA-UNESP, Araçatuba-SP, Brasil

RESUMO

A adolescência, além de um período de mudanças físicas, biológicas e psicológicas é também momento de reflexão das perspectivas e funções sociais que ainda não estão definidas. Além das características próprias desse período, incluem-se também os aspectos familiares e socioeconômicos como separação dos pais, violência doméstica, pobreza, entre outros, gerando muitas vezes, sentimento de insegurança e confusão, contribuindo em muitos casos para o surgimento da depressão, cada vez mais recorrente e precoce nesta fase de desenvolvimento humano. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo investigar os indicadores de risco e vulnerabilidade para depressão em adolescentes, principalmente os de contexto social, destacando as representações sociais dos mesmos frente ao transtorno, uma vez que estas norteiam esta investigação, contribuindo na identificação dos fatores de influência da etiologia da depressão neste período. Consultou-se na base de dados BVS-PSI, artigos referentes à depressão na adolescência, publicados entre os anos de 2004 a 2014. Observa-se que adolescentes com percepção negativa em relação ao contexto social em que estão inseridos, apresentam maior probabilidade de desenvolver depressão, ressaltando a importância das relações sociais e familiares saudáveis para a saúde mental.

Palavras-Chaves: depressão, adolescente, vulnerabilidade social, risco.

ABSTRACT

Adolescence is a period of physical, biological and psychological changes as well as its time for reflection of the perspectives and social functions that are not defined yet. In addition to the characteristics of this period also included the family and socio-economic aspects such as parental separation, domestic violence, poverty, among others, yielding often, insecurity and confusion feelings, contributing to the case of depression in many cases, each increasingly recurrent and early at this stage in human development. The present study, thus, aimed to investigate the indicators of risk and vulnerability in adolescents to depression, especially those in social context, highlighting the social representation of the same against the

disorder, since these guiding this research, the indication of factors contributing influence the etiology of depression in this period. Be consulted on the basis of VHL-PSI, articles related to depression in adolescence, published between the years 2004 to 2014. Observe that adolescents with negative perception of the social context in which they live, are more likely to develop depression, highlighting the importance of healthy social and family relationships for mental health.

Keywords: *depression, teenagers, social vulnerability, risk.*

1 INTRODUÇÃO

Até a década de 1970 questionava-se a existência da depressão em crianças e adolescentes, pois se acreditava que a depressão, com suas múltiplas manifestações, não ocorria nessa faixa etária, visto que estes encontravam-se em um período de desenvolvimento fisiológico e psicológico e por isso não apresentavam problemas vivenciais, sendo a depressão exclusivamente da fase adulta, o que constitui um erro de abordagem. Hoje se reconhece a suscetibilidade de crianças e adolescentes ao transtorno, sendo esta uma das doenças que mais avança nas demandas da saúde coletiva, podendo trazer sérias consequências em todas as faixas etárias (CRIVELATTI et al., 2006; LIMA, 2004; MONTEIRO, 2007).

A adolescência é uma etapa importante do desenvolvimento humano, de transição de papéis da infância para vida adulta, caracterizada por transformações biopsicossociais, busca de identidade pessoal e independência, e segundo Monteiro (2007) e Schneider e Ramires (2007), todos os conflitos que permeiam essa fase são necessários para o amadurecimento físico e psicológico desses indivíduos, refletindo na formação de novos hábitos, condutas e padrões de socialização. Em consequência dessas transformações e sob, novos estímulos ambientais, o adolescente passa a pensar diferentemente da criança. Essa resposta se adequará à sua história de vida e grau de conformação à sociedade em transformação, constituindo atitude cultural, com reflexão das perspectivas e funções sociais, que ainda não estão definidas, gerando no adolescente, muitas vezes, um sentimento de inutilidade, insegurança e confusão (CRIVELATTI et al., 2006). Dentro desse contexto ganham destaques as representações sociais, que surgem através de fenômenos que ocorrem no contexto social, recebendo nome e significado que os avaliam, explicam e lhes dão sentido, constituindo elementos de grande importância na resposta a estímulos externos (DAMIÃO et al., 2011).

Além das transformações naturais, próprias da fisiologia do organismo do adolescente, elementos externos podem colaborar para subverter o equilíbrio e imprimir novos desafios para o jovem, como os problemas familiares e socioeconômicos, violência, doenças orgânicas, dependência química, dificuldades financeiras, discriminação e pressão social, colaborando para que a depressão, cada vez mais precoce, se estabeleça nessa fase da vida (MELO & MOREIRA, 2008).

Os pais são os responsáveis pelas primeiras relações sociais, mostrando grande influência no processo de desenvolvimento social, cognitivo e psicológico (SALVADOR et al., 2006). As práticas parentais inconsistentes, caracterizadas pela baixa capacidade de execução de regras nas interações com os filhos, podem levar a um ambiente de instabilidade familiar, suscitando a não discriminação dos comportamentos, podendo contribuir para o desenvolvimento dos sintomas de depressão e ansiedade, com sérias consequências, reforçando comportamentos agressivos e desviantes, prejudiciais à adaptação do adolescente

frente às contingências ambientais, (SALVO et al., 2005). Essa relação com os pais também condiciona o desenvolvimento de atitudes anti e pró-sociais (SALVADOR et al., 2006). Como agravante, as intervenções negativas nas interações entre pais e filhos podem levar ao desenvolvimento de quadros depressivos e outros problemas internalizantes como retraimento, queixas somáticas e ansiedade e depressão, bem como quadros externalizantes como comportamentos agressivos e delinquentes. (SALVO et al., 2005; FERNANDES, 2008)

Dessa forma, tendo em vista a importância da adolescência na determinação de padrões de comportamento, capacidades e potencialidades do indivíduo, bem como a relevância da depressão na qualidade de vida em diferentes faixas etárias, o presente estudo objetivou avaliar, por meio da revisão de literatura, os indicadores de risco para os quadros depressivos na adolescência, sua relevância para a saúde psicológica dos envolvidos e as representações sociais e o contexto em que o fenômeno está inserido.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui discussão da literatura nacional publicada no período de 2004 a 2014, consultados na base de dados BVS-PSI. Na busca foram utilizados os seguintes descritores: depressão, adolescência, psicossociais, social. Foram selecionados os estudos que abordavam diretamente a problemática da depressão na saúde e universo do adolescente. Buscou-se na literatura, estudos científicos que abordassem a influência psicossocial na etiologia da depressão e as representações sociais desses indivíduos, identificando a dimensão do problema e a importância do tema em questão, dentro do contexto do universo cultural brasileiro.

Para a elaboração deste estudo 28 artigos e trabalhos de tese que abordavam a depressão na infância e adolescência, representações sociais, indicadores de risco e vulnerabilidade para depressão, eventos aversivos, impactos de eventos estressores, perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva, práticas educativas parentais e suporte familiar, sintomatologia depressiva, estresse e suporte social na adolescência, ideação suicida, riscos de saúde e problemas comportamentais e emocionais na adolescência. O “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV” e dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram acrescentados à discussão dos tópicos acima mencionados.

3 EPIDEMIOLOGIA

Estudos epidemiológicos sugerem que os fenômenos depressivos se estabelecem cada vez mais precocemente, sendo duas vezes mais comum em adolescentes do gênero feminino (APA, 2000; DAMIÃO et al., 2011; CRIVELATTI et al., 2006; VALVERDE et al., 2012; AVANCI et al., 2008). Eventos estressores presentes na vida da adolescente podem ser desencadeantes de um quadro depressivo que está associado à alta mortalidade. Das mortes por suicídio, 15% apresentavam algum grau depressivo. (APA, 2000). Estima-se que 12 a 15 % da população desenvolveram ou desenvolverão depressão, sendo que as principais vítimas estão sendo crianças e adolescentes (MAESTRI, 2004), modificando sobremaneira a visão que se tem sobre essa enfermidade que ganha características epidêmicas.

Jatobá e Bastos (2007) constataram que 59,9% dos adolescentes apresentaram algum sintoma depressivo, sendo que 5,8% deles mostravam quadros graves e 13,2% sintomas moderados. Supreendentemente, 34,3% referiram ideação/tentativa suicida, que se mostrou mais frequente entre as adolescentes. No geral, aqueles que viviam em núcleos familiares não

tradicionais referiram sintomas depressivos com mais frequência, mesmo que a diferença não tenha sido pronunciada, de forma que a configuração familiar pode ter uma influência (DOS SANTOS CALDERARO, 2005) que necessita ser mais profundamente avaliada.

Segundo o DSM-IV (APA, 2000) a vulnerabilidade social e a influência dos fatores psicossociais são agentes determinantes no desencadeamento do transtorno, de forma que aqueles privados de envolvimento afetivo apresentam maiores probabilidades de sofrer perturbações de comportamento, seja na infância ou posteriormente. A renda familiar também parece criar desafios adicionais, de forma que adolescentes de baixa renda são mais atingidos por essa condição (OMS, 2001; CRIVELATTI et al., 2006). Outros fatores sociais, como aqueles decorrentes de processos de urbanização descontrolada e a transformação tecnológica também são relevantes (OMS, 2001).

Estudos evidenciaram que quanto menor o suporte familiar, mais intensa será a sintomatologia depressiva e sua frequência de manifestação (SCHNEIDER & RAMIRES, 2007; BAPTISTA et al. (2008). A associação da depressão às concepções e descrições desde psicológicas e psicossociais até físico-orgânicas é bastante frequente e relevante (COUTINHO et al., 2008).

Segundo Barros et al. (2006), para a maioria dos jovens a grande causa da depressão adveio das relações afetivas insatisfatórias com 52,7% das respostas, seguido das psicossociais com 47,3%, o que pressupõe a interferência dos conflitos sociais na saúde física e psicológica do indivíduo, sendo que os adolescentes da rede pública consideraram na maior parte das vezes os fatores psicossociais como causa da depressão (53,5%), enquanto no grupo da rede particular a predominância de respostas foram os fatores psicoafetivos (59,6%).

Aragão (2009) corroborou com os estudos de Barros et al. (2006). Observou que de 222 adolescentes participantes, 19 apresentaram sintomatologia depressiva associando a baixa autoestima (37%), problemas familiares (26%), exclusão social (19%), perdas (8%), estresse (5%) e falta de diálogo (5%) entre os fatores envolvidos no desenvolvimento da enfermidade.

Segundo Crivelatti et al. (2006) e Avanci et al. (2008), aproximadamente 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva, que relatam dificuldades em relação a fatores familiares como desestrutura familiar, famílias recompostas ou sem figuras parentais, relacionamento ruim com pais e irmãos, ausência ou pouca supervisão familiar, baixo apoio emocional e ausência de interação positiva. Problemas financeiros, de saúde, uso de álcool e drogas, separação dos pais, prisão de familiar, violência física, psicológica ou sexual cometida pelos pais, testemunha de violência entre os pais ou vitimização de violência entre irmãos também foram citados como eventos estressantes. Adolescentes vítimas de violência materna mostraram-se com 6,5 vezes mais propensos à sintomatologia depressiva, enquanto que aqueles cujos pais se separaram tiveram cerca de 73% mais chances de desenvolver sintomas depressivos, sendo que famílias refeitas podem facilitar a redução do apoio familiar através de afastamento físico e emocional, induzindo à rejeição e hostilidade. Adolescentes com baixa autoestima apresentaram 6,4 vezes mais chances de sintomas depressivos se comparados aos adolescentes de elevada autoestima. Os que não estão satisfeitos com a vida são 3,2 vezes mais propensos que os satisfeitos.

Além desses fatores ligados diretamente ao universo do adolescente e sua família, Kristensen et al. (2004), observaram outros como medo de serem estuprados, reclusão na Fundação CASA, serem molestados, impedidos de ver os pais ou acolhidos em instituição, obrigação de obediência às ordens dos genitores e briga com irmãos. Fonseca et al. (2008) destacaram o papel de fatores afetivos e sociais como sofrimento, solidão, preconceito, desilusão, perda de um ente querido ou tentativa de suicídio ficando claro a necessidade de apoio e socialização, atrelado à realidade sociocultural de cada um. Neste estudo, diferença

nos relatos dos adolescentes do sexo feminino e masculino foi significativa, apresentando maior frequência dos aspectos subjetivos como sentimentos ruins e insegurança no sexo feminino, enquanto os adolescentes do sexo masculino citam aspectos objetivos como morte e responsabilidade.

Dentre os fatores que mais afetam o humor dos adolescentes destacam-se os socioeconômicos (MAESTRI, 2004; BARROS et al., 2006; FONSECA et al., 2008; SOUZA et al., 2008; ARAGÃO, 2009). O baixo desempenho acadêmico também cria maior predisposição para depressão, assim como adolescentes não voltados à religião estavam mais predispostos se comparados àqueles praticantes. Aqueles que referiam ingestão de álcool nos últimos 30 dias foram cerca de sete vezes mais sujeitos a apresentarem depressão. Não foram significativos no estudo uso de tabaco e drogas e diferenças na ocorrência quanto ao sexo dos jovens (SOUZA et al., 2008).

Ribeiro et al. (2010) associaram a depressão aos aspectos psicoafetivos, como tristeza e desilusão amorosa, e aspectos psicossociais nos quais destacaram dificuldade de relacionamento social. Destacaram isolamento social, baixo desempenho escolar, dificuldades relacionamento familiar, baixa autoestima e ideias ou tentativas de suicídio são prejuízos vividos durante a depressão.

4 SINTOMATOLOGIA

Adolescentes e adultos apresentam sintomatologia semelhante, sendo que a depressão é encarada como transtorno do humor no “O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV” (APA, 2000), produzindo efeitos físicos como alterações do apetite, peso, sono e atividade psicomotora, cansaço e fadiga, bem como efeitos psíquicos/mentais/cognitivos, como pensamentos sobre morte ou ideação suicida, planos e tentativas de suicídio, dificuldade de concentração, e efeitos emocionais, ligados à perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, diminuição do desejo sexual, tristeza constante, sentimentos de desvalia, culpa e irritabilidade, dentre outros. Crianças e adolescentes apresentam os mesmos sintomas, porém alguns são mais característicos nesta fase como humor irritável ao invés de triste e queda no rendimento escolar como consequência da baixa concentração. Em crianças, a irritabilidade e o retraimento social são particularmente proeminentes, enquanto o retardo psicomotor, hipersonia e delírios são mais comuns na adolescência e idade adulta.

O aumento do apetite, hipersonia, choro fácil, falta de vontade de ir à escola e estudar, irritabilidade, nervosismo e agressividade são muito comuns em adolescentes (CRIVELATTI et al., 2006), sendo que Damião et al. (2011) observaram que, além do choro, os sujeitos com sintomatologia depressiva demonstraram ideação suicida/morte, insônia, insegurança, sentimento de incapacidade e culpa, desobediência, percepção negativa de si mesmo e isolamento, adotando comportamento solitário, com contato social limitado, além das inadequações nas relações psicoafetivas e psicossociais, por vezes relacionados, segundo Melo e Moreira (2008), ao contexto e exigências sociais do próprio adolescente.

A despeito da existência de esquemas capazes de caracterizar a depressão, os mesmos nem sempre são nítidos devido à multiplicidade etiológica e a diversidade sintomatológica, dificultando o reconhecimento precoce da enfermidade e prejudicando os aspectos preventivos, terapêuticos e, por conseguinte, o prognóstico (COUTINHO et al., 2008). O sentimento de tristeza é considerado por muitos autores o mais comum tanto na adolescência como na fase adulta (APAS, 2000; ARAGÃO, 2009; BARROS et al., 2006; COUTINHO et

al., 2008). Para Benincasa e Rezende (2006) e Fonseca et al. (2008) sentir-se triste é normal e subjetivo, pois cada qual vivencia os conflitos, frustrações e perdas de sua maneira, sendo enfermo o fracasso em relação à elaboração desse sentimento, podendo levar ao desencadeamento de um sofrimento psíquico adjunto ao transtorno do humor, embora a literatura não se atenha às causas psicossociais buscando causas apenas nos indivíduos, mas deveria considerar as condições sociais que envolvem o indivíduo (MAESTRI, 2004).

Schneider e Ramires (2007) descrevem depressão não somente de acordo com suas manifestações enfermigas, uma vez que a maioria das pessoas desenvolve alguns de seus sinais em algum momento da vida, mas considera que nos casos de enfermidade caracterizada, a sintomatologia persistente é bastante significativa e deve ser considerada.

Uma vez que as respostas e interpretações de eventos estressores são adquiridas durante o desenvolvimento do adolescente, esses fatores também parecem condicionar a apresentação e a manifestação da depressão. Assim, aqueles com dificuldades nessas interpretações e respostas e que apresentam apego inseguro, pouca regulação afetiva, falta de capacidade na resolução de problemas, estão mais vulneráveis aos desafios vividos nessa fase, tornando-se mais propensos a desenvolverem essa condição (AVANCI et al., 2008), o que pode ser facilmente observado na grande procura por atendimento em função de ansiedade e depressão (VALVERDE et al., 2012),

As variáveis presentes na infância/adolescência podem contribuir e explicar problemas de saúde física e psicológica em idosos. Os idosos com mais vivências estressantes durante a infância/adolescência apresentaram maiores escores de sintomas depressivos. Porém o suporte social na infância e adolescência não demonstraram proteção para estes sintomas e punições físicas não estiveram relacionadas ao aumento significativo de sintomas, ao contrário da falta de recompensa que se correlacionou expressivamente aos sintomas depressivos (CUPERTINO et al., 2006).

5 SUICÍDIO

Em função A sintomatologia da depressão pode provocar dificuldades devido à imprecisão diagnóstica o que pode levar a sequelas, provações sociais, fazendo com que o adolescente a enxergar a morte como alternativa (BARROS, 2006). Desta forma, é importante delimitar o que é uma característica da adolescência e o que vai além dessa condição (BORGES & WERLANG, 2006).

As tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito são a segunda causa de internação SUS, principalmente em adolescentes de crianças do sexo feminino com idade entre 10 a 19 anos (BENINCASA; REZENDE 2006) e essas ocorrências dever ser muito maiores do que relatado pelo serviço de saúde, visto que as famílias tendem a não reportar o ocorrido (BORGES & WERLANG, 2006). Além desses aspectos, características socioculturais e psicológicas também são relevantes para a ocorrência de ideias suicidas, mas a os adolescentes depressivos são sempre mais frequentemente acometidos, quase sempre encarando essa situação como uma tentativa de alívio para suas dores e sofrimento (OMS, 2001; BORGES; WERLANG, 2006).

As adolescentes que conheciam indivíduos que tentaram suicídio ou tinham características de depressão e desesperança, desenvolvem ideação suicida mais facilmente se comparadas aos outros (BORGES & WERLANG, 2006). Aproximadamente 36% dos adolescentes apresentaram ideação suicida, segundo esses autores, sendo a maioria (67,6%), do sexo feminino, com mais frequência na faixa etária de 15 anos, considerada idade crítica para o suicídio. Desse grupo, 82,8% conheciam alguém que tentou ou cometeu suicídio. Essa frequência elevada de ideação suicida não é compartilhada por Baggio et al. (2009), que

verificaram que a prevalência de planejamento suicida era de 6,3%, mas a maior ocorrência no sexo feminino foi reforçada. Não se pode deixar de citar que a frequência de ideação suicida também tem relação com aspectos culturais, principalmente entre grupos étnicos minoritários, o que pode interferir na comparação de estudos como os abordados acima. Borges e Werlang (2006) mostraram que além desses fatores, a indiferença parental frente à situações de risco como uso de álcool, além da falta de limites, absenteísmo escolar, sentimento de incompreensão, violência doméstica, dificuldades de comunicação, contatos agressivos na escola, discriminação, bem como sentimento de solidão, sensação de falta de proteção e tristeza são fatores não apenas ligados à depressão, mas também condicionantes para a ideação suicida no jovem, como também constatado por Benincasa e Rezende (2006), que também reforçaram a importância de aspectos familiares e culturais na escolha e desenvolvimento da ideação suicida, quase sempre relacionada com a sensação de profunda solidão (MELO et al., 2005).

Os adolescentes do estado de Santa Catarina trataram o suicídio com naturalidade, alegando que na região, colonizada por alemães, houve um alto índice de ocorrência (BENINCASA & REZENDE, 2006).

6 FATORES DE TRATAMENTO E PROTEÇÃO

Aragão et al. (2009), analisaram como fatores de tratamento e conseqüentemente de proteção em relação ao transtorno depressivo em jovens: apoio sócio afetivo (43%), tratamento psicológico (21%), apoio familiar (18%), pensamentos positivos (10%), apoio religioso (6%) e tratamento médico (2%), resultando daí a nítida constatação de que a indiferença constitui o pior procedimento a ser adotado, principalmente se forem consideradas as conseqüências desse estado.

Melo et al. (2005), identificaram como fator de proteção para os riscos no período da adolescência, a possibilidade de falar sobre o que pensa e sente. A interação com o outro é vital na adolescência, que apesar da timidez, característica da fase, sente necessidade de interagir, se manifestar e influenciar nas situações, principalmente para lidar com seus anseios e necessidades. A experiência destes autores mostrou que os adolescentes gostam e precisam do contato com diferentes pessoas, de diferentes idades e é possível vê-los por longas horas, junto delas, conversando. Estudos mostraram que o estabelecimento de pelo menos um vínculo social adequado pode protegê-los de comportamentos desviantes e, certamente não é casual o fato de que uma das suas principais queixas seja a de não serem ouvidos. A família próxima e pessoas confiáveis para conversar constituem fatores de proteção (MELO et al., 2005; BENINCASA & REZENDE, 2006).

Desta forma, pode-se perceber serem estes os pilares fundamentais para compreensão dos fatores desencadeantes da depressão e suas conseqüências, bem como os fatores de proteção. A falta de adaptação do jovem devido às dificuldades familiares ou psicoafetivos tendem a fazer com que esses indivíduos se isolem, apresentem sentimento de inferioridade e baixa autoestima. As pessoas de convívio do adolescente possuem papel fundamental no desenvolvimento social e psicológico desses adolescentes, sendo que o distanciamento dos jovens em relação a essas pessoas pode gerar carência afetiva, facilitando o desenvolvimento da depressão.

Os adolescentes com percepção negativa em relação aos cuidados por parte das figuras parentais e da rede de apoio social têm maior probabilidade de desenvolver depressão, ressaltando-se a importância das relações familiares para a saúde mental (SCHNEIDER;

RAMIRES 2007). Verifica-se que as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma confusa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo necessárias outras pesquisas para comparar diferentes sociedades, confrontando os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental, para melhor compreensão das mesmas, bem como os fatores que exercem influência sobre a origem, evolução e resultados, para assim desenvolver intervenções mais eficazes (OMS, 2001).

A origem de uma crise familiar se dá em seu núcleo, de onde se originam os elementos que convergirão para superação dos distúrbios mentais, propondo condições adequadas através de relações familiares saudáveis, construídas com interações sócio-afetivas de qualidade, que promovam bem biopsicossocial, emocional e espiritual. (MACEDO & MONTEIRO, 2006). Pais podem deixar os filhos inseguros devido à confusão de disciplinas modernas e tradicionais, que muitas vezes os tornam contraditórios, sendo que na maioria das vezes o adolescente não consegue lidar com este tipo de situação (CRIVELATTI et al., 2006).

Muitas vezes a família percebe as atitudes patológicas do adolescente como rebeldia e indisciplina (CRIVELATTI et al., 2006), sendo que muitos pais consideram comportamentos como ausência em aulas, trancar-se no quarto e não falar com ninguém, agressão física a outras pessoas, como característicos da adolescência e observam necessidade de ajuda especializada por isso (VALVERDE et al., 2012). Assim, torna-se importante a orientação dos pais sobre as características normais e anormais dessa fase para buscar ajuda quando necessário.

Diante destes indicadores de risco sugere-se que a sociedade, o sistema de saúde e educação propiciem o desenvolvimento de fatores protetores que apoiem o crescimento e o amadurecimento, como o estabelecimento de um lugar para formação da adequada autoestima, o enfrentamento dos problemas com responsabilidade, a necessidade de um suporte familiar que seja aberto e acolhedor diante dos conflitos apresentados, buscando avanços sócio-econômico-político-culturais em contraponto às pesquisas de medicamentos para combater a depressão (MAESTRI, 2004).

Os fatores de risco citados mostraram a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção através de programas de promoção de saúde ou educação para a saúde voltada aos adolescentes com atenção devida às características desta fase da vida, assim como fortalecimento de vínculos com os pais e redes de apoio social com intervenção das instituições de ensino, família e sistemas de saúde (VALVERDE et al., 2012) além de delinear estratégias preventivas e práticas sociais na família, escola e comunidade que possibilitem implementar programas de políticas públicas, socialmente e culturalmente contextualizadas, promovendo o desenvolvimento saudável desses jovens. Ribeiro et al. (2010) propõem que o ambiente escolar seja um importante aliado em relação às ações de promoção da saúde, principalmente no que diz respeito à percepção das mudanças comportamentais dos adolescentes e os sintomas depressivos, contribuindo para o diagnóstico e intervenção para qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

Adolescentes com percepção negativa em relação ao contexto social em que estão inseridos apresentaram maior probabilidade de desenvolver depressão, estando o transtorno diretamente relacionado às experiências afetivas e sociais. Desta forma, ressalta-se a importância das relações sociais e familiares saudáveis para a saúde mental, além da

ampliação dos estudos sobre depressão na adolescência, mais especificamente sobre a influência do contexto social.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ARAGAO, T A; COUTINHO, M P L ARAUJO, L F; CASTANHA, A R. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.2, p. 395-405, 2009.

AVANCI, J Q.; ASSIS, S G.; OLIVEIRA, R V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.10, p. 2334-2346, 2008.

BAGGIO, L; PALAZZO, L S.; AERTS, D R G C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.1, p. 142-150, 2009.

BAPTISTA, M N; SOUZA, M S; ALVES, G A S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, v.13, n.2, p. 211-220, 2008.

BARROS, A P R; COUTINHO, M P L; ARAUJO, L F; CASTANHA, Alessandra Ramos. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estud.psicol.*, v.23, n.1, p. 19-28, 2006.

BENINCASA, M; REZENDE, M M. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Bol. Psicol.*, v.56, n.124, p. 93-110, 2006.

BORGES, V R, WERLANG, B S G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud. psicol.*, v.11, n.3, p. 345-351, 2006.

COUTINHO, L et al. Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural. *Psico*, v.39, n.1, 2008.

CRIVELATTI, M M B; DURMAN, S; HOFSTATTER, L M. Sofrimento psíquico na adolescência. *Textocont.- Enferm.*, v.15, n.spe, p. 64-70, 2006.

CUPERTINO, A P F B et al. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.19, n.3, p. 371-378, 2006.

DAMIAO, N F; COUTINHO, M P L; CAROLINO, Z C G; RIBEIRO, K C S. Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. *Psicol. Soc.*, v.23, n.1, p. 114-124, 2011.

DOS SANTOS CALDERARO, R S; DE CARVALHO, C V. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicol. Est.*, v.10, n. 2, p. 181-189, 2005.

FERNANDES, L F B et al. Eventos aversivos e depressão na adolescência: relato de caso. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, v.4, n.1, p. 0-0, 2008.

FONSECA, A A ; COUTINHO, M P L; AZEVEDO, R L W. Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicol. Reflex. Crit.* v.21, n.3, p. 492-498, 2008.

JATOBÁ, D. V. N.; BASTOS, Othon. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.56, n.3, p. 171-179, 2007.

KRISTENSEN, C H et al. Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, v.8, n.1, p. 45-55, 2004.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J. Pediatr.*, v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004.

MACEDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Textocontexto - enferm.*, v.15, n.2, 2006.

MAESTRI, M. *Indicadores de Risco e Vulnerabilidade para Depressão em Adolescentes: Um Estudo Psicossocial*. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2004.

MELO, A K S; MOREIRA, V. Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes: um estudo crítico-cultural. *Aletheia*, n.27, p. 51-64, 2008.

MELO, E M de et al. Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cad Saúde Publ*, v.21, n.1, p. 39-48, 2005.

MONTEIRO, F R; COUTINHO, M P L; ARAUJO, L F. Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. *Psicol. Cienc. Prof.*, v.27, n.2, p. 224-235, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

RIBEIRO, K C S; COUTINHO, M P L; NASCIMENTO, E S. Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Psicol. Cienc. Prof.* v.30, n.3, p. 448-463, 2010.

SALVADOR, A P V; WEBER, L N D. Práticas educativas parentais: um estudo comparativo da interação familiar de dois adolescentes distintos. *Inter. Psicol*, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/4782/3669>>. Acesso em: 09 Maio 2014.

SALVO, C G; SILVARES, E F M; TONI, P M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social . *Estud. psicol.* v.22, n.2, p. 187-195, 2005.

SCHNEIDER, A C N; RAMIRES, V R R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, n.26, p. 95-108, 2007.

SOUZA, L D M et al. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. *J. Bras. Psiquiatr.* v.57, n.4, p. 261-266, 2008.

VALVERDE, B S C L; VITALLE, M S S; SAMPAIO, I P C; SCHOEN, T H. Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia*, v.22, n.53, pp. 315-323, 2012.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Cruz Costa
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
16015-050 - Araçatuba SP, Brasil
fercruzcosta@hotmail.com

Submetido em 15/10/2014

Aceito em 19/12/2014