

Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil*

Support social and emotional development of children and adolescents

Carolina Elisabeth Squassoni¹, Thelma Simões Matsukura², Maria Paula Panúncio-Pinto³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p27-35>

Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1);27-35.

RESUMO: Devido à relação entre a presença do apoio social e resultados positivos relacionados à saúde e ao bem-estar muitos estudos buscam caracterizar as redes de apoio de crianças e adolescentes e tentam identificar possíveis associações entre o apoio social e outras variáveis. O objetivo do estudo foi verificar a relação entre a percepção do apoio social e o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes. O estudo contou com 532 participantes, de ambos os sexos, com idades entre 11 e 18 anos. Foi utilizada a versão brasileira do Social Support Appraisals, que avaliou a percepção do apoio recebido da família, amigos, professores e da comunidade, e o Questionário de Capacidades e Dificuldades que investigou os sintomas de dificuldades e seu impacto sobre a criança/adolescente. Dentre os resultados, verificou-se que a família foi percebida como a maior fonte de apoio disponível e 13,2% dos participantes apresentaram sintomas clínicos com predomínio de problemas de conduta e sintomas emocionais. O estudo de correlação indicou somente relações negativas entre a percepção do apoio social e os sintomas de dificuldades. A literatura aponta que relações pobres no período da infância e adolescência podem levar a sintomas precoces de problemas e/ou distúrbios emocionais, que podem causar dificuldades em outras fases da vida.

DESCRITORES: Apoio social; Saúde mental; Criança; Adolescente.

Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Support social and emotional development of children and adolescents. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1);27-35.

ABSTRACT: Because of the relationship between the presence of social support and positive outcomes related to health and well-being many studies seek to characterize the support networks of children and adolescents, and try to identify possible associations between social support and other variables. The aim of the study was to investigate the relationship between perception of social support and social-emotional development of children and adolescents. The study included 532 participants, aged between 11 and 18 years. We used the Brazilian version of the Social Support Appraisals, which assessed the perceived support from family, friends, teachers and the community, and the Strengths and Difficulties Questionnaire which investigated the symptoms of problems and their impact on child/adolescent. Among the results, it was found that the family was perceived as a major source of support available and 13.2% of the participants had clinical symptoms with prevalence of conduct problems and emotional symptoms. The correlation study indicated only negative relationships between perceived social support and symptoms of difficulties. The literature suggests that poor relationships during childhood and adolescence may lead to early symptoms of problems and/or emotional disorders, which can cause difficulties in other phases of life.

KEY WORDS: Social support; Mental Health; Child; Adolescent.

*O respectivo artigo é parte integrante da tese de doutorado: Squassoni CE. Confiabilidade, validade e estudo dos padrões normativos da versão brasileira do SOCIAL SUPPORT APPRAISALS (SSA). [tese]. São Carlos: Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, 2012. Parte deste estudo foi apresentada oralmente no Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional. São Paulo, 2011.

¹ Terapeuta Ocupacional. Doutorado e Mestrado em Educação Especial pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

² Terapeuta Ocupacional. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Doutorado e Mestrado em Saúde Mental pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Professora Associada da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar, São Carlos, São Paulo, Brasil.

³ Terapeuta Ocupacional. Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem pela Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Psicologia da Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Endereço para Correspondência: Rua Humberto de Campos, 363 - Vila Lutfalla, São Carlos - SP, CEP: 13570-670. E-mail: carolinasquassoni15@gmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo das fases da vida, as fontes de apoio social apresentam variações em decorrência das circunstâncias e situações vivenciadas. No entanto, durante todo esse percurso, a família, os amigos, o cônjuge, os vizinhos, os relacionamentos com grupos e comunidades possibilitam as principais relações interpessoais, que de acordo com o envolvimento poderão corresponder às fontes de apoio social¹.

De acordo com Cobb² o apoio social pode ser entendido como a percepção do indivíduo que o leva a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.

A literatura aponta a família como a primeira fonte de apoio para as crianças, sendo também responsável pelos cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento infantil. A relação estabelecida com os pais contribui para o desenvolvimento de capacidades e formas de interação dos filhos, o que permite que eles estabeleçam relações competentes com os pares³.

A família desempenha a função de mediadora entre a criança e a sociedade, o que possibilita a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Porém, os pais não são os únicos agentes de socialização das crianças, pois a sociedade ocidental vem sofrendo transformações que desencadearam um contato mais prematuro e intenso entre as crianças e outras pessoas fora da esfera doméstica. Esses contatos são desenvolvidos a partir da entrada na escola, em decorrência da redução dos membros da família, número de filhos e separações, e do processo de urbanização⁴.

Com a entrada na escola, ficam evidentes aspectos emocionais relativos às expectativas das crianças e adolescentes com os professores, colegas e desempenho nas avaliações; além das crianças e adolescentes terem a oportunidade de adquirir novas informações e iniciarem novas relações, dentre elas a amizade^{5,6}.

A relação com os amigos desempenha importante papel emocional para crianças e adolescentes, pois as amizades íntimas permitem a confiança de experiências emocionais privadas, que fazem com que o indivíduo aprenda a apoiar os amigos e administrar sentimentos, tais como a raiva, o desprezo, a confiança, a exposição, os ciúmes e inveja^{7,8}.

De forma geral, a função do grupo e das amigas sofre modificações na transição da infância para a adolescência, pois, para as crianças, os grupos de amigos constituiriam o cenário para as brincadeiras recíprocas e para todo o aprendizado sobre as relações. Na adolescência, as mudanças

físicas e psicológicas repercutem sobre as relações que são estabelecidas nos contextos de inserção dos jovens, como a família, o grupo de pares e a escola⁸.

Na adolescência, os amigos são importantes fontes de apoio emocional, pois auxiliam os jovens a superarem os altos e baixos característicos dessa fase, ou situações estressantes, como um fracasso acadêmico ou amoroso, ou a separação ou a morte dos pais. Proporcionam também o apoio instrumental para a resolução de problemas práticos, bem como a informação sobre diferentes temas como relações pessoais, sexualidade ou assuntos acadêmicos⁸.

Porém, apesar da ampliação dos contatos sociais na adolescência e da evidente importância dos amigos, as relações com os pais continuarão exercendo influência na vida dos jovens, pois os pais e amigos não competem entre si, mas representam influências complementares que satisfazem diferentes necessidades dos adolescentes^{6,8}.

As relações estabelecidas principalmente com a família e com o grupo de pares possibilitam, além do apoio social, experiências e vivências fundamentais para o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes. Para Dessen e Braz⁹ o apoio social é considerado fundamental para a manutenção da saúde mental dos indivíduos. Campolina⁷ aponta que relações pobres na fase da infância e da adolescência podem levar a sintomas iniciais de distúrbios emocionais, que podem causar dificuldades posteriores.

Os estudos de Krug et al.¹⁰ e Vitolo et al.¹¹ indicaram alguns aspectos que tornam a criança e o adolescente mais vulneráveis a terem problemas no desenvolvimento socioemocional. Os achados revelaram a influência de fatores individuais da criança, como sexo, idade e características psicológicas; fatores familiares, história de problemas de saúde mental, especialmente materna, problemas de álcool/drogas, violência física, psicológica e sexual, violência entre os pais, perdas por morte, separação dos pais; e fatores socioculturais como a pobreza, violência no contexto social e apoio social.

Devido à relação entre a presença do apoio social e resultados positivos relativos à saúde e ao bem-estar, muitos estudos buscam caracterizar as redes de apoio de crianças e adolescentes e tentam identificar possíveis associações entre o apoio social e outras variáveis.

Considerando o apresentado, o objetivo do estudo foi verificar a relação entre a percepção do apoio social e o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é parte da tese de doutorado de

Squassoni¹². Trata-se de pesquisa transversal, descritiva e correlacional, de abordagem quantitativa¹³.

Participantes

Amostra intencional, composta por 532 participantes, de ambos os sexos, com idades entre 11 e 18 anos, alunos de escolas públicas de nível fundamental e médio de três cidades do interior do estado de São Paulo: Ribeirão Preto, São Carlos e Araraquara.

A maior parte da amostra era do sexo feminino (66,2%) e a média de idade foi de 13,7 anos. No que diz respeito a escolaridade, 70% eram alunos do ensino fundamental. Com relação à origem dos participantes, 47% eram de São Carlos e 46% de Ribeirão Preto. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com os fatores biológicos e escolares.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo fatores biológicos e escolares

Características	Freq. Absoluta	% Relativo
Sexo		
Feminino	352	66,2
Masculino	180	33,8
Total	532	100,0
Idade		
Média e dp	13,7 ± 2,0	
Máx e mín	11/18	
Mediana/1º e 3º quartil	13,4 (11,9 ; 15,2);	
Nível de escolaridade		
Nível fundamental	387	72,7
Nível médio	145	27,3

Contexto

O planejamento inicial da pesquisa almejava um estudo probabilístico de abordagem aleatória. Porém, o número de escolas que aceitaram participar do estudo ficou abaixo do número esperado. Diante disso, o planejamento foi alterado e as escolas das cidades de São Carlos, Ribeirão Preto e Araraquara que não recusaram o contato foram consideradas para participação. No total, 40 escolas públicas de ensino fundamental e médio foram contatadas e os objetivos do estudo foram apresentados. Dessas, 11 escolas aceitaram o convite e se disponibilizaram a participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no ano de 2010, sendo realizada a coleta de dados em 4 escolas em Ribeirão

Preto, 4 em São Carlos e 3 em Araraquara. No ano da coleta, segundo dados do IBGE¹⁴, a cidade de Ribeirão Preto possuía 604.682 residentes, São Carlos tinha uma população de 221.950 habitantes e Araraquara 208.662.

Instrumentos

- Formulário de identificação da criança e do adolescente

Para a identificação dos participantes foi utilizado um formulário que abordou questões relativas a fatores biológicos e escolares, bem como a identificação de seus responsáveis. Esse formulário foi desenvolvido pelas pesquisadoras e foi respondido pelos pais e/ou cuidadores dos participantes.

- Versão Brasileira do Social Support Appraisals (SSA)

Para a avaliação da percepção do apoio social foi usada a versão brasileira reduzida do SSA, com 23 itens¹². A versão brasileira do instrumento foi obtida inicialmente por meio do processo de adaptação transcultural¹⁵ a partir da versão portuguesa de Antunes e Fontaine¹⁶.

A adaptação transcultural foi realizada de acordo com o modelo proposto por Herdman, Fox-Rushby e Badia¹⁷, que consiste na realização de estudos de adequação de um instrumento para seu uso em outro país e/ou cultura, a partir de 6 tipos distintos de avaliação de equivalência: Avaliação da Equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional.

Novos estudos foram realizados com a versão brasileira, optando-se após os resultados da avaliação de confiabilidade e validade, pela retirada de 7 itens da versão adaptada que estavam saturados em fator não correspondente e prejudicavam a compreensão dos participantes mais jovens, por serem questões negativas e dificultarem o entendimento da dupla negação¹².

O SSA avalia a percepção de crianças e adolescentes sobre o apoio recebido da família, dos amigos, dos professores e de outras pessoas em geral. O instrumento possui uma pequena introdução que contém informações sobre o conteúdo e os seus objetivos, além de instruções para o seu preenchimento. A versão brasileira reduzida do instrumento possui 23 itens afirmativos, divididos em quatro subescalas, a saber: família, amigos, professores e outros. É uma escala *likert* com 6 pontos, na qual as questões recebem a pontuação de 6 pontos (Concordo Totalmente) a 1 ponto (Discordo Totalmente). A partir da soma das pontuações são

obtidos os valores referentes ao apoio de cada subescala e, somando-se os valores, obtém-se a pontuação para o apoio social total¹².

Nesse estudo, a interpretação dos resultados referentes a percepção do apoio social foi realizada de acordo com as faixas de classificação (muito baixo, baixo, médio, alto, muito alto), que foram criadas de acordo com as Normas Intragrupo, ou seja, com base nos escores obtidos pelos participantes, a partir dos intervalos interquartis¹².

• Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) investiga sintomas de dificuldades e o impacto dos mesmos na criança/adolescente, em sua vivência familiar e escolar, através de 3 versões, a saber: para pais, professores e crianças ou adolescentes. Neste estudo, utilizou-se a versão em português de autoavaliação de crianças e adolescentes, com idade a partir de 11 anos¹⁸.

No Brasil, os estudos de validação do SDQ foram realizados por Fleitlich-Bilyk¹⁹ a partir da validade de critério preditiva, na qual houve comparação entre os resultados obtidos com as 3 versões do SDQ (criança, pai, professor) e uma avaliação psiquiátrica independente. O estudo foi realizado com uma amostra aleatória de crianças identificadas com transtorno psiquiátrico e os resultados do SDQ se relacionaram com os resultados da avaliação psiquiátrica.

O SDQ é um instrumento composto por 25 itens, subdivididos em 5 subescalas que avaliam: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. As 5 subescalas do SDQ possuem 5 itens cada. Os resultados são gerados a partir da pontuação das 5 escalas primeiramente e, em seguida calcula-se o Total de Dificuldades¹⁹.

A pontuação do Total de Dificuldades é gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a de sociabilidade, cujo escore indica capacidades da criança ou do adolescente com relação ao comportamento pró-social. Três são as possibilidades de resultados indicados pelo instrumento para todas as 5 subescalas e para o total de dificuldades:

- “Normal” (tratado neste estudo como saudável): indica que a criança não apresenta dificuldades relativas ao que está sendo avaliado;

- “Limitrofe”: indica que a criança/adolescente já apresenta alguma dificuldade que, se não for devidamente cuidada, pode se agravar e prejudicar seu desenvolvimento;

-“Anormal” (tratado neste estudo como clínico): indica que a criança/adolescente possui dificuldades importantes relativas ao que está sendo avaliado, necessitando de intervenção.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos e Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e seguiu as deliberações referentes à Resolução 196/96.

Uma carta informativa foi apresentada às escolas a fim de esclarecer os objetivos do estudo e solicitar o consentimento por escrito para o recrutamento de participantes e utilização de suas dependências para a coleta de dados.

De posse das autorizações das escolas foi solicitada a autorização dos pais das crianças e adolescentes para a participação no estudo mediante carta convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foram considerados participantes do estudo as crianças e adolescentes cujos pais e/ou cuidadores devolveram o termo de consentimento assinado e o formulário de identificação preenchido.

Coleta dos dados

Os aplicadores, discentes dos cursos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP- USP), foram treinados a fim de conduzirem a coleta de dados de forma padronizada. A coleta ocorreu por autopreenchimento nas escolas de vínculo dos participantes, dentro do horário escolar de acordo com os agendamentos prévios estabelecidos pela coordenação das escolas.

Para responder aos questionários, os participantes usaram canetas ou lápis. Inicialmente, os pesquisadores explicaram aos participantes quais os objetivos dos instrumentos SSA e SDQ, e as instruções de preenchimento foram lidas em voz alta, bem como as opções de resposta. Os participantes foram orientados a incluir seus dados pessoais no local indicado; não conversar com os colegas e a solicitar ajuda do pesquisador, quando necessário. Um exemplo de item e opção de resposta foi dado de forma explicativa.

Análise dos dados

As respostas obtidas por meio do SSA e SDQ consideraram as planilhas de cálculo de cada instrumento. Foram realizadas correlações entre os instrumentos SSA e SDQ, estimadas por coeficientes de correlação de Spearman, sendo considerados os valores de $r < -0,3$. As análises foram realizadas por meio do SPSS versão 17.0

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados segundo classificação do SSA (n=532)

Percepção	Total		Amigos		Família		Professores		Outros	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Muito alta	50	9,4	39	7,3	187	35,2	45	8,5	41	7,7
Alta	68	12,8	87	16,4	81	15,2	59	11,1	104	19,5
Média	272	51,1	302	56,8	151	28,4	302	56,8	260	48,8
Baixa	56	10,5	39	7,3	64	12	47	8,8	58	10,9
Muito baixa	86	16,2	65	12,2	49	9,21	79	14,8	69	12,9

Com relação ao total de apoio percebido, 73,3% dos participantes apontaram uma percepção que variou de média a muito alta. Do total, 50,4% dos participantes apontaram uma percepção alta e muita alta do apoio recebido da família.

Por outro lado, 14,8% dos participantes indicaram uma percepção muito baixa do apoio recebido dos

RESULTADOS

Apoio social

A seguir, apresenta-se na Tabela 2 a distribuição dos participantes com base nas faixas de classificação criadas para a percepção do apoio social.

professores.

Desenvolvimento socioemocional

A seguir, a Tabela 3 apresenta a distribuição dos entrevistados de acordo com as faixas de classificação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados segundo classificação do SDQ (n=532)

Classificação	Saudável	Limítrofe	Clínico
Sintomas emocionais	406(76,3%)	60(11,3%)	66(12,4%)
Problemas de conduta	369(69,4%)	88(16,5%)	75(14,1%)
Hiperatividade	403(75,8%)	70(13,2%)	59(11,1%)
Problemas de relacionamento	364(68,4%)	125(23,5%)	43(8,1%)
Total de dificuldades	360(67,7%)	102(19,2%)	70(13,2%)
Comportamento pró-social	466(87,6%)	34(6,4%)	32(6%)

De acordo com a Tabela 3, o total de dificuldades considerado clínico foi de 13,2%, sendo predominantes os sintomas de problemas de conduta e os sintomas emocionais.

Apoio social e desenvolvimento socioemocional: estudo de correlação

Os participantes responderam à versão brasileira do

SSA, apresentando, assim, escores relativos à percepção do apoio social total, da família, dos amigos, dos professores e de pessoas em geral; e também ao SDQ, com os escores relativos aos sintomas totais de dificuldades, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas, e na escala de capacidades os escores relativos ao comportamento pró-social. A partir dos resultados obtidos nos dois instrumentos foram realizadas análises de correlação (Tabela 4).

Tabela 4 - Relações entre o SSA e o SDQ

SSA		SDQ					Comport. Pró-Social
		Total	Sintomas emocionais	Problemas de conduta	Hiperatividade	Problemas com os colegas	
Total	r ⁽¹⁾	-0,422	-0,230	-0,317	-0,308	-0,326	0,241
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Amigos	r ⁽¹⁾	-0,330	-0,168	-0,175	-0,198	-0,388	0,199
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Família	r ⁽¹⁾	-0,308	-0,209	-0,261	-0,244	-0,147	0,163
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Professores	r ⁽¹⁾	-0,286	-0,114	-0,313	-0,289	-0,083	0,201
	p	0,000	0,008	0,000	0,000	0,055	0,000
Outros	r ⁽¹⁾	-0,376	-0,251	-0,248	-0,238	-0,333	0,169
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

r > 0,400 ou r < -0,400
0,300 < r < 0,400 ou -0,400 < r < -0,300
0,200 < r < 0,300 ou -0,300 < r < -0,200
0,100 < r < 0,200 ou -0,200 < r < -0,100
-0,100 < r < 0,100

Verificam-se na Tabela 4 correlações negativas entre todas as subescalas do SSA e SDQ, exceto na escala de capacidades (comportamento pró-social) do SDQ. Embora todas as relações encontradas sejam significativas, são considerados neste estudo os valores de $r < -0,3$.

Diante disso, verificam-se correlações negativas significativas entre o SSA total e SDQ (total, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas), entre a subescala amigos do SSA e as subescalas do SDQ (total e problemas de relacionamento com os colegas), entre a subescala família do SSA e SDQ (total), subescala professores do SSA e SDQ (problemas de conduta), e a subescala outros do SSA e SDQ (total e problemas de relacionamento com os colegas).

DISCUSSÃO

Em relação à avaliação das fontes de apoio social, os resultados deste estudo apontaram que o suporte da família foi o mais percebido. Para metade dos participantes a percepção dessa fonte de apoio foi classificada como alta e muita alta. Os amigos apareceram como a segunda fonte de apoio mais percebido.

Tais resultados também foram obtidos nos estudos de Antunes e Fontaine¹⁶, que consideram que a

família tem sido vista mais como fonte de apoio do que de conflito, mesmo no período da adolescência. Com relação à percepção do apoio dos amigos, as autoras indicam a importância da socialização para a construção da identidade dos jovens.

Conforme apontam Marturano et al.⁶ e Oliva⁸, a família não perde sua influência à medida que os contatos sociais são ampliados. Para Dessen e Braz²⁰, nas sociedades ocidentais contemporâneas, independentemente da diversidade de tipos de família, ainda prevalece a tendência em manter o compromisso e o apoio social entre os membros de uma família, a fim de fornecer a infraestrutura para o desenvolvimento das crianças e adolescentes.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo e na direção dos apontamentos da literatura^{20,21}, à medida que novas inserções e interações sociais vão acontecendo, o repertório de fontes de apoio para a criança e o adolescente vão se ampliando, porém, os laços afetivos e o senso de pertencimento remetem à principal fonte de apoio, a família. Mesmo com a diminuição dos contatos com a família, os adolescentes encontram a segurança e a regularidade de contatos no contexto familiar. Com os pais, os jovens compartilham experiências, desenvolvem normas e valores para o grupo e assumem novos papéis.

Com relação ao apoio recebido dos professores,

conforme apontam Chagas, Aspesi e Fleith²², o distanciamento entre professores e alunos pode estar relacionado às divergências entre o comportamento de ambos, pois com o aumento da idade, os alunos tendem a ter atitudes de maior independência e autonomia, e, por outro lado, os professores mantêm atitudes controladoras e autoritárias.

Com a passagem para o ensino médio, observa-se a deterioração nas relações entre professor e aluno, pois as relações se tornam mais tensas, distantes e frias, chegando em alguns casos ao enfrentamento⁸. De acordo com Oliva tais situações são negativas, na medida em que os adolescentes poderiam se beneficiar de contatos com os adultos que não somente seus pais, sobretudo para a construção de sua própria identidade com a disponibilidade de novos pontos de vista e de ideias diferentes daquelas que encontram no contexto familiar⁸.

De toda forma, a depender das diferenças na percepção do apoio, entende-se que o professor exerce um papel importante para o desenvolvimento infantojuvenil. Considera-se que essa dimensão possa ser mais explorada e divulgada dentre os atores envolvidos no contexto escolar, de forma a maximizar os aspectos protetivos que podem advir desse ambiente.

No presente estudo, ao avaliar os sintomas de dificuldades nos participantes, verificou-se que 13,2% tiveram índices considerados clínicos. Estudos indicam que aproximadamente de 12,7% a 23,3% do total da população infantojuvenil sofrem com algum transtorno mental no país^{23,24}.

No que diz respeito à predominância de sintomas clínicos, os resultados encontrados neste estudo indicam os problemas de conduta (14,1%), seguido pelos sintomas emocionais (12,4%). A mesma predominância de sintomas foi encontrada nos resultados do estudo de Cury e Golfeto¹⁸, que usaram as versões do SDQ para pais e professores, sendo encontradas frequências combinadas de 9,82% para desordens de conduta e 7,14% para desordens emocionais.

Os estudos de correlação indicaram associações negativas e significativas entre o apoio social e os sintomas de dificuldades, ou seja, a baixa percepção do apoio social foi relacionada com sintomas de dificuldades socioemocionais nos participantes. Tais resultados são semelhantes aos recentes que indicam a relação entre o apoio social e resultados na saúde mental infantojuvenil. Dentre eles, o estudo de Muris et al.²⁵, cujos resultados apontaram associação entre o baixo apoio social e sintomas de depressão em adolescentes; a pesquisa de Stadler et al.²⁶ que a partir do uso da versão alemã do SDQ verificou que altos

níveis de apoio dos pais parecem oferecer proteção contra o desajuste psicológico, especialmente em adolescentes do sexo feminino; no estudo de Rockhill et al.²⁷ os jovens com comorbidade depressiva e sintomas de problemas de conduta apresentaram menor competência social e menor percepção do apoio social; Lee et al.²⁸ examinaram as associações entre apoio social e problemas de saúde mental em adolescentes cujos pais foram infectados pelo HIV/AIDS e verificaram que os adolescentes que relataram mais provedores de apoio tiveram menores níveis de depressão e menos problemas de conduta.

Nessa direção, os estudos indicam que a percepção do apoio social está relacionada a resultados importantes para o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes. Como apresentado nos estudos de Muris et al.²⁵, Stadler et al.²⁶, Rockhill et al.²⁷ e Lee et al.²⁸, a presença do apoio social foi apontada como fator de proteção contra sintomas de psicopatologias, por sua vez, a baixa percepção do apoio social foi indicada como fator de risco. No presente estudo, embora as relações entre o apoio social e os sintomas de dificuldades tivessem apresentado correlações moderadas e fracas, é importante considerar que todas as relações encontradas foram significativas.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo, somado às pesquisas apresentadas, indicam a multiplicidade de variáveis que podem interferir no desenvolvimento infantojuvenil, seja de forma positiva ou negativa. Além disso, as situações estressoras podem exigir mais de crianças e adolescentes, considerando que elas se encontram em pleno processo de maturação cognitiva e de aquisição de novas habilidades. Nessa direção, as dificuldades e os problemas de saúde mental estão relacionados à capacidade de lidar e de responder às demandas do mundo externo, que podem levar a prejuízos no relacionamento familiar, com os amigos e no aprendizado escolar.

Em contrapartida, o apoio social disponível a partir da família, de amigos, de professores e da comunidade como um todo, auxilia a criança e o adolescente a lidar com eventos e desafios que enfrentam nessa fase do desenvolvimento, e que poderão repercutir no período da vida adulta. Sendo assim, considera-se relevante investigar a rede de apoio social na respectiva população, visto os resultados positivos ante a presença do apoio social e os resultados negativos em decorrer da ausência, do baixo apoio ou da ruptura de relações significativas.

REFERÊNCIAS

1. Lacerda A. Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
2. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom* [Internet]. Med. 1976 [acesso em 2012 jun 22]; 38(5): 300-314. Pub Med. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3901065>
<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.abstract>
3. Hutz CS. Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
4. Garcia A. Psicologia da amizade na infância: uma revisão crítica da literatura recente. *Interação em Psicologia*. 2005; 9(2):285-294.
5. Loureiro SR, Sanches, SHB. Crianças com bom desempenho acadêmico: Dificuldades comportamentais e eventos de vida. In: Bandeira M, Del Prette Z.; Del Prette A. Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 69-83.
6. Marturano E, Elias L, Campos M. O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção. In: Marturano EM, Linhares MBM, Loureiro SR. Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP; 2004. p. 251-288.
7. Campolina LO. Tornar-se adolescente: a participação da escola na construção da transição da infância para a adolescência. [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia; 2007.189 f.
8. Oliva A. Desenvolvimento social durante a adolescência. In: Coll C, Marchesi A, Palácios A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre: Artemed; 2004. p. 350-367.
9. Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2000; 16(3): 221-231.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
11. Vitolo YL. *et al.* Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39 (5):716-724.
12. Squassoni CE. Confiabilidade, validade e estudo dos padrões normativos da versão brasileira do SOCIAL SUPPORT APPRAISALS (SSA). [tese]. São Carlos: Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos; [Internet] 2012. [acesso em 2012 dez 21]. Disponível em:http://www.bdtf.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5489
13. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2010 [acesso em 2011 out 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
15. Squassoni CE. Suporte social: adaptação e desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes. [dissertação]. São Carlos: Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos; [Internet] 2009. [acesso em 2012 dez 21]. Disponível em: http://www.bdtf.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2490.
16. Antunes C, Fontaine AM. Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: Adaptação do Social Support Appraisals. *Cadernos de Consulta Psicológica*. [Internet]. 1985. [acesso em 2012 fev. 23]; 10(11): 115-127. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15578/2/245.pdf>.
17. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* [Internet]. 1998 [acesso em 2012 fev 24]; 7(4): 323-335. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/11306434/model-equivalence-cultural-adaptation-hrqol-instruments-universalist-approach>
18. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2003 [acesso em 2012 mai 23]; 25(3): 139-145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000300005&script=sci_arttext
19. Fleitlich-Bilyk BW. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14-year olds in the southeast of Brazil [tese]. Londres: London University, Institute of Psychiatry; 2002.
20. Dessen MA, Braz MP. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: Dessen MA, Costa Júnior, AL. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artemed; 2005. p. 113-131.
21. Palacios J, Hidalgo V. Desenvolvimento da personalidade entre os 2 e os seis anos. In: Coll C, Marchesi A, Palácios A.

Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre: Artemed; 2004. p. 252-267.

22. Chagas JF, Aspesi CC, Fleith DS. A relação entre criminalidade e desenvolvimento: uma visão sistêmica. In: Dessen MA, Costa Júnior AL. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 210-228.

23. Ferrioli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no programa saúde da família. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(2): 251-259.

24. Paula CS, Duarte SC, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo city and estimation of service need and capacity. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007; 29 (1): 11-17.

25. Muris P, Mayer B, Reinders E, Wesenhagen C. Person-

Related Protective and Vulnerability Factors of Psychopathology Symptoms in Non-Clinical Adolescents. Community Ment Health J. 2011; 47(1): 47- 60.

26. Stadler C, Feifel J, Rohrmann S, Vermeiren R, Poustka F. Peer-Victimization and Mental Health Problems in Adolescents: Are Parental and School Support Protective? Child Psychiatry Hum. Dev. 2010; 41(1): 371-386.

27. Rockhill CM, Stoep AV, Mccauley E, Katon WJ. Social Competence and Social Support as Mediators between Comorbid Depressive and Conduct Problems and Functional Outcomes in Middle School Students. J Adolesc. 2009; 32(3):535-553.

28. Lee S, Detels R, Rotheram-Borus, MJ, Duan N. The Effect of Social Support on Mental and Behavioral Outcomes Among Adolescents With Parents With HIV/AIDS. Am J Public Health. 2007; 97(10):1820-26.

Recebido para publicação: 03/10/2013

Aceito para publicação: 14/03/2014