



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A depressão na adolescência: O risco do trauma e a
proteção do *flourishing***

Maria Eduarda Cruzeiro Nabais (mariaedcn@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Intervenções
Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde
sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Viegas Pinto
Gouveia

A depressão na adolescência: o risco do trauma e a proteção do *flourishing*

O estudo da Perturbação depressiva *Major* continua a assumir um papel de destaque na investigação. Durante a adolescência, esta evidencia-se como uma das perturbações psicológicas mais comuns. Emerge assim a necessidade de estudar esta psicopatologia nesta faixa etária. Seguindo esta contextualização, surge a seguinte dissertação, de modo a compreender um pouco do funcionamento do desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Avaliaram-se as variáveis trauma, *flourishing* e sintomatologia depressiva em dois momentos distintos (T1 e T2), com um intervalo de um ano. Pretende-se analisar as diferenças de género nas variáveis em estudo (trauma, *flourishing* e sintomatologia depressiva); identificar a existência da ligação entre as dificuldades escolares com o trauma e a sintomatologia depressiva; analisar a relação entre as variáveis.

A amostra é constituída por 117 sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. O trauma (mais especificamente o abuso e a negligência) é avaliado pelo *Childhood Trauma Questionnaire*. O *flourishing* é avaliado através do *Mental Health Continuum- Short Form*. E finalmente a sintomatologia depressiva é avaliada pelo *Children's Depression Inventory*.

Os resultados encontrados revelam diferenças de género no trauma (T1) e no *flourishing* (T2). Relativamente às dificuldades escolares, os dados não são conclusivos para o trauma e para a sintomatologia depressiva. No género feminino evidencia-se uma associação positiva entre o trauma (T1) e a sintomatologia depressiva (T2). Verifica-se ainda no género feminino uma associação negativa entre o *flourishing* (T1) e a sintomatologia depressiva (T2). Existe também associação, quando se considera a sintomatologia depressiva em T1 e o *flourishing* em T2. Os resultados mostram o *flourishing* (T1) como moderador (T1) na relação entre o trauma e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (T2), para o género feminino.

A compreensão da depressão permite auxiliar numa possível prevenção do desenvolvimento da sintomatologia depressiva e na promoção de saúde mental que emerge actualmente.

Palavras-chave: adolescência, trauma, *flourishing*, sintomatologia depressiva.

Depression in Adolescence: The risk of trauma and the protection of *flourishing*

The study of *Major* depressive disorders continues to take a leading role in research. In adolescence it has been found to be a common psychological disorder. Thus the need to study this psychopathology in this age group has emerged. This dissertation was written in this context, so that the development of depressive symptoms can be more easily understood. The variables trauma, *flourishing* and depressive symptoms at different moments (T1 and T2), within a year have been assessed. We intend to analyze gender differences in the variables under study (trauma, *flourishing* and depressive symptoms), identify the existence of a connection between learning disabilities with the trauma and depressive symptoms and analyze the relationship between variables.

The sample comprised 117 subjects, aged between 13 and 15 years old. Abuse and neglect are assessed by the *Childhood Trauma Questionnaire*. *Flourishing* is assessed by the *Mental Health Continuum-Short Form*. Finally the depressive symptoms are assessed by the *Children's Depression Inventory*.

Findings show gender differences in trauma (T1) and *flourishing* (T2). Regarding learning disabilities, data are not conclusive for trauma and depressive symptoms. In female adolescents a positive association between trauma (T1) and depressive symptoms (T2) was evident. For female adolescents, negative association between the *flourishing* (T1) and depressive symptoms (T2) has been found. There is association, when we consider depressive symptoms at T1 and *flourishing* at T2. Findings show *flourishing* (T1) as a moderator in the relationship between trauma (T1) and the development of depressive symptoms (T2) for females.

Understanding depression allows the help to prevent the development of depressive symptoms or the current promotion of mental health.

Key Words: adolescence, trauma, *flourishing*, depressive symptoms.

Agradecimentos

Aos meus pais por serem uma fonte de ensinamento e de suporte ao longo de toda a minha vida.

Às minhas duas irmãs pela presença, disponibilidade e pelas palavras de confiança.

Ao resto da minha família que demonstrou o seu apoio nas fases mais controversas.

À Marina e à Joana pela amizade, carinho e companheirismo.

À Renata, companheira de luta, pelos momentos de trabalho, encorajamento e de descontração.

A todos os meus amigos que demonstraram preocupação e apoio durante este projecto.

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia pela sabedoria transmitida, por ser um modelo de profissionalismo e rigor.

À Professora Doutora Ana Paula Matos pela orientação e aprendizagens proporcionadas.

À Doutora Sónia pela ajuda dada.

Aos directores, professores, alunos e encarregados de educação que foram fulcrais para a investigação.

O meu muito obrigado!

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 7 |
| I – Enquadramento conceptual | 9 |
| 1.1. Depressão | 9 |
| 1.2. Trauma | 12 |
| 1.3. <i>Flourishing</i> | 15 |
| II – Objectivos | 19 |
| III – Metodologia | 20 |
| 3.1. Descrição da amostra | 20 |
| 3.2. Descrição dos instrumentos | 21 |
| 3.2.1. <i>Children’s Depression Inventory</i> | 21 |
| 3.2.2. <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> | 23 |
| 3.2.3. <i>Mental Health Continuum-Short Form</i> | 23 |
| 3.3. Procedimento | 24 |
| IV – Resultados | 25 |
| 4.1. Estudo 1: Análise das diferenças de género nas variáveis em estudo | 25 |
| 4.1.1. CDI (Sintomatologia depressiva) e diferenças de género | 25 |
| 4.1.2. MHC-SF (<i>flourishing</i>) e diferenças de género | 26 |
| 4.1.3. CTQ (trauma) e diferenças de género | 27 |
| 4.2. Estudo 2: Relação do trauma e da sintomatologia depressiva com as dificuldades escolares | 28 |
| 4.2.1. Relação entre trauma e reprovações | 28 |
| 4.2.2. Relação entre trauma e rendimento escolar | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.2.3. Relação entre sintomatologia depressiva e reprovações | 29 |
| 4.2.4. Relação entre sintomatologia depressiva e rendimento escolar | 30 |
| 4.3. Estudo 3: Estudo da relação entre o <i>flourishing</i> e o trauma em T1 com a sintomatologia depressiva em T2. | 30 |
| 4.3.1. Relação entre a variável trauma em T1 e a sintomatologia depressiva em T2 no género masculino e no género feminino | 30 |
| 4.3.2. Relação entre o <i>flourishing</i> em T1 e a sintomatologia depressiva em T2 no género masculino e no género feminino | 33 |
| 4.3.3. Qual o melhor preditor da depressão: trauma ou <i>flourishing</i> ? | 35 |
| 4.4. Estudo 4: A relação da sintomatologia depressiva em T1 com o <i>flourishing</i> em T2 no género masculino e no género feminino | 36 |
| 5. Estudo 5: O papel da variável <i>flourishing</i> como moderadora da relação entre a variável trauma e a sintomatologia depressiva | 38 |
| V – Discussão | 39 |
| VI – Conclusão | 47 |
| VII – Bibliografia | 49 |
| VIII – Anexos | 53 |

Introdução

A adolescência é considerada como um período de desenvolvimento, marcado por uma enorme quantidade e qualidade de processos inter, intra-psíquicos e relacionais, cuja natureza é bastante complexa mas também dinâmica. Sendo, portanto, um processo transformacional. Estas transformações podem observar-se, de diversas formas: tamanho do corpo, forma do corpo, caracteres sexuais primários e secundários. Mas para além destas, há mudanças noutras áreas como no plano cognitivo, no plano moral, no plano sócio-afectivo e também na construção da identidade. (Taborda, 2002). Ao focarmo-nos um pouco sobre o plano cognitivo percebemos que é na fase da adolescência que o indivíduo é capaz de pensamentos idealistas e de raciocínio abstracto. Segundo Piaget, é nesta fase (início por volta dos 12 anos) que o desenvolvimento cognitivo se encontra no nível das operações formais, tendo capacidade para um pensamento mais abstracto, dando novas possibilidades para manipular e/ou operar sobre a informação (Papalia, Olds & Feldman 2001).

É importante não esquecer que todas estas mudanças, pelas quais os adolescentes passam, nem sempre estão livres de imprevistos. Alguns estudos longitudinais, que têm como alvo camadas mais jovens e estudos retrospectivos em adultos têm identificado o meio da adolescência como um momento de grandes probabilidades de desenvolvimento da Perturbação depressiva *Major* (Arnarson & Craighead, 2009), sendo também, uma altura essencial para delinear factores de protecção para jovens em risco (Corby, 1994; Essau, 2006; Cook, Peterson, & Sheldon, 2009; Rao & Chen, 2009).

A Depressão, como qualquer psicopatologia, leva a um mal-estar significativo e a disfuncionalidades para o indivíduo. No entanto, ao ocorrer numa fase precoce de desenvolvimento, como a adolescência, pode acarretar consequências graves e comprometer o desenvolvimento pleno do indivíduo. A depressão, enquanto quadro clínico de uma perturbação psiquiátrica, nem sempre foi reconhecida nos adolescentes. Hoje sabe-se que as perturbações de humor (perturbação depressiva *Major* e perturbação distímica), são das mais prevalentes na fase da adolescência. A ocorrência da depressão na adolescência contribui para a recorrência de episódios depressivos *Major* ao longo da vida, que podem ser acompanhados por outras perturbações psiquiátricas (*e.g.* Abuso de substâncias, Perturbações de Ansiedade, Perturbações do Comportamento) e por disfuncionalidades significativas, a vários níveis, tais como o social, o familiar e o académico, que acabam por vulnerabilizar o jovem e desta mesma forma comprometer o seu futuro (Arnarson & Craighead, 2009; Rao & Chen, 2009).

Os antecedentes, consequentes e factores de manutenção da depressão na infância e na adolescência continuam a ser alvo de estudos. Devido à gravidade desta forma de psicopatologia e às implicações que traz este é um tema de muito interesse na investigação das últimas décadas. Sabe-se que a Perturbação depressiva durante estes anos de desenvolvimento não só compromete o bem-estar, mas também acaba por minar o desenvolvimento normal da criança e do adolescente. As descobertas dos estudos longitudinais que têm seguido jovens deprimidos até à idade adulta têm

documentado um grau substancial de continuidade e severidade de um funcionamento enfraquecido e prejudicado em múltiplos domínios (Essau, 2006; Reinherz, Tanner, Beardslee, Szigethy & Bond, 2006).

Globalmente, a depressão em 1966 foi classificada entre as 5 principais causas de incapacidade e mortalidade prematura, e neste momento é projectada para se tornar a segunda principal causa em 2020 (Murray & Lopez, 1996 cit in. Keyes, 2003). A depressão custa biliões a cada ano, com as faltas ao trabalho, diminuição da produtividade e os custos de cuidados de saúde, contando com pelo menos um terço de suicídios (Rebllon, Brown, and Keys 2001; U.S. Department of Health and Human Services 1998 cit in Keyes, 2002).

Devido aos vários motivos apresentados o tratamento e a prevenção da doença mental, particularmente da Perturbação depressiva *Major*, são questões prementes que enfrentam muitos países. Contudo, as buscas sumarizadas sugerem que a promoção de saúde mental é o objectivo ideal para o tratamento. Neste sentido é relevante perceber algumas variáveis que estão relacionadas com o desenvolvimento da Depressão, mas também as variáveis que tornam os indivíduos mais resilientes ao desenvolvimento desta psicopatologia. Desta forma esta dissertação de mestrado debruça-se sobre duas variáveis que parecem influenciar a depressão de maneiras distintas: o trauma e o *flourishing*.

A variável trauma é seleccionada, tendo em conta o facto de ser uma variável que pode contribuir para o desenvolvimento da Perturbação depressiva *Major*, sendo portanto uma variável considerada de risco. Existe um corpo de estudos firmemente estabelecidos que demonstram que o maltrato e as adversidades na infância estão associados com elevados níveis de Depressão (Hankin, 2005). Este suporte vem de estudos retrospectivos com adultos que experienciaram abusos enquanto crianças, reportando esses episódios durante a sua Depressão (Hankin, 2005). É importante relembrar que o trauma continua a ser um conceito no qual os investigadores têm mostrado bastante interesse, e que pode tomar várias dimensões, consoante a definição estabelecida pelos diferentes autores.

O *flourishing* é uma variável escolhida devido ao foco que na actualidade incide no estudo e na promoção da saúde mental, sendo que para isto poder ser alcançado destaca-se a importância de mais psicologia positiva. É relevante compreender esta variável, se está relacionada com a depressão e de que modo se relaciona. Isto porque o funcionamento humano positivo é talvez mais notável quando existe em contextos de vida de mudança ou de adversidades e também porque o bem-estar subjectivo tem vindo a demonstrar ser uma faceta fundamental na qualidade de vida. A qualidade de vida dos indivíduos pode ser avaliada externamente e objectivamente ou internamente e subjectivamente (Keys, 2006). Especificamente, *flourishing* é definido como um estado de saúde mental em que as pessoas estão livres de perturbações mentais como a perturbação depressiva *Major* e preenchem altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social (Keys, 2006). É pertinente referir que estudos demonstram que uma percepção mais positiva do Bem-estar subjectivo

promove comportamentos mais adaptativos e saudáveis (Gaspar, Matos, Ribeiro e Leal, 2006)

I – Enquadramento conceptual

1.1. Depressão

A Perturbação depressiva *Major* afecta 16% da população geral e é uma das dez causas principais da morte prematura e incapacidades nos EUA (McKenna et al., 2005 cit in Wingo 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pensa-se que 121 milhões de pessoas, durante a sua vida, em algum momento possam sofrer de episódios depressivos, sendo que de momento a Depressão ocupa o segundo lugar das doenças mentais mais prevalentes na clínica médica mundial (Moniz, 2007). Referente a Portugal, estima-se que, por ano, mais de 100 mil pessoas possam sofrer de Depressão *Major* (Moniz, 2007). Relativamente a dados de prevalência na população geral, para a faixa etária dos adultos encontra-se uma média deste quadro clínico, de 3% nos homens e de 6% nas mulheres (Moniz, 2007). Devido à sua elevada prevalência mundial, pela invalidação que acarreta a vários níveis (tais como, pessoais, laborais, sociais, familiares) e pelo sofrimento que causa aos indivíduos, é uma das patologias psiquiátricas que muito interesse desperta nos investigadores.

Durante algum tempo achou-se que a Perturbação depressiva *Major* não existia durante a infância, e aceitava-se que fenomenologicamente fosse similar tanto nos adolescentes como nos adultos (Duggal, Carlson, Sroufe & Egeland, 2001). Posteriormente, no início da segunda metade do século XX, tendo em conta o desenvolvimento da investigação à volta desta temática da perturbação depressiva *Major*, tornou-se claro a possibilidade de desenvolvimento e existência de depressão na infância e adolescência (Rudolph, Hammen & Daley, 2006; Rao & Chen, 2009). Contudo, é preciso mencionar que foram levantadas algumas controvérsias. Isto porque algumas das teorias do desenvolvimento referem que os sintomas presentes no diagnóstico de Perturbação depressiva *Major* (e.g. tristeza, irritabilidade, baixa auto-estima, isolamento social) são considerados como constituintes habituais desta fase do ciclo de vida, sendo desta mesma forma reacções normativas e não disfuncionais (Rudolph et al., 2006; Rao & Chen, 2009).

Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência da depressão *Major* nos adolescentes é de 3 a 9 % (Dunn & Weintraub, 2008). Outros estudos indicam que entre 5% e 15% dos adolescentes mostram perturbação depressiva moderada a severa (Brooks-Gunn & Petersen, 1991 cit in Duggal e tal., 2001).

É do conhecimento público o aumento da depressão nas camadas mais jovens e as sérias consequências que esta pode trazer (Merikangas & Knight, 2009).

Ao abordar um pouco mais a adolescência, esta é identificada como uma fase do ciclo de vida que traz consigo diversas mudanças, tanto a um nível físico (e.g. mudanças pubertárias), como social (e.g. mudanças de papéis sociais na família e no grupo de pares), como cognitivo (e.g. a auto-avaliação é realizada com base na comparação social; o auto-conceito é

construído com base em características e atributos estáveis ou abstractos e não em comportamentos instáveis e superficiais; possuem um maior sentido de responsabilidade) e emocional (*e.g.* amor romântico) (Abela & Hankin, 2006; Rudolph, et al., 2006; Rao & Chen, 2009). Estas mudanças, estão inerentes ao desenvolvimento cognitivo e comportamental que caracteriza esta fase. Porém, as diversas transformações na vida do jovem, exigem uma adaptação e aprendizagem aos novos contextos que lhe são apresentados, que se não acontecer de uma forma adequada pode contribuir para o surgimento de algumas vulnerabilidades que conseqüentemente podem conduzir ao surgimento de perturbações (Abela & Hankin, 2006; Rudolph, et al., 2006; Rao & Chen, 2009). Contudo, também é de lembrar que a maioria dos adolescentes atravessa esta fase com algum desembaraço e sem inconveniente (Alloy, Zhu & Abramson 2003).

Relativamente às prevalências consoante o género de pertença, enquanto o rácio de depressão entre raparigas e rapazes na infância é similar, com a possibilidade de uma fraca preponderância para os rapazes (Merikangas & Knight, 2009). Na adolescência o padrão altera-se, ocorrendo duas vezes mais nas raparigas tal como na distribuição dos géneros nos adultos (Leval, 1999; Martins & Coelho, 2000). Este achado de maior ocorrência da depressão no género feminino, segundo Rudolph et al., (2006), pode ser explicado pelo facto das raparigas valorizarem mais a proximidade e a intimidade com as amigas, têm relações de amizade mais conturbadas, vivem os conflitos mais intensamente e têm formas de lidar com os mesmos, distintas dos rapazes, o que as vulnerabiliza mais para esta perturbação. Outra alternativa para explicar esta conclusão refere-se à interacção entre a maturação que ocorre na puberdade, os mecanismos hormonais e sociais, o *background* genético, os acontecimentos de vida, a vinculação e o *coping* (Haarasilta, 2003; Reinherz et al., 2006).

A Perturbação depressiva *Major* é tipicamente uma perturbação de internalização, o que pode dificultar a identificação desta tanto nas crianças como nos adolescentes. Apesar de ser um problema significativo nestas idades, muitas vezes, não existe qualquer tipo de intervenção devido a esta natureza encoberta do próprio problema.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, apresenta os critérios de diagnóstico para um episódio depressivo *Major* e alguns sintomas associados, há algumas observações relativamente às crianças e aos adolescentes (substituição de “humor depressivo” por “irritabilidade”; e “significativa perda ou ganho de peso” para “fracasso em alcançar os ganhos esperados relativamente ao peso”) (Essau & Ollendick, 2009). No entanto, é importante lembrar que estes critérios estão mais direccionados para os adultos. É relevante ter em conta algumas diferenças, já que teoricamente se identificam diferentes fases no desenvolvimento do indivíduo. Desta forma, considerando o contributo de diversos autores, nos jovens com perturbação depressiva *Major* existem alguns sintomas que são apontados como sendo mais característicos desta faixa etária. Especificamente reacção de isolamento social, irritabilidade, lentidão/agitação psicomotora e aparência triste, ideação suicida e tentativas

de suicídio, insatisfação com a imagem corporal (em especial nas raparigas), sentimentos de culpa, desesperança e desânimo, a hipersónia, as dificuldades de concentração, a reactividade à rejeição, a letargia e o aumento do apetite (especialmente de consumo de hidratos de carbono) (Bahls, 2002; Rudolph et al., 2006; Cook et al., 2009). Tal como foi mencionado anteriormente, existem diferenças de prevalência na perturbação entre o género masculino e o feminino. Adicionalmente, também nos sintomas apresentados há diferenças. No género masculino, encontra-se mais facilmente sentimentos de desprezo e estes revelam mais problemas de comportamento (e.g. faltar às aulas, fugir de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias) (Bahls, 2002). No género feminino, os sintomas manifestam-se com uma maior severidade e são de um carácter mais subjectivo (e.g. tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade) (Reinherz et al., 2006).

Referentemente às consequências desta perturbação, para além das consequências a longo prazo que já foram referidas, como a perpetuação de episódios depressivos na vida adulta e das inúmeras dificuldades nas diferentes áreas de vida, também são descritas na literatura outras sequelas. Acrescenta-se que os adolescentes com Perturbação depressiva *Major*, habitualmente têm interferências no rendimento escolar, há um maior isolamento dos pares, sentimentos de desesperança, motivação reduzida, abuso de substâncias, gravidez na adolescência e até mesmo o suicídio (Dunn & Weintraub, 2008).

O modelo que surge na base da teoria cognitiva da depressão é o modelo do processamento da informação de Aaron Beck. Este modelo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

A tríade cognitiva envolve uma visão negativa da pessoa perante si próprio (vê-se como alguém defeituoso, doente, sem valor e desadequado), o seu futuro (antecipa as dificuldades, achando que o sofrimento nunca acabará e que o provável é falhar) e as suas experiências (interpreta as experiências como negativas e vê o mundo como algo que lhe faz exigências desmedidas ou que o presenteia com obstáculos) (Beck et al., 1979). O conceito “esquema” designa um padrão cognitivo estável, isto é, os esquemas cognitivos são estruturas mentais através das quais o indivíduo analisa, codifica e avalia os estímulos do meio ambiente (Williams, Mathews, Watts & Macleod 2000). Um esquema pode estar inactivo por longos períodos de tempo e ser activado com determinados estímulos específicos (Beck et al., 1979). Estes esquemas originam interpretações estáveis e coerentes, da experiência do indivíduo, sendo por isso muitas vezes difícil invocar esquemas mais apropriados, mantendo assim a validade das crenças. Por sua vez, os erros cognitivos referem-se aos pensamentos automáticos negativos que representam um processamento da informação invésada (Williams et al., 2000). Alguns dos erros cognitivos que podem acontecer são: inferência arbitrária, atenção selectiva, generalização, minimização/maximização, personalização e pensamento dicotómico (Beck et al., 1979).

Assim sendo, este modelo propõe que experiências precoces prevêm a base para a formação de conceitos negativos (que podem estar latentes, mas serem activados a qualquer momento) (Beck et al., 1979), traduzindo-se pela suposição de que a forma como o indivíduo interpreta um acontecimento determina o modo como lhe vai responder.

1.2. Trauma

Ao longo dos tempos a importância que a criança tinha para e na sociedade foi-se alterando a vários níveis. A preocupação com o perigo a que as crianças podiam estar expostas foi uma das mudanças que ocorreu. Mais concretamente, quando nos reportamos ao conceito trauma percebe-se que este é muito recente na nossa sociedade, pois as crianças passaram para um estatuto de preciosidade que outrora era quimérico. É notório que de experiências traumáticas possam advir formação de conceitos negativos que propiciará ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

O trauma não tem uma definição fácil, pois diferentes acontecimentos podem ser considerados eventos traumáticos. Sendo por este mesmo motivo um fenómeno considerado complexo e multifacetado. Exemplos de algumas vivências que acontecem na infância, e que podem ser consideradas como eventos traumáticos são atitudes violentas para com a criança que podem ter um carácter passivo, como a negligência e o abandono, ou um carácter activo, como o abuso físico e o abuso sexual (Alberto, 2006). Alberto (2006), refere também o maltrato psicológico, que podendo ser praticado isoladamente, habitualmente está associado a todos os outros tipos de maus-tratos. Para além destas definições Bernstein & Fink (2003), consideram que existem cinco tipos diferentes de abuso infantil, designando-os como: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. Este conjunto de maus-tratos é uma realidade, considerado portanto, uma forma de violência, por vezes difícil de definir, devido a algumas limitações como as diferenças socio-culturais, e as próprias idiossincrasias de valores que cada indivíduo possui (Alberto, 2006). O código penal português (Artº 152º-A) considera que para haver o crime de maus-tratos a menores, tem de haver prática reiterada ou não de maus tratos físicos ou psíquicos, tais como castigo corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais. Se tivermos em conta, a definição da OMS (2002), encontra-se uma visão mais abrangente, onde se define abusos ou maus-tratos às crianças, como todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos actuais ou potenciais para a saúde e desenvolvimento do sujeito (Fernandes, 2012). Contudo, é relevante relembrar que consoante os diferentes autores, varia o que é considerado, ou não, mau-trato para com a criança.

Especificamente, a negligência, é um dos maus-tratos mais frequentes, que envolve uma ausência de relação (quer positiva, quer negativa) entre cuidadores e crianças ou em que há uma lacuna repetida de respostas a certas necessidades, tais como as educacionais, as alimentares, as higiénicas, as afectivas e as sanitárias (Clark & Clark, 1989 cit in Alberto, 2006). Ao

considerar as definições propostas de Bernstein & Fink (2003), há uma divisão entre dois tipos de negligência. Segundo os autores existe a negligência emocional, que consiste numa forma de abuso em que os cuidadores não respondem às necessidades psicológicas e emocionais da criança (não revelam amor, afecto, apoio, sentimento de pertença). A negligência física, direcciona-se para uma lacuna na satisfação das necessidades físicas básicas da criança (alimentação, habitação, segurança) (Bernstein et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004). O abandono da criança é considerado uma vivência extrema da negligência (Alberto, 2006).

O abuso físico pode incluir diversas acções como tortura, queimaduras, pontapés, bater com a cabeça da criança em algum local duro, bater com chicotes, cintos, correntes de animais, ou recurso a objectos cortantes (Alberto, 2006). Também Bernstein & Fink (2003) caracterizam o abuso físico como quando o adulto exerce qualquer tipo de agressão física que resulta em ferimentos ou lesões na criança.

O abuso sexual, tem tomado significados genéricos que cobrem uma vasta gama de actividades desde acontecimentos menores até acontecimentos violentamente patológicos (Turton, 2008). Este contínuo pode ser útil na forma de considerar as ofensas sexuais. Todavia é importante lembrar que o abuso sexual na infância é algo que necessita de ser desmesticado e desconstruído. Bernstein & Fink (2003), definem este tipo de abuso quando entre uma criança e um adulto se encontra presente a indução ou pressão para algum tipo de contacto ou comportamento sexual.

Referente à definição do abuso emocional, resume-se, segundo Bernstein & Fink (2003), a um conjunto de insultos verbais humilhantes, depreciativos ou ameaçadores que o adulto dirige à criança.

Alguns autores como Perry, Colwell & Schick (2002), destacam a negligência como um padrão crónico e inadequado que se mantém de uma forma exacerbada comparativamente a maus-tratos como o abuso sexual ou físico que podem ser eventos singulares sem grandes repercursões.

O mau-trato pode originar consequências negativas, posteriormente ao abuso, contudo há alguns factores que medeiam as consequências que podem advir dos maus-tratos. Designadamente, a idade do indivíduo vulnerável aos abusos, parece ser um factor a ter em conta, tal como a duração e frequência dos abusos praticados (Corby, 1994). A relação existente entre o sujeito abusado e o abusador, o tipo de abuso e as possíveis reacções de outras pessoas significativas ao abuso são mais alguns factores que fazem variar as consequências do abuso exercido à criança ou adolescente (Corby, 1994). Relativamente aos factores abordados anteriormente a literatura vem elucidar-nos que quanto maior a proximidade relacional entre a vítima e o abusador, quanto maior for a gravidade do abuso e maior a sua duração, mais acentuada será a relação entre os abusos e a possibilidade de desenvolvimento de psicopatologia, mais especificamente da depressão (Corby, 1994). Por este mesmo motivo reclama-se a relevância de abordar este tema já que este tipo de acontecimentos, com a intencionalidade ou não do agressor, pode contribuir para a modificação da percepção que os indivíduos criam do mundo, de si próprios e dos outros, o

que parece afectar consideravelmente o desenvolvimento dos indivíduos em diferentes níveis, tais como o emocional, cognitivo, comportamental e fisiológico (Van der Kolk, 1996 cit in Couto & Maia, 2009).

O abuso infantil acarreta várias consequências para o sujeito abusado, sendo possível englobar o facto de comprometer o desenvolvimento apropriado, de competências essenciais para um funcionamento adaptativo, como por exemplo, o sentido de identidade, o auto-conceito e as estratégias de regulação emocional (Alloy et al., 2003). O que acaba de ser enunciado anteriormente poderá vulnerabilizar o adolescente para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Alloy et al., 2003; Rudolph et al., 2006; Rao & Chen, 2009).

Em termos cognitivos, a atenção é um dos parâmetros prejudicados, sendo que se reflecte em dificuldades escolares e de aprendizagem (Alberto, 2006; Corby, 1994). Há também as atribuições de culpa que o sujeito abusado cria como possíveis respostas para o abuso praticado, verificando-se desta forma a existência de níveis elevados de humor depressivo e de desesperança (Alloy et al., 2003). Durante as suas vivências também se encontram dificuldades no relacionamento com as outras pessoas. Diferentes autores encontram possíveis causas para as dificuldades desta ordem. Mueller & Silverman (1991) afirmam que estas dificuldades podem derivar das expectativas negativas que o sujeito que sofreu de abusos criou relativamente aos outros, pois pensa que se vão aproveitar delas ou que as vão prejudicar. Ou ainda pode dever-se ao auto-conceito criado em que o sujeito não se sente merecedor de atenção positiva (Mueller & Silverman, 1991). Há também autores que sugerem que as dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais estão relacionadas com o facto dos sujeitos que sofreram abusos não conseguem autonomizar-se, tendo dificuldade em identificar a sua própria identidade e acabando por desenvolver um sentimento de vazio (Corby, 1994; Mueller & Silverman, 1991). Estas dificuldades apresentadas podem predispor mais facilmente o sujeito a sintomatologia depressiva. Pois tal como Corby (1994) afirma, a ausência de relações interpessoais positivas é uma consequência para os efeitos nocivos do abuso.

A investigação realizada nas últimas décadas tem demonstrado a existência de uma associação clara entre a exposição a acontecimentos traumáticos e o consequente desenvolvimento de sintomas psicológicos clinicamente significativos e o precipitar ou exacerbar de uma série de condições psiquiátricas, tais como a Perturbação Pós-*stress* traumático, a Perturbação depressiva *Major*, distímia, as Perturbações de Ansiedade, nomeadamente fobia simples e fobia social, Perturbações relacionadas com substâncias e Perturbações da Personalidade (Duggal et al, 2001). Adicionalmente, a exposição prévia a outras situações de trauma, sobretudo na infância, pode aumentar o impacto de traumas futuros (Duggal et al, 2001). Os abusos sexuais, os abusos físicos e indisponibilidade de cuidados psicológicos na infância estão fortemente relacionados com psicopatologia na adolescência (Duggal et al, 2001). Corby (1994), refere que os abusos como consequência a longo-prazo podem levar a uma maior cronicidade das

doenças psiquiátricas, nomeadamente da Depressão. Também pode conduzir a Perturbações do comportamento sexual (quando o abuso é sexual), alimentar e Perturbações da Personalidade (Corby, 1994). A respeito da Depressão, 64% das crianças abusadas na pré-escola são diagnosticadas com perturbações depressiva aos 17 anos (Duggal et al, 2001). Pereira (2012), vem também demonstrar no seu estudo que o abuso infantil é um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência. Mais concretamente, alguns autores referem que a componente principal do abuso que representa maior risco para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva é a componente emocional (Alloy et al., 2003).

Como já foi mencionado anteriormente há um corpo de estudos que parece demonstrar uma ligação entre o trauma durante a infância e a adolescência com os elevados níveis de depressão, identificando alguns tipos de abuso em concreto como mais relevantes para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Para além disto, é perceptível que as consequências dos abusos fazem-se sentir em diferentes áreas do funcionamento, tais como o social, o cognitivo, o comportamental e o emocional. Tornando desta forma o indivíduo mais propenso a desenvolver sintomatologia depressiva. É identificado, adicionalmente aos estudos que referenciam esta ligação entre trauma e depressão, o facto dos modelos da psicopatologia desenvolvimental convergirem com os resultados destas investigações na medida em que afirmam que a exposição a acontecimentos negativos, em idade precoce, é um factor de risco para o desenvolvimento de estilos cognitivos negativos que estão associados a sintomatologia depressiva (Alloy et al., 2003; Rudolph et al., 2006; Rao & Chen, 2009).

1.3. *Flourishing*

O interesse acentuado pelas emoções positivas, pela qualidade de vida e pela saúde mental, data da década de 70 (Seligman, Schulman, DeRubeis & Hollon, 1999). Por isso a tónica relativamente à saúde e ao tratamento tem deixado de estar tão focalizada no tratamento e tem passado a estar na promoção de factores que protejam o indivíduo, de forma a prevenir problemas futuros e a ter ferramentas que ajudem na confrontação com momentos de adversidade para o indivíduo. Dentro desta conceptualização passa-se a abordar a próxima variável que pode ter um papel protector no desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

A sociedade em geral começa a ter um crescente interesse na qualidade que os indivíduos podem usufruir com o estilo de vida que levam. Concomitantemente também se revela a preocupação sobre o que se deve mudar, para aumentar a qualidade de vida. Sendo, portanto, um tema muito abordado na actualidade. Contudo, apesar da rápida ascensão desta área, há muitas dificuldades de natureza teórica, incluindo na operacionalização dos conceitos. Não existe uma definição de qualidade de vida universalmente aceite, pelo contrário, existe uma grande diversidade nas definições apresentadas (Santos, 2006). A própria OMS na definição de qualidade de vida que apresenta, demonstra a complexidade do conceito, definindo-a como “*a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto*

da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28).

A qualidade de vida é considerada um construto multidimensional e que necessita de uma associação com uma perspectiva desenvolvimental (tanto em termos de definição, como de avaliação deste construto), pois incorpora componentes objectivas e subjectivas (Santos, 2006). Quando abordamos a forma de avaliar a qualidade de vida dos sujeitos são encontradas duas maneiras distintas de fazê-lo: objectiva e subjectivamente. Tendo em conta um ponto de vista objectivo, as pessoas medem e julgam a vida dos outros de acordo com certos critérios, por exemplo, a riqueza, a realização educacional, o prestígio ocupacional e o estado de saúde ou a longevidade (Keyes, 2006). Por outro lado existe o ponto de vista subjectivo, considerado uma importante alternativa da aproximação objectiva da medida do bem-estar individual. Perante isto, o bem-estar subjectivo é uma avaliação ou declaração do que os indivíduos acham sobre a qualidade das suas vidas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Keys 2006).

Relativamente ao que pode ser considerado como qualidade de vida para as crianças e para os adolescentes mais concretamente, Wallander (2001), refere a necessidade de se combinar o bem-estar subjectivo e o objectivo, nos diversos domínios de vida, tendo em consideração o tempo histórico e a cultura em que os sujeitos se inserem (Santos, 2006). Ao ter em conta, o que é referido por Wallander (2001) é perceptível, mais uma vez, a visão holística que é imprescindível para compreender na globalidade o que o construto qualidade de vida implica. Isto é, para os adolescentes elaborarem a sua noção de qualidade de vida, têm que envolver nesta análise tanto uma abordagem transcultural (que envolvem características sociais e culturais), como uma abordagem das variáveis intra-pessoais (que compreendem a satisfação com a vida, os afectos positivos e os afectos negativos) (Gaspar et al., 2006).

Associadas à qualidade de vida e à combinação de bem-estar subjectivo e objectivo, estão algumas dimensões, como a física, psicológica e social, que por sua vez, estão intimamente relacionadas com o conceito de saúde (Wallander, 2001 cit in Santos, 2006). Mais concretamente, relativamente ao conceito de saúde mental, este foi considerado como “estado de bom funcionamento mental que permite obter bons níveis de produtividade, estabelecer boas relações interpessoais e facilita a capacidade de adaptação perante adversidade ou mudanças” (E.U. Public Health Service, 1999, p4 cit in Keyes, 2002).

É neste contexto que surge a necessidade de direccionar a atenção para um novo conceito, designado como *flourishing*. *Flourishing* significa saúde mental e a saúde mental pode ser operacionalizada através dos sintomas de bem-estar subjectivo (Keyes, 2003). Não só os indivíduos com *flourishing* são livres de doenças mentais, como também têm vitalidade emocional e funcionam positivamente nos campos privados e sociais da sua vida, vivendo verdadeiramente em vez de meramente existirem (Keyes, 2003). As concepções de *flourishing* articulam a natureza das forças

humanas e o bem-estar e assim fornecem formulações do que significa prosperar na mudança (Keyes, 2003). Existe ainda o conceito de *languishing*, este é definido por Keyes (2006) como um estado de vazio em que os indivíduos são desprovidos do bem-estar emocional, psicológico e social, mas não têm necessariamente que estar mentalmente doentes. Considerando que *flourishing* e *languishing* fazem parte do mesmo contínuo, podem ser considerados como opostos um do outro (Keyes, 2003).

Os indivíduos são mentalmente saudáveis quando eles gostam de todas as partes de si próprios, têm relações de confiança, vêem-se a si próprios a desenvolver-se em melhores pessoas, têm uma direcção na vida, são capazes de dar forma ao seu mundo de maneira a satisfazer as suas necessidades, e têm um grau de auto-determinação (Keyes, 2003). De forma a operacionalizar um pouco melhor o conceito de *flourishing*, este define-se de seguida. Existem três áreas de funcionamento positivo: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social (Keyes, 2003). No bem-estar emocional encontramos o afecto positivo (regularmente contente, calmo, satisfeito, cheio de vida), a felicidade (sentir-se feliz relativamente ao passado ou sobre o presente em todos os domínios da sua vida) e a satisfação com a vida (sentimento de alegria ou satisfação com o passado ou o presente em todos os domínios da sua vida) (Keyes, 2003). Relativamente ao bem-estar psicológico, existem mais sintomas: auto-aceitação (atitude positiva para consigo mesmo e o seu passado, aceitando os variados aspectos de si próprio), crescimento pessoal (sensação de desenvolvimento e de abertura a novas experiências), intenção na vida (ter objectivos, acreditar que se tem um sentido/direcção na vida e sentir a vida com um propósito e significado), domínio do ambiente (ter a capacidade de gerir ambientes complexos e poder escolher ou criar ambientes adequados), autonomia (confortável com a sua direcção, ter uma linha de base interna de funcionamento, resistir a pressões sociais) e relações positivas com os outros (ter relações calorosas, satisfatórias, de confiança e ser capaz de ter empatia e intimidade) (Keyes, 2003). Finalmente, no bem-estar social, os sintomas são: aceitação social (atitudes positivas para com os outros enquanto se reconhece e aceita a complexidade das pessoas), actualização social (cuidar e acreditar que colectivamente as pessoas tem potencial e que a sociedade se pode desenvolver positivamente), contribuição social (sentir que a sua vida é útil para a sociedade e que as suas contribuições são valorizadas pelos outros), coerência social (ter interesse na sociedade e sentir que ela é intelegível isto é, de alguma forma é lógica, predizível e com significado) e integração social (sentir que faz parte, que pertence à comunidade, o que leva a um conforto e suporte da comunidade) (Keyes, 2003).

Relativamente há possibilidade de haver diferenças entre géneros, no bem-estar subjectivo há estudos que não referem haver diferenças (Fujita et al. 1991; Diener et al., 1999). No entanto, um estudo português de Lopes (2009), em que compreendia sujeitos entre os 19 e os 91 anos, identifica os sujeitos do género masculino como tendo valores médios mais elevados.

Os estudos realizados com este construto ainda são escassos. Mas ao assumir que para existir *flourishing* o funcionamento do indivíduo é um

funcionamento positivo em que se encontra um bem-estar em diferentes áreas, percebe-se que é o contrário do que se passa com os indivíduos que apresentam sintomatologia depressiva, pois estes apresentam características como humor negativo, comportamento disfuncional. Tal como Keyes (2006) refere, um indivíduo com *flourishing* gosta de si próprio, aceita-se como é, tem relacionamentos íntimos e calorosos, identifica-se num processo de desenvolvimento, tem objectivos de vida, traça um sentido e direcção de vida, mostra-se capaz de moldar os seus ambientes de modo a satisfazer as suas necessidades e tem um grau de auto-determinação significativo. É identificável a divergência destas características com o padrão típico da depressão. Pelo contrário, é o oposto da tríade cognitiva típica da sintomatologia depressiva, em que há uma visão negativa sobre si próprio, os outros e o futuro (Beck, et al., 1979).

Ao focarmo-nos nesta perspectiva parece ser percéptivel a importância de promover qualidade de vida nos sujeitos de forma a incrementar um estado de *flourishing*. Ao fumentar este estado de *flourishing*, protege-se o indivíduo do desenvolvimento de doença mental, tal como a depressão.

Segundo Gaspar et al. (2006), estudos demonstram que uma percepção mais positiva do bem-estar subjectivo promove comportamentos mais adaptativos e saudáveis, comportamentos estes que sujeitos com sintomatologia depressiva não têm. Alguns estudos, tal como o estudo de Gargiulo & Stokes (2009) tem demonstrado que sujeitos diagnosticados com depressão têm níveis mais baixos de bem-estar subjectivo, encontrando-se insatisfeitos com as suas vidas. Leval (1999), refere por sua vez que a perturbação depressiva é um factor que prejudica a qualidade de vida.

Também Keyes (2007), tem um estudo em que identificando sujeitos como pertencendo às categorias *flourishing*, moderadamente saudáveis e *languishing*, identifica alguns padrões associados a estas diferentes categorias. Os resultados revelaram que adultos diagnosticados com *flourishing* apresentam melhores níveis de funcionamento e de produtividade (faltam menos dias ao emprego, têm menos pausas no trabalho durante o dia), demonstram poucas ou nenhuma limitações nas suas actividades rotineiras, evidenciam menor número de doenças crónicas e doenças físicas (frequência aos serviços de saúde pouco recorrente) e em termos de funcionamento psicossocial têm níveis mais elevados (Keyes, 2007). De uma forma mais global, este estudo vem concluir que os adultos com níveis elevados de *flourishing* funcionam e sentem-se melhor do que os adultos moderadamente saudáveis mentalmente e os da categoria *languishing*. Este estudo refere ainda que os adultos com psicopatologia demonstram um pior funcionamento global.

Importa, por fim referir que ao admitir que um dos objectivos principais na intervenção e na prevenção é o de incrementar a qualidade de vida dos sujeitos, o *flourishing* merece uma análise mais extensa sobre o impacto que tem nos indivíduos. De uma forma complementar, resultados de investigações indicam que a qualidade de vida na depressão é influenciada pelo afecto, pelos sintomas físicos e pela satisfação de realização de

actividades diárias (McYntire, Barrosa e Lourenço, 2002).

II - Objectivos

Este estudo surge no seguimento de uma investigação mais abrangente, englobando mais variáveis, com outro design experimental e com um longo caminho de trabalhos. Esta investigação intitula-se “Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses” tendo diversos objectivos adjacentes. Tais como tradução, adaptação e validação de algumas escalas, a identificação de factores de vulnerabilidade e de factores de protecção no desenvolvimento da Depressão e a implementação de um programa de prevenção da depressão. Neste sentido, estão a ser desenvolvidos estudos tanto transversais como longitudinais.

É com a intenção de aprofundar os conhecimentos relativamente à depressão na adolescência e às variáveis que poderão estar envolvidas no seu desenvolvimento, que este estudo se realiza.

Sendo este um design de um estudo longitudinal [havendo por isso um primeiro tempo (T1) e um segundo tempo (T2)] com um follow-up de um ano, espera-se avaliar a sintomatologia depressiva ao longo do tempo nos adolescentes e de que forma diferentes variáveis podem influenciar a variância desta sintomatologia.

Ao debruçarmo-nos sobre as variáveis, este estudo, tem como objectivo perceber se a variável *flourishing* em T1 será uma variável de protecção relativamente à sintomatologia depressiva em T2. E se a variável trauma em T1 será uma variável de risco relativamente à sintomatologia em T2. Tentando desta forma ajudar na identificação da influência destas variáveis num perfil de risco para a depressão na adolescência.

Tendo por base os objectivos estabelecidos anteriormente, é oportuno definir hipóteses mais específicas relativamente à investigação a realizar:

H1: O género feminino apresentará valores de sintomatologia depressiva superiores aos do género masculino, tanto em T1 como T2.

H2: O género masculino apresentará valores de *flourishing* superiores aos do género feminino, tanto em T1 como T2.

H3: Valores mais elevados no trauma em T2 estarão associados a mais dificuldades escolares em T2

H4: Valores mais elevados na sintomatologia depressiva em T2 estarão associados a mais dificuldades escolares em T2

H5: A variável trauma em T1 será preditora da sintomatologia depressiva em T2 estabelecendo-se uma associação positiva

H6: A variável *flourishing* em T1 será preditora da sintomatologia depressiva em T2 estabelecendo-se uma associação negativa

H7: A variável sintomatologia depressiva em T1 será preditora do *flourishing* em T2 estabelecendo-se uma associação negativa

H8: A variável *flourishing* em T1 terá um papel moderador entre a variável trauma em T1 e a sintomatologia depressiva em T2.

III - Metodologia

3.1. Descrição da amostra

Para atingir os objectivos supracitados, conceptualizou-se um estudo de design longitudinal. Foram passados um conjunto de questionários a jovens portugueses, os quais já tinham sido avaliados num primeiro momento (Maio/Junho de 2011), através do preenchimento de um protocolo de auto-resposta. A recolha de dados foi feita nas escolas que os adolescentes frequentam nos distritos de Coimbra, Guarda e Braga.

A amostra é composta por 117 sujeitos, favorecendo de forma inequívoca o género feminino (N=82; 70.1%) em detrimento do género masculino (N=35; 29.9%).

Neste segundo momento de aplicação do protocolo, procedeu-se ao estudo das idades, estas variam entre um mínimo de 13 e um máximo de 15, com um valor médio equivalente a 14.13 (D.P.=0.650). Relativamente às idades em função do género de pertença, os sujeitos pertencentes ao género feminino revelaram uma média superior (M=14.17; D.P. =0,664) relativamente ao género masculino (M=14.03; D.P.=0.644). Não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros [t(115)=-1.083; p>0.05].

Quanto à condição escolar (2011/2012), a maioria dos alunos encontra-se a frequentar o 9º ano. Mais especificamente, 30 sujeitos (26.5%) frequentam o 8º ano, 79 sujeitos (66.7%) frequentam o 9º ano e 8 (6.8%) frequentam o 10º ano. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(115)= 4.152$; p>0,05].

Relativamente ao rendimento escolar, verifica-se que 3 (2.6%) dos adolescentes se avaliam com um rendimento insuficiente, 10 (8.5%) com suficiente, 31 (26.5%) com satisfatório, 50 (42.7%) com bom e 23 (19.7%) com muito bom. Neste parâmetro não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2(115)= 4.293$; p>0,05].

Ao reportar os dados relativamente ao número de reprovações dos adolescentes, constata-se que a maioria dos sujeitos, isto é 110 (94%), nunca reprovaram até à data, 7 (6%) já reprovaram pelo menos uma vez. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que já reprovaram pelo menos uma vez e os que nunca reprovaram [$\chi^2(115)= 0.006$; p>0,05].

No que diz respeito à zona de residência, 50.4% pertencem à zona de Coimbra, 41.9% pertencem ao distrito da Guarda e 7.7% da amostra pertencem a Braga.

Tendo em conta que no primeiro momento (T1) existiam 304 sujeitos como amostra, podemos afirmar que houve uma mortalidade de 61.51% para este segundo tempo (T2) pois conseguiram-se recolher dados de 117 sujeitos. Esta perda de sujeitos passado um ano de follow-up deve-se a diferentes factores: desistência de alguns sujeitos na continuação da colaboração do estudo, dificuldade em retomar o contacto com alguns adolescentes que mudaram de estabelecimento de ensino e a não comparência dos adolescentes no momento da passagem do protocolo.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra

| | | Amostra total (n=117) | | Masculino (n=35) | | Feminino (n=82) | | | |
|---------------------------|--------------|--------------------------|----------|---------------------|----------|--------------------|----------------------|----------|--|
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| | | 117 | 100 | 35 | 29.9 | 82 | 70.1 | | |
| Idade | | | | | | | | | |
| | 13 | 18 | 15.46 | 7 | 20 | 11 | 13.4 | | |
| | 14 | 66 | 56.4 | 20 | 57.1 | 46 | 56.1 | | |
| | 15 | 33 | 28.2 | 8 | 22.9 | 25 | 30.5 | | |
| Idade | M | DP | M | DP | M | DP | t | p | |
| | 14.13 | 0.650 | 14.03 | 0.664 | 14.17 | 0.644 | -1.083 | 0.281 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| | 8ºano | 30 | 26.5 | 13 | 40 | 17 | 20.7 | | |
| | 9ºano | 79 | 66.7 | 21 | 57.1 | 58 | 70.7 | | |
| | 10ºano | 8 | 6.8 | 1 | 2.9 | 7 | 8.5 | | |
| Escolaridade | M | DP | M | DP | M | DP | X² | p | |
| | 8.80 | 0.545 | 8.63 | 0.547 | 8.88 | 0.530 | 4.152 | 0.125 | |
| Rendimento escolar | | | | | | | X² | p | |
| | | | | | | | 4.293 | 0.368 | |
| | Insuficiente | 3 | 2.6 | 1 | 2.9 | 2 | 2.4 | | |
| | Suficiente | 10 | 8.5 | 4 | 11.4 | 6 | 7.3 | | |
| | Satisfatório | 31 | 26.5 | 13 | 37.1 | 18 | 22 | | |
| | Bom | 50 | 42.7 | 11 | 31.4 | 39 | 47.6 | | |
| | Muito bom | 23 | 19.7 | 6 | 17.2 | 17 | 20.7 | | |
| Reprovações | | | | | | | X² | p | |
| | | | | | | | 0.006 | 0.936 | |
| | Sim | 7 | 6 | 2 | 5.7 | 5 | 6.1 | | |
| | Não | 110 | 94 | 33 | 94.3 | 77 | 93.9 | | |
| Zona de residência | | | | | | | | | |
| | Coimbra | 59 | 50.4 | | | | | | |
| | Guarda | 49 | 41.9 | | | | | | |
| | Braga | 9 | 7.7 | | | | | | |

3.2. Descrição dos instrumentos

Como esta investigação deriva de uma outra investigação mais alargada, o protocolo contemplava outras escalas¹, para além das que serão mencionadas em seguida.

3.2.1. CDI (“*Children’s Depression Inventory*”) (Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994)

O Inventário de Depressão para Crianças permite quantificar a gravidade de sintomatologia depressiva. Este inventário de Depressão é de auto-resposta e o mais citado e utilizado para avaliação de crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 (Simões, 1999), presente em mais de 75% dos estudos com crianças que usam inventários de auto-avaliação da

¹ Neste protocolo estavam presentes os seguintes questionários: CDI, MASC, CASQ, CPIC, MHC-SF, CERQ, CTQ, DHMS, EATQ-R-SF

depressão (Fristad, Emery & Beck, 1997). Este inventário serve para avaliar humor perturbado, capacidade para sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliações e comportamentos interpessoais e tendo em conta as duas semanas anteriores ao encontro com o sujeito (Kovacs, 1992). O CDI foi elaborado a partir do *Inventário de Depressão de Beck* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), adaptando-se à faixa etária (itens compreensíveis para as idades a que se destina) retirando alguns itens (referentes à libido) e acrescentando outros (aproveitamento escolar e relação com colegas) (Salvador, M., 2009). A sintomatologia avaliada compreende três tipos de sintomas: cognitivos, comportamentais e emocionais.

Este inventário foi desenvolvido por Kovacs (Kovacs, 1985) é constituído por 27 itens, em que cada item compreende três alternativas. Como o número de itens não é alargado o tempo de demora na resposta deste inventário é entre 10 a 20 minutos. A pontuação oscila entre: 0 = ausência de sintoma, 1 = sintoma moderado e 2 = problema grave. Envolvendo por isso respostas que coincidem com três categorias: sujeitos resilientes, sujeitos em risco e sujeitos com sintomatologia depressiva. Existem alguns itens (2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25) em que a pontuação é invertida. A pontuação total varia entre 0 e 54 pontos. Os itens examinam várias temáticas como a disforia, o pessimismo, a auto-estima, a anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentir-se sem valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social, sintomas vegetativos (Simões, 1999).

O CDI demonstrou uma consistência interna satisfatória, tanto em amostra normais como em amostras de crianças com perturbações emocionais (alfas de Cronbach entre .70 e .89) (Kovacs, 1985; Saylor, Finch, Spirito, & Bennett, 1984b; Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986 cit in Simões 1999). Os pontos de corte parecem não estar bem definidos (Simões 1999). A validade do CDI é demonstrável pelas suas correlações positivas com outros instrumentos de avaliação. Kovacs (1992) demonstrou uma estrutura unifactorial em crianças normais, em crianças com perturbações emocionais e uma estrutura multidimensional identificando 5 factores (Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Ineficácia, Anedonia e Auto-Estima Negativa).

A versão Portuguesa do CDI (Marujo, 1994) e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999) revelaram uma boa precisão e valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach entre .80 e .84). Contudo, a estrutura de 5 factores não foi replicada, evidenciando, em vez disso, uma estrutura unifactorial (Dias & Gonçalves, 1999).

Na amostra para este estudo a consistência interna para o total do CDI apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0.856. Relativamente aos cinco factores do CDI, Anedonia, Humor negativo, Problemas interpessoais, Ineficácia e Auto-estima negativa os valores do alfa de Cronbach encontrados são respectivamente: 0.470; 0.631; 0.504; 0.642; 0.669.

3.2.2. CTQ (“*Childhood Trauma Questionnaire*”) (Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação Cherpe, S. ; Matos, A.P. & Pereira, A. R., 2010)

O Questionário de Trauma na Infância é constituído por um conjunto de 28 itens que investigam história de abuso e negligência durante a infância, sendo pedido que os sujeitos avaliem cada afirmação com a seguinte escala de Likert: 1 = “Nunca verdadeiro”, 2 = “Raramente verdadeiro”, 3 = “Algumas vezes verdadeiro”, 4 = “Frequentemente verdadeiro” e 5 = “Muito frequentemente verdadeiro”. Este é um instrumento para adolescentes a partir dos 12 anos e para adultos responderem, a versão original tinha 70 itens, mas esta mais curta não perdeu as propriedades, mantendo também os 5 factores (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional) e uma escala de minimização/negação (Grassi-Oliveira, et.al., 2006). O abuso físico é definido como uma agressão corporal na criança praticada por um adulto ou pessoa mais velha que o põe em risco, ou que resulta em ofensa (Bernstein et al, 2003). O abuso emocional tem como definição, agressões verbais relativamente à valorização da criança, ao seu bem-estar ou qualquer tipo de diminuição e humilhação realizada por um adulto ou alguém mais velho (Bernstein et al, 2003). O abuso sexual é definido como contacto ou comportamento sexual, entre uma criança ou jovem com menos de 18 anos e um adulto ou pessoa mais velha (Bernstein et al, 2003). A negligência física acontece quando há uma falha em providenciar à criança as suas necessidades básicas, tais como, comida, roupa, segurança, cuidados de higiene e de saúde, e também se inclui pobre supervisão parental (Bernstein et al, 2003). A negligência emocional é definida como uma falha nos cuidados relativos às necessidades emocionais e psicológicas, incluindo amor, suporte, sentimento de pertença (Bernstein et al, 2003).

A consistência interna foi avaliada com o alfa de Cronbach variando entre 0.66 (negligência física) e 0.92 (abuso sexual) (Grassi-Oliveira, et.al., 2006). Pereira (2012), realizou um estudo psicométrico numa amostra portuguesa com uma amostra de 304 adolescentes. Neste estudo através de uma análise factorial, não se replicou a estrutura dos cinco factores, revelando-se uma solução de quatro factores (Abuso Sexual; Negligência Emocional; Abuso/Negligência Física; Abuso Emocional) apresentando uma boa consistência interna nestes mesmos factores (alfa de Cronbach entre 0,709 e 0,898) (Pereira, 2012). No presente estudo a consistência interna da escala total é de 0.910. Relativamente aos 5 factores, o alfa de Cronbach do Abuso sexual é de 0.942; da Negligência Física é de 0.679; do Abuso físico 0.881; do Abuso emocional é de 0.873 e da Negligência emocional 0.812

3.2.3. MHC-SF (“*Mental Health Continuum-Short Form*” for youth) (Keyes, 2008; tradução e adaptação de Cherpe, S.; Matos, A. P.; André, R. S., 2009)

Este questionário é composto por 14 itens que procuram avaliar o grau de saúde mental (*flourishing*) em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (Keyes, 2009). Antes desta versão

curta, a versão original é constituída por 40 itens e foi feita para adultos. Desta versão mais longa foram escolhidos 14 itens que caracterizam a construção da definição das três facetas do bem-estar subjectivo (Keyes, 2009). Ou seja, destes 14 itens, 3 representam o bem-estar emocional, 6 representam o bem-estar psicológico e 5 representam o bem-estar social. É solicitado ao sujeito que assinale consoante a escala quantas vezes, no último mês, se sentiu segundo as afirmações mencionadas no questionário. A escala é definida desta forma: 0 = “Nunca”, 1 = “1 ou 2 vezes”, 2 = “Cerca de 1 ou 2 vezes por semana”, 3 = “Cerca de 2 ou 3 vezes por semana”, 4 = “Quase todos os dias”, 5 = “Todos os dias”. A pontuação desta escala pode levar a um diagnóstico de *flourishing* quando o sujeito experencia, no mínimo um dos três sinais do bem-estar hedónico e pelo menos seis dos onze sinais positivos de funcionamento durante o último mês. Ser diagnosticado com *languishing* acontece quando é apresentado “Nunca” ou “1 ou 2 vezes” em pelo menos uma das medidas de bem-estar hedonista e baixos níveis em pelo menos seis medidas de funcionamento positivo. Quando não é encontrado nem *flourishing* e nem *languishing*, o sujeito é diagnosticado com um estado de saúde mental moderado. Esta forma abreviada do MHC tem mostrado uma consistência interna (>0.80) muito boa (Keyes, 2009).

Na verdade, segundo Keyes (2005), a avaliação do Bem-estar subjectivo em adultos aponta para o facto dos aspectos ligados às dimensões do Bem-estar na adolescência possa ser bem mais complexa do que está, actualmente, documentado na literatura e esta forma abreviada compreende esta preocupação.

A consistência interna do MHC-SF, nesta amostra, revela um alfa de Cronbach de 0.901. Quanto à consistência dos factores desta mesma escala é encontrado um alfa de Cronbach para o Bem-estar emocional de 0.843. Relativamente ao Bem-estar social o alfa de Cronbach é de 0.845 e quanto ao Bem-estar psicológico o alfa de Cronbach é de 0.821.

3.3. Procedimento

Tendo este estudo um design longitudinal, a administração do protocolo realizou-se com alunos que já tivessem preenchido o mesmo protocolo no ano anterior, não sendo necessária uma nova passagem e recolha dos consentimentos informados. O protocolo foi preenchido em horário de aulas, ou numa hora marcada pela escola onde os alunos eram convocados para estar numa sala de aula com um dos investigadores. Tentando desta forma não interromper o funcionamento da escola nem das matérias lecionadas. A confidencialidade e o anonimato estiveram garantidos durante todo o processo. Este protocolo de investigação é constituído por uma parte inicial em que é necessário preencher alguns dados socio-demográficos e uma bateria de questionários de auto-resposta.

Os dados recolhidos através deste protocolo foram inseridos no programa “*Statistical Package for Social Science*” (SPSS), versão 20, para o sistema operativo do Windows. Também é neste programa que se fazem os procedimentos e análises estatísticas. Em termos de forma a distribuição da amostra revela-se tendencialmente assimétrica negativa e platicúrtica.

Embora o pressuposto da normalidade, analisado através do teste de Kolmogorv-Smirnof, não seja cumprido ($p < 0.05$) no presente estudo, como a amostra tem um valor total de sujeitos superior a 30, os testes usados são paramétricos (Maroco, 2007).

As estatísticas descritivas como frequências, médias e desvios-padrão, foram utilizadas para a caracterização da amostra, bem como algumas variáveis relevantes. Para a comparação de médias de grupos diferentes recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes e ao *Chi-quadrado* para as variáveis categoriais. Em alternativa ao *t-Student* para amostras independentes utilizou-se o teste de U Mann Whitney, quando se fizeram análises com grupos que tinham um número inferior a 30. As análises de correlação de *Pearson* foram calculadas para averiguar associações entre resultados de medidas distintas. Durante a análise dos dados obtidos pela correlação de *Pearson* utiliza-se a convenção de Pestana e Gageiro (2008): $r < 0.2$ é uma correlação muito baixa; $0.20 < r < 0.39$ é uma correlação baixa; $0.4 < r < 0.69$ é uma correlação moderada; $0.7 < r < 0.89$ é uma correlação alta e $0.90 < r < 1$ é uma correlação muito alta. Para identificar o poder preditivo de algumas variáveis, utilizaram-se regressões lineares simples (método *Enter*) e múltiplas (método *Stepwise*). Não se realizam regressões quando não se cumpre o critério da significância (a significância associada ao coeficiente de correlação é ≥ 0.05). No caso das regressões múltiplas, segundo Tabachnick & Fidel (2001), é necessária uma amostra superior a 50 sujeitos o que foi necessário ter em conta nas análises realizadas. Quanto à moderação é preciso mais uma vez ter em conta os pressupostos para a regressão múltipla, confirmam-se a inviolabilidade da multicolinearidade, da normalidade, linearidade e homocedasticidade dos resíduos. Contudo, centram-se a variável moderadora e a variável preditora, de forma a diminuir a multicolinearidade (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003) e seguem-se os passos para fazer um estudo de moderação, segundo Baron e Kenny (1986).

IV - Resultados

4.1. Estudo 1: Análise das diferenças de género nas variáveis em estudo

Este estudo procura testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino relativamente às variáveis em estudo, isto é, à sintomatologia depressiva, ao trauma e ao *flourishing* nos dois tempos de avaliação.

4.1.1. As diferenças de género na sintomatologia depressiva

Ao analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros no primeiro momento (T1), relativamente à sintomatologia depressiva, verifica-se que não são encontradas diferenças [$t(115) = -0.146$; $p > 0.05$]. As raparigas ($M=9.780$; $DP=5.352$), ainda assim apresentam uma média mais alta que os rapazes ($M=9.629$; $DP=4.602$). Ainda em T1, ao verificar os resultados nos factores, não se encontram diferenças significativas, salvo a excepção do factor Ineficácia [$t(115)=1.998$; $p < 0.05$],

em que os rapazes (M=0.743; DP=0.381) pontuam mais alto que as raparigas (M=0.588; DP=0.384)

Relativamente ao segundo momento de avaliação (T2), na variável sintomatologia depressiva, mais uma vez não são encontradas diferenças estatisticamente significativas [$t(115) = -1.619$; $p > 0,05$] entre géneros. Sendo que as raparigas (M=9.951; DP=5.975) pontuam mais alto do que os rapazes (M=8.057; DP=5.335) tal como acontece em T1. Numa análise dos factores do CDI, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o género de pertença.

Tabela 2. Diferenças de género no total e factores do CDI em T1 e em T2

| | Masculino (n=35) | | Feminino (n=82) | | t | p |
|---|---------------------|-------|--------------------|--------|--------|-------|
| | M | DP | M | DP | | |
| CDI total (T1) | 9.629 | 4.602 | 9.780 | 5.352 | -0.146 | 0.884 |
| CDI Anedonia (T1) | 0.367 | 0.205 | 0.380 | 0.191 | -0.304 | 0.735 |
| CDI Humor negativo (T1) | 0.150 | 0.212 | 0.213 | 0.258 | -1.281 | 0.203 |
| CDI Problemas interpessoais (T1) | 0.171 | 0.199 | 0.143 | 0.1965 | 0.706 | 0.481 |
| CDI Ineficácia (T1) | 0.743 | 0.381 | 0.588 | 0.384 | 1.998 | 0.048 |
| CDI Auto-estima negativa (T1) | 0.279 | 0.276 | 0.375 | 0.373 | -1.375 | 0.172 |
| CDI total (T2) | 8.057 | 5.335 | 9.951 | 5.975 | -1.619 | 0.108 |
| CDI Anedonia (T2) | 0.319 | 0.199 | 0.406 | 0.244 | -1.867 | 0.065 |
| CDI Humor negativo (T2) | 0.164 | 0.250 | 0.277 | 0.319 | -1.866 | 0.065 |
| CDI Problemas interpessoais (T2) | 0.150 | 0.251 | 0.143 | 0.219 | 0.145 | 0.885 |
| CDI Ineficácia (T2) | 0.564 | 0.434 | 0.600 | 0.382 | -0.451 | 0.653 |
| CDI Auto-estima negativa (T2) | 0.207 | 0.335 | 0.338 | 0.339 | -1.926 | 0.057 |

4.1.2. As diferenças de género no *flourishing*

Considerando o primeiro momento de avaliação (T1), não se encontram diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável *flourishing* [$t(115)=1.021$; $p > 0.05$] no género de pertença, mas os valores mais altos pertencem ao género masculino (M=47.314; DP=12.471) comparativamente ao género feminino (M=44.573; DP=13.623). Tal como acontece com o valor da escala total do MHC-SF, os factores desta mesma escala também não revelam diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao segundo momento (T2), a variável *flourishing* demonstra resultados distintos do primeiro tempo (T1), na medida em que se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas [$t(115)=2.758$; $p < 0.05$] nos diferentes géneros. São encontrados valores mais elevados nos rapazes (M=53.400; DP=11.949) em comparação com as raparigas (M=46.683; DP=12.107). É também verificada a existência de diferenças estatisticamente significativas nos três factores constituintes desta mesma variável. Especificamente no Bem-estar social [$t(115)=2.931$; $p < 0,05$] os rapazes (M=3.600; DP=1.067) apresentam valores mais altos

comparativamente às raparigas (M=2.937; DP=1.143). No Bem-estar emocional [t(115)=2.024; p<0.05] os rapazes (M=4.324; DP=0.739) revelam mais uma vez resultados superiores às raparigas (M=3.992; DP=0.841). Finalmente, o Bem-estar psicológico [t(115)=1.995; p<0.05], demonstra uma vez mais os valores mais elevados no género masculino (M=3.738; DP=0.974) em detrimento do feminino (M=3.337; DP=1.003).

Importa ainda fazer a ressalva que tanto em T1 como em T2, os rapazes apresentam valores superiores aos das raparigas.

Tabela 3. Diferenças de género no total e factores do MHC em T1 e em T2

| | Masculino | | Feminino | | T | p |
|---------------------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|-------|
| | (n=35) | | (n=82) | | | |
| | M | DP | M | DP | | |
| MHC total (T1) | 47.314 | 12.471 | 44.573 | 13.623 | 1.021 | 0.309 |
| MHC Bem-estar Social (T1) | 2.806 | 1.181 | 2.737 | 1.143 | 0.297 | 0.767 |
| MHC Bem-estar Emocional (T1) | 4.162 | 0.702 | 3.866 | 0.951 | 1.657 | 0,100 |
| MHC Bem-estar Psicológico (T1) | 3.467 | 0.995 | 3.215 | 1.176 | 1.105 | 0.271 |
| MHC total (T2) | 53.400 | 11.949 | 46.683 | 12.107 | 2.758 | 0.007 |
| MHC Bem-estar Social (T2) | 3.600 | 1.067 | 2.937 | 1.143 | 2.931 | 0.004 |
| MHC Bem-estar Emocional (T2) | 4.324 | 0.739 | 3.992 | 0.841 | 2.024 | 0.045 |
| MHC Bem-estar Psicológico (T2) | 3.738 | 0.974 | 3.337 | 1.003 | 1.995 | 0.048 |

4.1.3. As diferenças de género no trauma

Ao explorar os dados da variável trauma, relativamente ao género de pertença em T1, são identificadas diferenças estatisticamente significativas para a escala total do CTQ [t(115)=2.206; p<0.05]. Os adolescentes que pertencem ao género masculino (M=34.914; DP=14.034) revelam valores mais altos do que os adolescentes que pertencem ao género feminino (M=29.500; DP=5.684). Ao analisar os factores do CTQ, excluindo o factor Abuso físico, nenhum dos outros se destaca com diferenças significativas entre os géneros. Especificamente o Abuso físico [t(115)=2.200; p<0.05], revela que os adolescentes do género masculino (M=6.486; DP=3.407) pontuam mais alto que os do género feminino (M=5.207; DP=0.698). Também o factor Negação [t(115)=-2.599; p<0.05], onde se mede a desejabilidade social encontrou-se diferenças estatisticamente significativas com as raparigas (M=12.244; DP=2.536) a pontuarem de forma superior, comparativamente aos rapazes (M=10.943; DP=2.338).

Já em T2, a variável trauma demonstra um comportamento diferente, não revelando diferenças estatisticamente significativas entre géneros, no total da escala. Quanto aos factores apenas a Negligência emocional demonstra diferenças estatisticamente significativas [t(115)=2.082; p<0.05], encontrando os rapazes (M=9.086; DP=5.124) a pontuar mais alto comparativamente às raparigas (M=7.927; DP=3.336). Apesar da

inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em T2 (excluindo o já mencionado factor Negligência emocional), ao reportar a informação das médias apresentadas, verifica-se que as médias são sempre superiores no género masculino, tal como acontecia em T1, acontece também em T2.

Tabela 4. Diferenças de género no total e factores do CTQ em T1 e em T2

| | Masculino | | Feminino | | t | p |
|---------------------------------------|-----------|--------|----------|--------|--------|-------|
| | (n=35) | | (n=82) | | | |
| | M | DP | M | DP | | |
| CTQ total (T1) | 34.914 | 14.034 | 29.500 | 5.684 | 2.206 | 0.033 |
| CTQ Abuso físico (T1) | 6.486 | 3.407 | 5.207 | 0.698 | 2.200 | 0.034 |
| CTQ Abuso emocional (T1) | 7.286 | 3.536 | 6.341 | 1.945 | 1.487 | 0.144 |
| CTQ Abuso sexual (T1) | 6.114 | 2.795 | 5.232 | 0.920 | 1.827 | 0.076 |
| CTQ Negligência física(T1) | 6.371 | 2.636 | 5.451 | 1.177 | 1.983 | 0.054 |
| CTQ Negligência emocional (T1) | 8.657 | 4.485 | 7.268 | 3.270 | 1.654 | 0.104 |
| CTQ Negação (T1) | 10.943 | 2.338 | 12.242 | 2.536 | -2.599 | 0.011 |
| CTQ total (T2) | 36.886 | 16.169 | 32.073 | 11.043 | 1.608 | 0.114 |
| CTQ Abuso físico (T2) | 6.514 | 3.459 | 5.683 | 2.249 | 1.309 | 0.197 |
| CTQ Abuso emocional (T2) | 7.543 | 4.711 | 6.451 | 2.544 | 1.293 | 0.203 |
| CTQ Abuso sexual (T2) | 6.286 | 3.102 | 5.939 | 2.895 | 0.581 | 0.563 |
| CTQ Negligência física(T2) | 7.457 | 3.649 | 6.073 | 2.249 | 1.231 | 0.224 |
| CTQ Negligência emocional (T2) | 9.086 | 5.124 | 7.927 | 3.336 | 2.082 | 0.043 |
| CTQ Negação (T2) | 11.057 | 3.531 | 11.537 | 3.422 | -0.679 | 0.500 |

4.2. Estudo 2: Relação do trauma e da sintomatologia depressiva com as dificuldades escolares

Este estudo pretende identificar se existem diferenças entre os sujeitos sem dificuldades escolares e os que têm dificuldades escolares, na variável trauma e na variável sintomatologia depressiva. Estas dificuldades são definidas objectivamente pela presença de reprovações no percurso académico e de uma forma mais subjectiva com o rendimento escolar que o adolescente atribui a si próprio de uma forma geral às disciplinas que frequenta.

4.2.1. Relação entre trauma e reprovações

Neste estudo pretendeu-se verificar a existência de diferenças entre os sujeitos que reprovaram pelo menos uma vez e os sujeitos que nunca reprovaram até à presente data, quanto aos valores encontrados no CTQ. Uma vez não cumprido o pressuposto da normalidade e com um $n < 30$ nos grupos, realizou-se um teste alternativo ao *t-Student* para amostras independentes, o teste U Mann-Whitney. Os dados revelaram-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos nos valores do total do CTQ ($U=273.500$; $p>0.05$). Analisando os valores encontrados nos factores, identificou-se a existência de diferenças

estatisticamente significativas no factor Negligência física ($U=157.500$; $p<0.05$). Neste factor, os valores mais elevados encontram-se associados aos sujeitos que já reprovaram pelo menos uma vez em comparação com os que não reprovaram.

Tabela 5. Resultados dos factores e do total do CTQ para sujeitos que já reprovaram pelo menos uma vez e para os que nunca reprovaram

| | Reprovados | Não reprovados | U | p |
|----------------------------------|------------|----------------|---------|-------|
| | Mean Ranks | Mean Ranks | | |
| CTQ Total | 74.93 | 57.99 | 273.500 | 0.195 |
| CTQ Negligência Física | 91.50 | 56.93 | 157.500 | 0.002 |
| CTQ Abuso Físico | 59.71 | 58.95 | 380.000 | 0.923 |
| CTQ Abuso Emocional | 58.64 | 59.02 | 382.500 | 0.974 |
| CTQ Abuso Sexual | 57.79 | 59.08 | 376.500 | 0.882 |
| CTQ Negligência Emocional | 66.14 | 58.55 | 335.000 | 0.556 |

4.2.2. Relação entre trauma e rendimento escolar

Para realizar este estudo é feita uma correlação de *Pearson* entre o total e os factores do CTQ com a auto-avaliação do rendimento escolar. Não são encontradas correlações estatisticamente significativas entre o rendimento escolar com o total do CTQ e com os factores desta mesma escala.

Tabela 6. Correlação dos factores e do total do CTQ com o rendimento escolar

| | Rendimento escolar |
|----------------------------------|--------------------|
| CTQ Total | -0.142 |
| CTQ Negligência Física | -0.086 |
| CTQ Abuso Físico | -0.088 |
| CTQ Abuso Emocional | -0.138 |
| CTQ Abuso Sexual | -0.107 |
| CTE Negligência Emocional | -0.145 |

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

4.2.3. Relação entre sintomatologia depressiva e reprovações

De forma a identificar se os sujeitos que reprovam pelo menos uma vez até à data têm valores mais elevado na sintomatologia depressiva comparativamente aos que nunca reprovaram, realizou-se o seguinte estudo. Para este efeito recorre-se ao teste U Mann-Whitney (alternativo ao *t-Student* para amostras independentes), de forma a identificar a presença de diferenças estatisticamente significativas. Os dados demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que nunca reprovaram e os que já reprovaram pelo menos uma vez nos valores do CDI total ($U=187.500$; $p<0.05$), encontrando, valores mais altos no grupo de sujeitos que reprovaram comparando com os que não reprovaram. Identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos factores Anedonia ($U=183.000$; $p<0.05$), Problemas interpessoais ($U=199.000$; $p<0.05$) e Auto-estima negativa ($U=202.500$; $p<0.05$). Nos três

factores mencionados anteriormente os valores mais altos encontraram-se associados ao grupo dos reprovados comparativamente aos não reprovados, tal como acontece com o CDI total.

Tabela 7. Resultados dos factores e do total do CDI para sujeitos que já reprovaram pelo menos uma vez e para os que nunca reprovaram

| | Reprovados | Não reprovados | U | p |
|------------------------------------|------------|----------------|---------|-------|
| | Mean Ranks | Mean Ranks | | |
| CDI Total | 87.21 | 57.20 | 187.500 | 0.023 |
| CDI Anedonia | 87.86 | 57.16 | 183.000 | 0.017 |
| CDI Humor Negativo | 70.14 | 58.29 | 307.000 | 0.338 |
| CDI Problemas Interpessoais | 85.57 | 57.31 | 199.000 | 0.014 |
| CDI Ineficácia | 77.00 | 57.85 | 259.000 | 0.140 |
| CDI Auto-estima Negativa | 85.07 | 57.35 | 202.500 | 0.028 |

4.2.4. Relação entre sintomatologia depressiva e rendimento escolar

De forma a identificar a existência de uma relação entre o rendimento escolar e a sintomatologia depressiva, realizou-se neste estudo, uma correlação de *Pearson* entre o total e os factores do CDI com a auto-avaliação do rendimento escolar. O CDI total não demonstrou uma correlação estatisticamente significativa com o rendimento escolar. Quanto aos factores do CDI, apenas a Ineficácia se correlacionou inversa e significativamente com o rendimento escolar ($r=-0.367$; $p=0.000$).

Tabela 8. Correlação dos factores e do total do CDI com o rendimento escolar

| | Rendimento escolar |
|------------------------------------|--------------------|
| CDI Total | -0.105 |
| CDI Anedonia | -0.016 |
| CDI Humor negativo | 0.132 |
| CDI Problemas interpessoais | 0.034 |
| CDI Ineficácia | -0.367** |
| CDI Auto-estima negativa | 0.028 |

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

4.3. Estudo 3: Estudo da relação entre *flourishing* e o trauma com a sintomatologia depressiva

No sentido de perceber a relação existente entre as variáveis estudadas, foram realizadas análises de correlação de *Pearson*, bem como, análises de regressão linear múltiplas, para os dois géneros de forma independente.

4.3.1. Relação entre a variável trauma em T1 e a sintomatologia depressiva em T2 no género masculino e no género feminino

De seguida, através de uma análise da correlação de *Pearson* entre a variável trauma em T1 e a sintomatologia depressiva em T2 analisou-se a

relação das variáveis em função do género de pertença, como se pode encontrar na tabela 9.

No que diz respeito ao género masculino não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os totais e factores das escalas do CTQ e do CDI.

De acordo com os dados obtidos, as variáveis não se comportam da mesma maneira para o género feminino demonstrando várias correlações estatisticamente significativas. A correlação entre os totais das escalas, revelou-se positiva e estatisticamente significativa ($r=0.487$; $p=0.000$). Evidenciou-se para o género feminino uma correlação moderada positiva entre trauma e sintomatologia depressiva, dados que não se comprovam no género masculino. Desta forma demonstrou-se que para o género feminino há uma associação entre valores mais altos no CTQ (T1) e valores mais altos nos CDI (T2). Pode-se também afirmar que nas raparigas 23.72% da sintomatologia depressiva em T2 é explicada pelo trauma em T1.

A Negligência física (T1), correlaciona-se positiva e significativamente com o total do CDI (T2) ($r=0.303$; $p<0.01$), com a Anedonia (T2) ($r=0.313$; $p<0.01$), com a Ineficácia (T2) ($r=0.227$; $p<0.05$), e com a Auto-estima negativa (T2) ($r=0.286$; $p<0.01$). Quanto ao Abuso físico (T1), encontraram-se correlações estatisticamente significativas com o total do CDI (T2) ($r=0.334$; $p<0.01$) e com a Anedonia (T2) ($r=0.380$; $p=0.000$). O Abuso emocional evidenciou correlações positivas e estatisticamente significativas com o CDI total (T2) ($r=0.269$; $p<0.05$), com os Problemas interpessoais (T2) ($r=0.253$; $p<0.05$) e com a Ineficácia (T2) ($r=0.289$; $p<0.01$). O valor da correlação mais elevada, é atribuída à correlação do factor Negligência emocional (T1) ($r=0.506$; $p=0.000$) com o total do CDI (T2). Para além desta correlação, a Negligência emocional encontra-se correlacionada positiva e significativamente com a Anedonia (T2) ($r=0.382$; $p=0.00$), Problemas Interpessoais (T2) ($r=0.420$; $p=0.000$), Ineficácia (T2) ($r=0.476$; $p=0.000$) e a Auto-estima negativa (T2) ($r=0.393$; $p=0.00$). Evidenciou-se, portanto, uma correlação de todos os factores com o CDI total, exceptuando o Abuso sexual, para o género feminino.

Tabela 9. Coeficientes de correlação de Pearson entre os factores e os totais do CTQ (T1) e o CDI (T2) no género masculino e no género feminino

| | CDI | Anedonia | Humor | Problemas | Ineficácia | Auto-est. |
|---------------------------|--------|----------|----------|---------------|------------|-----------|
| | total | | Negativo | Interpessoais | | Negativa |
| | r | r | r | r | r | r |
| CTQ Total | -0.035 | -0.146 | 0.052 | 0.114 | -0.036 | -0.032 |
| Género Masculino | | | | | | |
| Negligência Física | 0.122 | 0.020 | 0.162 | 0.191 | 0.056 | 0.060 |
| Abuso Físico | -0.031 | -0.199 | 0.024 | 0.007 | 0.058 | -0.001 |
| Abuso Emocional | -0.124 | 0.024 | -0.021 | 0.091 | -0.189 | -0.008 |
| Abuso Sexual | -0.038 | 0.007 | -0.049 | 0.090 | 0.006 | -0.057 |

| | | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|
| | Negligência Emocional | -0.036 | -0.038 | 0.098 | 0.112 | -0.045 | -0.093 |
| Género Feminino | CTQ Total | 0.487** | 0.370** | 0.185 | 0.388** | 0.453** | 0.357** |
| | Negligência Física | 0.303** | 0.313** | 0.073 | 0.273 | 0.227* | 0.286** |
| | Abuso Físico | 0.334** | 0.380** | 0.237* | 0.126 | 0.210 | 0.130 |
| | Abuso Emocional | 0.269* | 0.111 | 0.104 | 0.253* | 0.289** | 0.197 |
| | Abuso Sexual | 0.002 | 0.006 | -0.106 | -0.075 | 0.047 | -0.076 |
| | Negligência Emocional | 0.506** | 0.382** | 0.212 | 0.420** | 0.476** | 0.393** |
| | | | | | | | |

*p<0.05; **p<0.01

Com o intuito de explorar como os diferentes factores da escala do CTQ explicam a sintomatologia depressiva, efectuaram-se regressões lineares múltiplas (*Stepwise*).

Não se realizou este estudo para o género masculino porque nenhum dos factores da variável CTQ em T1 se correlacionou significativamente com o total do CDI em T2 e devido à dimensão diminuta da amostra do género masculino.

Os resultados encontrados para o género feminino, revelaram que o modelo, reduzido a quatro variáveis predictoras (Negligência física, Abuso físico, Abuso emocional, Negligência emocional) identifica como preditores a Negligência emocional e o Abuso físico. Segundo os dados obtidos, estes dois factores em T1 explicam 29.6% da variância total da sintomatologia depressiva em T2 ($F=16.614$; $p=0.000$). Sendo o factor Negligência emocional o melhor preditor, explicando 25.6% ($F=27.466$; $p=0.000$) dessa mesma variância ($\beta=0.817$; $t=5.241$; $p=0.000$). Já o Abuso físico explica 4% ($F=16.614$; $p=0.000$) da variância do total do CDI ($\beta=1.793$; $t=2.132$; $p<0.05$).

Tabela 10. Regressão Múltipla (*Stepwise*): poder preditivo dos factores do CTQ (T1) no total do CDI (T2) para o género feminino

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|------------------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Negligência emocional | 0.817 | 0.256 | 0.246 | 27.466 | 0.000 |
| Abuso físico | 1.793 | 0.296 | 0.278 | 16.614 | 0.000 |

De forma a identificar os factores do CTQ (T1) que predizem os factores do CDI (T2) realizaram-se regressões lineares múltiplas (*Stepwise*). Utilizaram-se os factores que se correlacionavam de forma significativa, para o género feminino. O factor Negligência emocional encontrou-se a explicar 17.6% ($F=4.983$; $p=0.000$) da variância total dos problemas interpessoais ($\beta=0.028$; $t=1.414$; $p=0.000$). É também a Negligência emocional que explica 22.7% ($F=23.498$; $p=0.000$) da variância total do factor Ineficácia ($\beta=0.056$; $t=4.487$; $p=0.000$). Relativamente ao factor Auto-

estima negativa, a Negligência emocional encontrou-se a explicar 15.5% ($F=4.653$; $p=0.000$) da variância total deste factor ($\beta=0.041$; $t=3.828$; $p=0.000$). Finalmente, verificou-se que a Negligência emocional explica 14.6% ($F=13.661$; $p=0.000$) da variância total da Anedonia ($\beta=0.029$; $t=3.696$; $p=0.000$) juntamente com o Abuso físico a explicar 8.1% ($F=11.617$; $p<0.01$) ($\beta=0.104$; $t=2.885$; $p<0.01$).

Tabela 11. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Problemas interpessoais em T2

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-----------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Negligência emocional | 0.028 | 0.176 | 0.166 | 17.142 | 0.000 |

Tabela 12. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Ineficácia em T2

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-----------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Negligência emocional | 0.056 | 0.227 | 0.217 | 23.498 | 0.000 |

Tabela 13. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Auto-estima negativa em T2

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-----------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Negligência emocional | 0.041 | 0.155 | 0.144 | 14.653 | 0.000 |

Tabela 14. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Anedonia em T2

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-----------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Negligência emocional | 0.029 | 0.146 | 0.135 | 13.661 | 0.000 |
| Abuso Físico | 0.104 | 0.227 | 0.208 | 11.617 | 0.005 |

4.3.2. Relação entre o *flourishing* em T1 e a sintomatologia depressiva em T2 no género masculino e no género feminino

Numa análise por géneros, através da correlação de *Pearson*, de acordo com os dados sintetizados na tabela 15 revelou-se a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre totais e factores da variável *flourishing* em T1 com a sintomatologia depressiva em T2, nos adolescentes rapazes.

Ao reportar os dados das raparigas o mesmo não se verificou, encontrando-se diversas correlações negativas e estatisticamente significativas entre os factores e os totais das duas variáveis em estudo. Mais concretamente, foi encontrada uma correlação moderada, negativa e estatisticamente significativa entres os totais da escala MHC-SF (T1) e CDI (T2) ($r=-0.444$; $p=0.000$). O *flourishing* (T1) revelou-se um preditor negativo da sintomatologia depressiva, explicando 19.71% da sua variância.

A correlação moderada negativa e estatisticamente significativa entre o factor Bem-estar emocional (T1) e o factor Problemas interpessoais (T2) ($r=-0.519$; $p=0,000$), é a correlação mais forte que se identificou no género feminino. Para além desta correlação os Problemas Interpessoais também se correlacionam significativamente com o total do MHC-SF (T1) ($r=-0.489$; $p=0,000$), com o bem-estar social (T1) ($r=-0.459$; $p=0,000$) e com o Bem-

estar psicológico (T1) ($r=-0.361$; $p<0,01$).

Tal como manifesto na tabela 15, são encontradas outras correlações negativas e estatisticamente significativas entre os restantes factores e total do CDI (T2) com os factores e total do MHC-SF (T1). A Anedonia (T2) demonstrou correlacionar-se com o total do MHC-SF (T1) ($r=-0.247$; $p<0.05$) e com o Bem-estar emocional (T1) ($r=-0.364$; $p<0.01$).

Quanto à Ineficácia (T2), evidenciaram-se correlações tanto com o total do MHC-SF (T1) ($r=-0.307$; $p<0.01$), como com os seus factores Bem-estar emocional (T1) ($r=-0.279$; $p<0.05$), Bem-estar social (T1) ($r=-0.262$; $p<0.01$) e Bem-estar psicológico (T1) ($r=-0.268$; $p<0.05$).

Também o factor da Auto-estima negativa (T2) revelou correlações negativas e estatisticamente significativas com o MHC-SF total (T1) ($r=-0.515$; $p=0.000$) e com os factores Bem-estar emocional (T1) ($r=-0.426$; $p=0.000$), Bem-estar social (T1) ($r=-0.409$; $p=0.000$) e Bem-estar psicológico (T1) ($r=-0.491$; $p=0.000$).

Apenas no factor Humor negativo (T2) não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com nenhum factor do MHC-SF (T1).

Tabela 15. Coeficientes de correlação de Pearson entre os factores e os totais do MHC (T1) e o CDI (T2) no género masculino e no género feminino

| | | CDI total | CDI Anedonia | CDI Humor Negativo | CDI Problemas Interpessoais | CDI Ineficácia | CDI Auto- estima Negativa |
|------------------|----------------------------------|--------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | r | r | r | r | r | r |
| Género Masculino | MHC Total | -0.045 | 0.018 | -0.053 | -0.074 | -0.103 | 0.019 |
| | MHC Bem- estar emocional | 0.076 | 0.180 | -0.114 | -0.044 | -0.003 | 0.156 |
| | MHC Bem- estar social | -0.141 | -0.199 | -0.038 | -0.216 | -0.018 | -0.022 |
| | MHC Bem- estar psicológico | 0.018 | 0.170 | -0.032 | 0.074 | -0.196 | 0.007 |
| | MHC Total | -0.444** | -0.247* | -0.144 | -0.489** | -0.307** | -0.515** |
| Género Feminino | MHC Bem- estar emocional | -0.451** | -0.364** | -0.144 | -0.519** | -0.279* | -0.426** |
| | MHC Bem- estar social | -0.357** | -0.145 | -0.215 | -0.459** | -0.262* | -0.409** |
| | MHC Bem- estar psicológico | -0.386** | -0.212 | -0.045 | -0.361** | -0.268* | -0.491** |
| | MHC Total | -0.444** | -0.247* | -0.144 | -0.489** | -0.307** | -0.515** |
| | MHC Bem- estar emocional | -0.451** | -0.364** | -0.144 | -0.519** | -0.279* | -0.426** |

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Verificou-se ainda através de uma regressão linear múltipla

(*stepwise*), o poder preditivo dos factores do MHC-SF (T1) na sintomatologia depressiva (T2). Contudo, este teste foi apenas utilizado no género feminino, já que nos sujeitos do género masculino não se cumpre o critério da significância e a dimensão da amostra é reduzida.

No género feminino o factor de Bem-estar emocional revela-se como único preditor da sintomatologia depressiva em T2, explicando 20.4% ($F=20.483$; $p=0.000$) da variância total ($\beta=-2.836$; $t=-4.526$; $p=0,000$).

Tabela 16. Regressão Múltipla (*Stepwise*): poder preditivo dos factores do MHC (T1) na sintomatologia depressiva (T2) para o género feminino

| | β | R ² | R ² Change | F | p |
|----------------------------|---------|----------------|-----------------------|--------|-------|
| Bem-estar emocional | -2.836 | 0.204 | 0.194 | 20.483 | 0.000 |

Numa tentativa de perceber como os factores do MHC-SF em T1 predizem os factores do CDI em T2 no género feminino realizaram-se regressões lineares múltiplas (*Stepwise*) nos factores que se correlacionavam de forma significativa.

O factor Bem-estar psicológico explica 24.1% ($F=25.448$; $p=0.000$) da variância total da Auto-estima negativa ($\beta=-0.142$; $t=-5.045$; $p=0.000$). O Bem-estar emocional surge a explicar 7.8% ($F=6.755$; $p<0.05$) da variância total do factor Ineficácia ($\beta=-0.112$; $t=-2.599$; $p<0.05$). Finalmente, encontrou-se o Bem-estar emocional a explicar 27% ($F=29.546$; $p=0.000$) da variância total dos Problemas Interpessoais ($\beta=-0.119$; $t=-5.436$; $p=0.000$), em conjunto com o Bem-estar social que explica 5.2% ($F=18.773$; $p=0.000$) desta variância ($\beta=-0.051$; $t=-2.472$; $p<0.05$).

Tabela 17. Regressão Múltipla (*Stepwise*) para o factor Auto-estima negativa em T2

| | β | R ² | R ² Change | F | p |
|------------------------------|---------|----------------|-----------------------|--------|-------|
| Bem-estar psicológico | -0.142 | 0.241 | 0.232 | 25.448 | 0.000 |

Tabela 18. Regressão Múltipla (*Stepwise*) para o factor Ineficácia em T2

| | β | R ² | R ² Change | F | p |
|----------------------------|---------|----------------|-----------------------|-------|-------|
| Bem-estar emocional | -0.112 | 0.078 | 0.066 | 6.755 | 0.011 |

Tabela 19. Regressão Múltipla (*Stepwise*) para o factor Problemas interpessoais em T2

| | β | R ² | R ² Change | F | p |
|----------------------------|---------|----------------|-----------------------|--------|-------|
| Bem-estar emocional | -0.119 | 0.270 | 0.261 | 29.546 | 0.000 |
| Bem-estar social | -0.051 | 0.322 | 0.305 | 18.773 | 0.000 |

4.3.3. Qual o melhor preditor da depressão: trauma ou *flourishing*?

Ao utilizar uma regressão linear múltipla (*Stepwise*), com as variáveis *flourishing* e trauma em T1, pode-se identificar que em conjunto, as duas variáveis contribuem para a sintomatologia depressiva em T2. Ao verificar os

dados para os sujeitos do género masculino, depara-se a impossibilidade de realizar esta análise, por incumprimento do critério da significância e também pela pequena dimensão da amostra.

Os dados permitiram verificar que, nos adolescentes do género feminino as duas variáveis em T1 explicam 30.6% da variância na sintomatologia depressiva em T2 ($F=17.391$; $p=0.000$). A variável trauma revelou-se como o melhor preditor da sintomatologia depressiva explicando 23.7% ($F=24.892$; $p=0.000$) da variância total ($\beta=-0.512$; $t=4.989$; $p<0.010$).

Tabela 20. Regressão Múltipla (Stepwise) para o MHC total e CTQ total para o género feminino

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| CTQ Total | 0.512 | 0.237 | 0,228 | 24.892 | 0.000 |
| MHC Total | -0.127 | 0.306 | 0,288 | 17.391 | 0.000 |

4.4 Estudo 4: A relação da sintomatologia depressiva em T1 com o *flourishing* em T2 no género masculino e no género feminino

A correlação de *Pearson* foi utilizada para observar a existência de uma associação entre a sintomatologia depressiva em T1 e *flourishing* em T2. Os dados encontrados na tabela 21, revelam em particular as correlações para o género masculino e o feminino.

Relativamente ao género masculino não é revelada qualquer correlação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Quanto ao género feminino, as variáveis não se comportam da mesma maneira demonstrando várias correlações estatisticamente significativas. A correlação entre os totais das escalas, revelou-se negativa e estatisticamente significativa ($r=-0.332$; $p<0.01$), sendo considerada uma correlação baixa. Desta forma, a sintomatologia depressiva em T1 evidenciou-se, explicando 11% da variância total do *flourishing* em T2. O MHC-SF total (T2) também se correlaciona negativa e significativamente com os Problemas Interpessoais (T1) ($r=-0.243$; $p<0.05$), com a Ineficácia (T1) ($r=-0.347$; $p<0.01$) e com a Auto-estima negativa (T1) ($r=-0.262$; $p<0.01$).

A correlação mais forte para o género feminino foi encontrada entre o factor Bem-estar emocional (T2) com o total do CDI (T1) ($r=-0.378$; $p=0.000$). Este factor do MHC-SF (T2), evidenciou correlações significativas com a Anedonia (T1) ($r=-0.309$; $p<0.01$), a Ineficácia (T1) ($r=-0.285$; $p<0.01$) e a Auto-estima negativa (T1) ($r=-0.295$; $p<0.01$).

Relativamente ao factor Bem-estar social (T2) foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas com o total do CDI (T1) ($r=-0.219$; $p<0.05$) e com a Ineficácia (T1) ($r=-0.246$; $p<0.05$).

Finalmente, o factor Bem-estar psicológico também revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o total do CDI (T1) ($r=-0.302$; $p<0.01$) e com os factores Ineficácia (T1) ($r=-0.346$; $p<0.01$) e Auto-estima negativa (T1) ($r=-0.269$; $p<0.05$).

Apenas o Humor negativo (T1), não se correlacionou com nenhum dos factores do MHC-SF (T2) e com o seu total.

Tabela 21. Coeficientes de correlação de Pearson entre os factores e os totais do MHC (T2) e o CDI (T1) no género masculino e feminino

| | CDI | CDI | CDI | CDI | CDI | CDI | |
|------------------|----------------------------------|----------|-------------------|----------------------------|------------|-----------------------------|----------|
| | total | Anedonia | Humor Negativo | Problemas Interpessoais | Ineficácia | Auto- estima Negativa | |
| | r | r | r | r | r | r | |
| Género Masculino | MHC Total | -0.098 | 0.098 | -0.001 | -0.283 | -0.046 | 0.197 |
| | MHC Bem- estar emocional | 0.123 | 0.250 | -0.006 | -0.055 | 0.148 | 0.025 |
| | MHC Bem- estar social | -0.169 | 0.125 | -0.085 | -0.319 | -0.170 | -0.270 |
| | MHC Bem- estar psicológico | -0.092 | -0.008 | 0.077 | -0.267 | 0.005 | -0.167 |
| | MHC Total | -0.332** | -0.132 | -0.169 | -0.243* | -0.347** | -0.262* |
| Género Feminino | MHC Bem- estar emocional | -0.378** | -0.309** | -0.120 | -0.180 | -0.285** | -0.295** |
| | MHC Bem- estar social | -0.219* | -0.031 | -0.096 | -0.206 | -0.246* | -0.140 |
| | MHC Bem- estar psicológico | -0.302** | -0.106 | -0.198 | -0.217 | -0.346** | 0.269* |
| | MHC Total | -0.332** | -0.132 | -0.169 | -0.243* | -0.347** | -0.262* |
| | MHC Bem- estar emocional | -0.378** | -0.309** | -0.120 | -0.180 | -0.285** | -0.295** |

*p<0.05; **p<0.01

Com o intuito de explorar como os diferentes factores da escala do CDI explicam o *flourishing*, efectuou-se uma regressão linear múltipla (*Stepwise*). Não se realizou este estudo para os rapazes devido à inexistência de correlações significativas e ao número diminuto de sujeitos pertencentes a este género. Os resultados encontrados, nas raparigas, revelam que o modelo, identifica a Ineficácia (T1) como único preditor explicando 12% ($F=10.980$; $p<0.01$) da variância registada no *flourishing* (T2) ($\beta=-10.813$; $t=-3.340$; $p<0.01$).

Tabela 22. Regressão Múltipla (*Stepwise*) para os factores do MHC para o género feminino

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|----------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| CDI Ineficácia | -10.813 | 0.120 | 0.110 | 10.980 | 0,001 |

De forma a identificar de que forma os factores do CDI em T1 predizem os factores do MHC-SF em T2 no género feminino realizaram-se regressões lineares múltiplas (*Stepwise*) nos factores que se correlacionavam de forma significativa. O factor Anedonia surge a explicar 9.5% ($F=8.442$;

$p < 0.01$) da variância total do Bem-estar emocional ($\beta = -1.360$; $t = -2.906$; $p < 0.01$). Por fim, a Ineficácia aparece a explicar 12% ($F = 10.859$; $p < 0.01$) da variância total do factor Bem-estar Psicológico ($\beta = -0.904$; $t = -3.295$; $p < 0.01$).

Tabela 23. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Bem-estar emocional

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-----------------|---------|-------|--------------|-------|-------|
| Anedonia | -1.360 | 0.095 | 0.084 | 8.442 | 0.005 |

Tabela 24. Regressão Múltipla (Stepwise) para o factor Bem-estar psicológico

| | β | R^2 | R^2 Change | F | p |
|-------------------|---------|-------|--------------|--------|-------|
| Ineficácia | -0.904 | 0.120 | 0.109 | 10.859 | 0.001 |

5. Estudo 5: O papel da variável *flourishing* como moderadora da relação entre a variável trauma e a sintomatologia depressiva

Tendo em conta as análises realizadas nos estudos anteriores não era possível realizar uma moderação com o género masculino, pois não se verifica a correlação e a predição entre CTQ (T1) e CDI (T2). Pelos motivos apresentados optou-se por realizar a moderação apenas para o género feminino.

Ao analisar os resultados dos pressupostos para a regressão múltipla, confirmam-se a inviolabilidade da multicolinearidade, da normalidade, linearidade e homocedasticidade dos resíduos.

No presente estudo, de forma a analisar o efeito de moderação do *flourishing* na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva, conduziu-se uma análise de regressão múltipla hierárquica, de forma a testar os efeitos principais e de interação das variáveis.

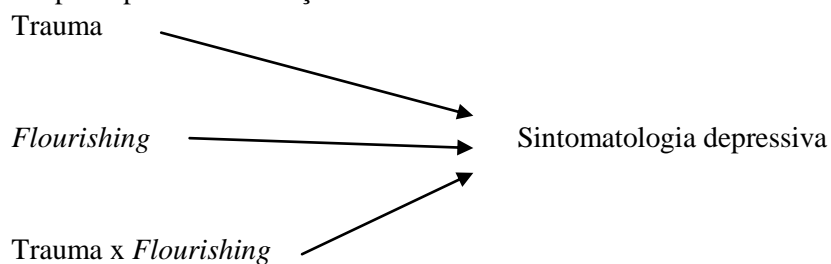


Figura 1. Modelo da moderação (Baron e Kenny, 1986)

Nesta regressão múltipla hierárquica, a entrada das variáveis foi realizada uma a uma. Num primeiro passo de forma a reduzir os erros associados à multicolinearidade do efeito interativo, antes de serem introduzidas, as variáveis (independente e moderadora) foram centradas, isto é, estandardizaram-se as variáveis que entram na análise (subtraindo a variável à sua média), à exceção da variável dependente (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Posteriormente num segundo passo, foi ainda obtido o produto da interação pela multiplicação da variável moderadora centrada e da variável independente também centrada. De seguida introduziu-se, a variável independente centrada (trauma). Depois introduziu-se a variável

moderadora centrada (*flourishing*). Nos dois passos ambos os preditores produziram modelos estatisticamente significativos. Por último, introduziu-se a variável de interação de ambas as variáveis como preditor, apresentando um R^2 de 0.353 ($F=14.199$; $p=0.00$). Existe assim uma interação entre o trauma e o *flourishing* na predição da sintomatologia depressiva. Sendo desta forma, os três passos do modelo estatisticamente significativos. A interação entre as duas variáveis apontam para a existência de um efeito moderador do *flourishing* relativamente à relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva no género feminino ($\beta=0.017$; $t=2.394$; $p=0.000$).

Tabela 25. Regressão linear para efeitos de moderação no género feminino

| | CDI | | R ² | R ² Change | F | p |
|----------------|--------|---------|----------------|-----------------------|--------|-------|
| | B | β | | | | |
| Passo 1 | | | | | | |
| CTQ | 0.487 | 0.512 | 0.237 | 0.228 | 24.892 | 0.000 |
| Passo 2 | | | | | | |
| CTQ | 0.364 | 0.383 | | | | |
| MHC | -0.289 | -0.127 | 0.306 | 0.288 | 17.391 | 0.000 |
| Passo 3 | | | | | | |
| CTQ x MHC | 0.239 | 0.017 | 0.353 | 0.328 | 14.199 | 0.000 |

V - Discussão

Com o intuito de alcançar um maior entendimento relativamente à sintomatologia depressiva nos adolescentes, este estudo desenvolveu-se no sentido de identificar certas particularidades, tais como as diferenças entre os géneros, o que predispõe e o que atenua a possível evolução da sintomatologia depressiva.

A respeito das diferenças de género na sintomatologia depressiva, verificou-se que as raparigas pontuam mais alto que os rapazes tanto no primeiro momento de avaliação como no segundo. Contudo, estas diferenças encontradas para os dois géneros nas pontuações do CDI total, não são significativas. A inexistência de diferenças estatisticamente significativas não vai ao encontro da informação que está documentada na literatura (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Martins e Coelho, 2000; Bahls, 2002; Haaralsita, 2003; Reinherz et al., 2006), não se confirmando a hipótese enunciada neste estudo. Os resultados encontrados neste estudo podem estar relacionados com o número diminuto dos rapazes adolescentes desta amostra. Este facto pode tornar os valores dos rapazes convergentes aos valores das raparigas. Um outro motivo para este achado pode ser a eventual não ocorrência de mudanças hormonais nas raparigas, elemento levantado para as possíveis diferenças de género na sintomatologia depressiva segundo autores como Nolen-Hoeksema & Girgus (1994).

Quanto aos factores do CDI, apenas a Ineficácia (T1) revelou diferenças estatisticamente significativas, com pontuações mais elevadas nos rapazes em detrimento das raparigas. Apesar de estar em concordância com estudos como o de Manso & Matos (2006), este dado não é elucidativo,

sendo verificado apenas em T1. Este achado pode dever-se ao número reduzido de adolescentes do género masculino nesta amostra.

Quanto ao *flourishing* em T2, evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas, tanto para o total da escala do MHC-SF, como para os seus factores, favorecendo os rapazes que se encontram com valores mais elevados. Este resultado vai ao encontro dos dados apresentados por Lopes (2009) em Portugal. No entanto, na amostra em estudo a população é mais jovem do que a amostra analisada por Lopes (2009). Tendo em conta este segundo tempo de avaliação, a hipótese que defende a existência de diferenças nos valores de *flourishing* com maiores níveis no género masculino é corroborada com os dados encontrados. Esta diferença é possível que esteja relacionada com estratégias cognitivas desadaptativas mais presentes nas raparigas como a ruminação (Hyde et al., 2008). Isto porque, a avaliação do bem-estar subjectivo tem sido definida como uma avaliação geral da satisfação com a vida (Diener et al., 1999) o que implica um julgamento cognitivo segundo a definição de vários autores. No entanto, é importante lembrar que a predominância de *flourishing* no género masculino não é um resultado constatado de um modo consensual na literatura sobre os diferentes estudos realizados sobre o tema. Constatou-se que alguns autores não encontram diferenças estatisticamente significativas entre géneros (Diener e Scollon, 2003). É pertinente, então, ter em consideração que o que foi mencionado anteriormente converge com os resultados em T1, pois não foram encontradas diferenças entre géneros. A diferença entre os dois tempos de avaliação pode ser justificada com as descobertas de algumas investigações onde é referido um desenvolvimento crescente do bem-estar subjectivo, concomitantemente com a idade (Ryff, 1989; Mroczek & Kolarz, 1998). Esta informação vai ao encontro dos dados do nosso estudo, pois os valores médios encontrados para o total do MHC-SF e os seus factores aumentam de T1 para T2, acabando também por revelar diferenças entre géneros em T2. Adicionalmente, a diferença de géneros em T2, pode revelar-se, devido às mudanças que rapazes e raparigas sofrem na fase da adolescência.

Finalmente, em relação às diferenças entre géneros para as vivências traumáticas, em T1 evidenciaram-se diferenças significativas, o que já não aconteceu em T2, apesar de nos dois momentos os sujeitos do género masculino apresentarem sempre valores mais elevados comparativamente aos sujeitos do género feminino. Em T1 evidenciou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas no factor do Abuso físico (como já foi mencionado, os valores mais altos são respeitantes aos adolescentes do género masculino). Este dado diverge da literatura que menciona serem os sujeitos do género feminino mais expostos a acontecimentos como o abuso físico e sexual (Nolen-Hoeksema & Girgus 2001). Finalmente, torna-se relevante referir que os resultados referentes ao factor de negação do CTQ (T1) revelaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas. Havendo uma sub-declaração de vivências traumáticas superior nas raparigas, o que pode surgir como justificação dos resultados encontrados.

Ainda numa temática direccionada para as vivências traumáticas do

adolescente, é pertinente lembrar que uma das consequências destas vivências apontadas pelos estudos são as dificuldades escolares. Numa análise aos dados obtidos entre os sujeitos que já reprovaram alguma vez e os que nunca reprovaram, verificou-se que apenas o factor da Negligência física evidencia diferenças significativas entre os adolescentes que já reprovaram e os que nunca reprovaram. Especificamente, os adolescentes que nunca reprovaram têm valores mais baixos quanto à falta de cuidados físicos em comparação com os que já reprovaram. Relativamente ao rendimento escolar não se encontram associações significativas com as vivências traumáticas. Os dados supracitados não são suficientes para permitirem confirmar a hipótese estabelecida de que nos adolescentes com mais dificuldades escolares serão encontrados pontuações mais elevadas na variável trauma. Concomitantemente, não sustentam a literatura que afirma que uma das componentes da vida do adolescente que se mostra prejudicada devido aos abusos é a aprendizagem (Corby, 1994; Alberto, 2006). Esta evidência pode ser justificada pelo número muito reduzido de adolescentes que reprovaram pelo menos uma vez, enviesando desta forma os resultados obtidos. Também são poucos os adolescentes que se auto-avaliaram quanto ao rendimento escolar como “insuficiente” e até mesmo “suficiente” em comparação com as outras categorias. Acabando por enviesar a análise a inexistência de um número mais equitativo de adolescentes a se auto-avaliarem nas diferentes condições. Para além disto, sendo esta uma amostra da comunidade a média da auto-avaliação dos sujeitos como sendo abusados revela uma pontuação relativamente baixa, tendo em conta a amplitude das pontuações possíveis. Este facto pode também ser uma justificação para a falta de associação entre vivências traumáticas e dificuldades escolares.

A sintomatologia depressiva, é também apontada como um agente interferente no rendimento escolar. No presente estudo verificou-se que entre os adolescentes com reprovações e os que não reprovaram existem diferenças significativas no total do CDI. Revelando valores superiores nos sujeitos que já tinham reprovado. Especificamente os factores Anedonia, Problemas interpessoais e Auto-estima negativa também revelam diferenças significativas, sendo as pontuações mais altas referentes aos adolescentes que já reprovaram, tal como no total do CDI. O facto do adolescente ter uma visão negativa de si, tem um impacto na forma de encarar os acontecimentos da sua vida, incluindo o que está relacionado com a escolaridade, podendo dessa forma diminuir o desejo de aprender e a capacidade de concentração. Este facto está intimamente associado à Anedonia, que por sua vez inclui a falta de prazer, o que poderá implicar a falta de motivação para as actividades escolares, aumentando as dificuldades escolares. Um maior isolamento no relacionamento com pares e professores e problemas de obediência parecem também afectar o rendimento académico.

Quanto ao rendimento escolar que o adolescente refere ter, os resultados revelam que o factor da Ineficácia se correlaciona negativa e significativamente com o rendimento escolar. Assim sendo, uma percepção negativa relativamente ao desempenho e às capacidades pessoais está associada a uma auto-avaliação do rendimento escolar inferior. Encontram-

se, portanto, alguns dados que suportam a hipótese da sintomatologia depressiva se relacionar com dificuldades escolares, tal como é descrito na literatura por Dunn & Weintraub (2008).

Embora não seja evidente a associação das vivências traumáticas e da sintomatologia depressiva com as dificuldades escolares, há dimensões do CTQ e do CDI que se relacionam com as dificuldades escolares. Contudo, a sintomatologia depressiva revela uma relação mais evidente com as dificuldades escolares. É relevante lembrar que o número escasso de adolescentes que já tinham reprovado e que se auto-avaliavam com baixo rendimento escolar, podem ter contribuído para os resultados encontrados neste estudo. Para além do que já foi mencionado é preciso ter em conta que existem outros factores envolvidos para as dificuldades escolares, tais como a falta de estudo.

De seguida analisou-se a relação entre as vivências traumáticas em T1 e a sintomatologia depressiva em T2, nos dois géneros. Ao analisar as variáveis em estudo para os dois géneros isoladamente, permitiu observar variações nos resultados obtidos para os adolescentes do género feminino e do género masculino.

Relativamente aos dados encontrados para o género masculino, não se verificaram quaisquer relações entre vivências traumáticas e sintomatologia depressiva.

Constatou-se, porém, que os adolescentes do género feminino, evidenciaram relações significativas entre factores e totais das escalas do CTQ (T1) e do CDI (T2). Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre o total do CTQ e do CDI, revelando que quando as raparigas vivenciam mais experiências traumáticas em T1 são encontrados valores mais elevados de sintomatologia depressiva em T2. Este dado é confirmado, quando se verifica a predição do trauma avaliado num primeiro momento, relativamente à sintomatologia depressiva num segundo momento, explicando 23.7% desta sintomatologia. Exceptuando o factor Abuso sexual, todos os outros factores do CTQ em T1 correlacionam-se com o CDI total em T2. Para além deste resultado poder dever-se a análise de uma amostra da comunidade, pode encontrar-se outra causa. Apesar dos adolescentes serem informados da confidencialidade da informação recolhida, pode existir uma inibição nas respostas de carácter sexual. Lembrando que as raparigas no factor que avalia a desejabilidade social, apresentam uma maior sub-declaração de experiências de abuso que os rapazes. A predizer a sintomatologia depressiva surgem a componente Negligência emocional (T1) e o Abuso físico, respectivamente 25.6% e 4%. Apurando-se desta forma, que o efeito explicativo do Abuso físico é diminuto. Os dados do género feminino vão ao encontro do que é referenciado por Alloy (2003) isto é, o desenvolvimento de sintomatologia depressiva não reside no abuso em si, mas na sua componente emocional. Numa análise mais detalhada, referente aos factores do CTQ (T1) e do CDI (T2), foram encontradas correlações significativas entre estes. Sendo encontradas correlações entre todos os factores do CDI (T2), com pelo menos um dos factores do CTQ (T1). Mais uma vez a Negligência

emocional revelou-se como um dos factores mais relevantes, mostrando ser o único a predizer os Problemas Interpessoais, a Ineficácia e a Auto-estima negativa. Os dois últimos factores, a Ineficácia e a Auto-estima negativa convergem com o que Perry et al. (2002) referem relativamente à Negligência emocional, afirmando que este padrão de comportamento perante a criança pode conduzir a uma pobre auto-imagem que o sujeito cria de si. Esta imagem negativa que o sujeito concebe de si é também um dos pontos da tríade cognitiva da depressão, sugerindo assim a importância da Negligência emocional no seu desenvolvimento. Ainda sobre os Problemas interpessoais serem explicados pela Negligência emocional, também Perry et al. (2002), afirmam que quando esta ocorre de forma consistente antes dos três anos, as vítimas têm dificuldades em desenvolver relações próximas e duradouras ao longo da sua vida. Contudo o CTQ não identifica a altura concreta da ocorrência das vivências traumáticas.

Os dados referentes às raparigas vão no sentido da literatura e da hipótese formulada, que indica uma associação entre a exposição prévia a situações traumática e o aumento de sintomatologia depressiva no futuro, revelando o trauma como um factor de risco (Corby, 1994; Duggal, 2001). Especificamente, a falha na resposta às necessidades emocionais em T1 da criança/adolescente revela uma relação com a sintomatologia depressiva em T2, podendo a Negligência emocional, tendo em conta as outras formas de abuso, ser considerada uma variável de risco.

Após a análise realizada, é útil compreender a presença de outras variáveis que não têm um papel de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, mas funcionam como variáveis protectoras. Desta forma procurou-se analisar a relação entre o *flourishing* em T1 e a sintomatologia depressiva em T2.

No que respeita às diferenças entre géneros, na relação entre o *flourishing* em T1 e a sintomatologia depressiva em T2, encontraram-se os adolescentes do género masculino a não apresentar nenhuma correlação significativa.

O mesmo não se verifica no género feminino, onde foram encontradas correlações negativas e significativas. O *flourishing* (T1) revelou-se como tendo um papel de preditor negativo relativamente à sintomatologia depressiva (T2). Ou seja, estes dados demonstram que quanto mais elevados os níveis de *flourishing* nas raparigas menor será a sintomatologia depressiva apresentada. Identificou-se nos adolescentes do género feminino uma correlação negativa e significativa do bem-estar emocional, social e psicológico relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Na equação do modelo de regressão o Bem-estar emocional (T1) emerge, como o único factor explicativo da sintomatologia depressiva (T2). Conclui-se que a presença do *flourishing* em T1 funciona como preditor negativo no desenvolvimento da sintomatologia depressiva em T2, para os adolescentes do género feminino, corroborando a hipótese formulada anteriormente e indo de acordo com o que é sugerido por alguns autores (Keyes, 2002; Keyes, 2007). É colocada em destaque a componente do Bem-estar emocional em detrimento do Bem-estar psicológico e social, ao analisar o seu poder

preditivo relativamente ao CDI total. Ao analisar os dados obtidos relativamente aos factores de ambas as escalas, o Bem-estar emocional identificou-se como preditor negativo da Anedonia e da Ineficácia. Segundo Keyes (2003), o Bem-estar emocional é operacionalizado através da satisfação com a vida, com o passado, com o presente o que vai ao encontro desta associação inversa com a Anedonia. Quanto à Ineficácia, esta associação teórica não é tão clara, contudo esta componente do *flourishing* engloba a felicidade em todos os domínios da sua vida o que contraria, a percepção de incapacidade traduzida pela Ineficácia. O Bem-estar emocional, em conjunto com o Bem-estar social também revelaram poder explicativo quanto aos Problemas interpessoais. Segundo as definições sugeridas por Keyes (2003), Bem-estar emocional e Bem-estar social, englobam a necessidade de relações positivas com as pessoas que rodeiam o adolescente, o que diverge do factor Problemas Interpessoais. Finalmente, o Bem-estar psicológico surgiu como preditor negativo da Auto-estima negativa. O Bem-estar psicológico implica uma atitude positiva para consigo mesmo o que contraria as pressuposições da Auto-estima negativa.

Deste modo, tendo em conta os dados apresentados pelos sujeitos do género feminino, pode-se depreender que sendo o *flourishing* um estado de saúde mental pleno, quanto mais *flourishing* o adolescente apresentar, maior será a sua tendência para adoptar comportamentos adaptativos e saudáveis e, pelo contrário, menor será a probabilidade de deprimir. Desta forma, corrobora-se a possibilidade do *flourishing* ser identificado como uma variável de protecção relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. No sentido oposto, verificou-se que os adolescentes do género feminino que demonstram valores mais altos de vivências de abuso e de negligência revelam valores significativamente superiores de sintomatologia depressiva em comparação com os sujeitos que pontuam mais baixo.

Depois de analisado o comportamento das duas variáveis independentes, estudadas anteriormente de forma isolada, revelou-se pertinente verificar a capacidade preditora de ambas. Isto é, qual das duas variáveis (trauma e *flourishing*) é a melhor preditora da sintomatologia depressiva em T2. Ao efectuar esta análise, para os adolescentes do género feminino, a percentagem explicativa das duas variáveis agrupadas quanto à sintomatologia depressiva é de 30.6%. A equação do modelo de regressão incluiu ambas as variáveis como predictoras, com o trauma em T1 a predizer 23.7% da sintomatologia depressiva em T2, revelando-se melhor preditor que o *flourishing* (T1) que prediz 6.9% da variância total da sintomatologia depressiva. Neste estudo, os resultados revelam uma maior importância da variável de risco no desenvolvimento da sintomatologia depressiva para as raparigas.

Depois desta extensa análise das variáveis independentes, *flourishing* e trauma, relativamente à variável dependente sintomatologia depressiva surge a possibilidade de estudar o efeito moderador do *flourishing* entre trauma e sintomatologia depressiva, para o género feminino. Os factores de protecção podem amenizar o impacto de diferentes factores de risco, atenuando o desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Posto isto, o objectivo

seguinte remeteu para a investigação de um possível efeito do *flourishing* como moderador na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva. Uma análise de regressão hierárquica múltipla foi conduzida com o *flourishing* como moderador contínuo, para testar o efeito da interação entre vivências traumáticas e o *flourishing*. Os resultados desta análise revelaram que quando a interação entre as vivências traumáticas e o *flourishing* entraram no modelo da regressão, produziram um aumento na predição do modelo e um efeito na depressão. Os resultados apontam para a existência de um efeito moderador do *flourishing*, na relação entre as vivências traumáticas e a depressão, para os adolescentes do género feminino. Assim, para o mesmo valor encontrado nas vivências traumáticas, adolescentes do género feminino com níveis superiores de *flourishing* tendem a apresentar menos sintomatologia depressiva. Portanto, quanto mais o adolescente do género feminino possuir sintomas de *flourishing*, percebendo um maior bem-estar subjectivo (gostando de si, experienciado afecto positivo, felicidade, autonomia), menor será a probabilidade de desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Para além destas relações entre as variáveis em estudo, surgiu a possibilidade de estudar a existência de uma relação entre a sintomatologia depressiva em T1 e o *flourishing* em T2.

Numa análise para cada género não foram encontradas correlações no género masculino.

No género feminino o cenário é distinto, evidenciando-se diversas correlações significativas entre os totais e factores das escalas que medem a sintomatologia depressiva (T1) e o *flourishing* (T2). Identificou-se o poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 na experiência de *flourishing* em T2, explicando 11% da sua variância. Quanto aos factores que entram na equação do modelo de regressão, o único factor encontrado é o da Ineficácia, que explica 12% da variância do *flourishing*. Este factor está relacionado com a percepção que o indivíduo tem das suas capacidades o que demonstra também uma ligação inversa com o que a experiência de *flourishing* indica (sentir que tem capacidades para gerir a sua vida). A Ineficácia (T1) foi encontrada também a predizer negativamente o Bem-estar Psicológico (T2), o que vai ao encontro com a definição deste último conceito que implica a auto-aceitação e uma atitude positiva para consigo próprio. Já a Anedonia (T1) encontra-se a predizer negativamente o Bem-estar Emocional (T2). Este estudo indica que na generalidade os resultados obtidos estão em concordância com o que é mencionado por Leval (1999), demonstrando que a sintomatologia depressiva prévia pode interferir na qualidade de vida dos sujeitos. Para além do que já foi mencionado, também revela uma circularidade entre as duas variáveis, criando dúvidas sobre a possibilidade de qual das variáveis está na origem da diminuição da outra. Contudo, no presente estudo o efeito revelou-se maior quando estudado o efeito preditor do *flourishing* em T1 relativamente à sintomatologia depressiva em T2.

É importante referir que esta investigação detém em si algumas limitações. Os dados para este estudo foram recolhidos recorrendo apenas ao uso de inventários de auto-resposta, apesar da literatura sugerir a

necessidade de cruzar informação de vários métodos e de diversos informadores. Sendo um protocolo, com nove questionários o tempo necessário para o preenchimento do protocolo de investigação poderá também ter colaborado para um declínio da concentração dos adolescentes no preenchimento deste. Para além das desvantagens inerentes aos instrumentos de avaliação, salienta-se o facto de ter apenas sujeitos de três distritos do país, o que não permite a generalização a todos os adolescentes portugueses. A amostra total de 117 sujeitos é uma amostra limitada, o que não permitiu um número de sujeitos idêntico em termos de género. Este último ponto pode estar relacionado com as diferenças encontradas nas associações. Isto é, enquanto o género feminino possibilitou a análise da relação das variáveis o género masculino não o permitiu, na medida em que nunca eram reveladas associações. Neste sentido os resultados das associações encontradas neste estudo foram todas de baixa e moderada magnitude para os factores do CDI e moderadas para o seu valor total, o que poderá dever-se às fracas características psicométricas que os factores do CDI apresentam ao revelar valores reduzidos de consistência interna nesta amostra. Estes aspectos reunidos parecem constituir-se como uma limitação à robustez dos resultados. Embora, a magnitude do efeito destas seja relativamente diminuta é revelada a existência de relações com significância estatística entre as variáveis em estudo. A escassez de estudos relativamente ao *flourishing* criou algumas limitações na interpretação dos resultados.

No futuro seria importante a replicação deste estudo com amostras mais equiparáveis em termos de género, bem como replicar em amostras clínicas, nomeadamente, nos quadros de patologia depressiva. Sugere-se ainda a construção/aferição de outros instrumentos que avaliem o trauma, bem como o bem-estar subjectivo de modo a criar a possibilidade de se obter resultados mais completos. Para além disto, o estudo mais específico de alguns dos factores das escalas, como a Negligência emocional do CTQ, ou o Bem-estar emocional do MHC-SF (isto é, perceber a importância de algumas componentes, identificar a duração, o início), poderá proporcionar dados mais inteligíveis. Finalmente, parece pertinente estudar de uma forma mais aprofundada a relação entre *flourishing* e sintomatologia depressiva, de forma a esclarecer a relação de causalidade.

Ainda que reconhecendo algumas limitações a este trabalho, admite-se a sua importância ao promover uma forma de maior compreensão da sintomatologia depressiva. A maior implicação e contributo que se espera ter trazido com este trabalho, dada a natureza recorrente da depressão, foi na identificação de factores de risco (proporcionam o desenvolvimento da sintomatologia depressiva) e de protecção (enfraquecem o desenvolvimento da sintomatologia depressiva) nos adolescentes do género feminino. Deve-se ainda destacar que os dados revelaram que tanto no trauma como no *flourishing*, as componentes emocionais das escalas destacaram-se na relação com a sintomatologia depressiva. O que em termos práticos alerta para a importância que deve ser dada à vertente emocional do sujeito, tanto como risco para consequências negativas, como na promoção de Bem-estar. Adicionalmente, constitui-se um acréscimo à investigação, ao constatar o

papel do *flourishing* como moderador entre acontecimentos de vida de abuso e negligência e os sintomas depressivos. Especificamente o *flourishing*, emerge como uma tendência para adoptar comportamentos adaptativos e saudáveis contrariando a espiral negativa de comportamentos disfuncionais que a sintomatologia depressiva abrange. Desta forma, pode depreender-se a importância da necessidade de promoção de *flourishing* para a redução do desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

É a construção e a investigação de modelos de compreensão das psicopatologias, que podem originar protocolos devidamente fundamentados e adequados ao nível desenvolvimental. Neste enquadramento a identificação de factores de risco (trauma) e proteção (*flourishing*) face à sintomatologia depressiva será uma mais-valia, para o desenvolvimento de intervenções e prevenções eficazes.

VI - Conclusões

O presente estudo contribuiu para a compreensão da evolução da sintomatologia depressiva numa população da comunidade e de variáveis envolventes neste fenómeno, em adolescentes entre os 13 e os 15 anos. Nesse sentido, procurou estudar duas variáveis descritas na literatura como factor de risco e de proteção para a depressão, nomeadamente o trauma e o *flourishing*.

O trabalho apresentado consistiu em cinco estudos, para tal realizou-se uma recolha e análise de dados quantitativos para caracterização de uma amostra de adolescentes portugueses no que se refere aos níveis de sintomatologia depressiva e às variáveis trauma e *flourishing*.

Ao contrário do que é descrito na literatura não foram encontradas diferenças entre as raparigas e rapazes na sintomatologia depressiva. Relativamente às diferenças nos valores de *flourishing*, estas revelaram-se no segundo momento de avaliação, em benefício dos rapazes que apresentavam valores mais altos, indo ao encontro da hipótese formulada.

Este trabalho conceptualizou também uma tentativa de compreensão das dificuldades escolares do adolescente com base nas vivências traumáticas e na sintomatologia depressiva. Contudo, os dados não foram conclusivos. Isto pode dever-se ao facto de existir um número muito diminuto de adolescentes reprovados em comparação com os que nunca reprovaram. Também são poucos os adolescentes que se auto-avaliaram com um rendimento escolar mais baixo. No entanto, a sintomatologia depressiva revelou ter um papel mais relevante que o trauma, na medida em que foram encontradas diferenças entre os sujeitos que reprovaram e os que nunca reprovaram na pontuação total do CDI, e nos factores Anedonia, Problemas Interpessoais e Auto-estima negativa, em detrimento de um único factor o CTQ (Negligência física).

As associações encontradas neste trabalho, para o género feminino, entre trauma (T1) e sintomatologia depressiva (T2), vêm no sentido de trabalhos anteriores. Ao contrário do que sucede com o género masculino, onde não se verifica o que foi hipotetizado. O facto dos adolescentes pertencerem a uma população normal, pode ser justificação da inexistência de

correlações com o factor Abuso sexual no género feminino, tal como a inibição em transmitir algumas respostas.

Quanto à relação entre o *flourishing* (T1) e a sintomatologia depressiva (T2) os dados comprovam que tanto o Bem-estar social, como o psicológico e o emocional, encontram-se associados negativamente ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva. De facto, valores mais baixos de Bem-estar predizem valores mais elevados de sintomatologia depressiva, na medida em que diminui a felicidade, a satisfação com a vida a autonomia e outras componentes positivas na vida do adolescente. Estes dados apenas se verificaram para as raparigas, não se revelando nos rapazes.

Tal como sucedeu na relação do trauma com a sintomatologia depressiva, também na relação do *flourishing* com a sintomatologia depressiva, os rapazes não demonstraram nenhuma associação entre as variáveis. Estes dados obtidos nos rapazes podem estar relacionados com o facto de estarmos a trabalhar com uma amostra de adolescentes da população normal, onde não se encontram níveis elevados de vivências traumáticas que permitam uma associação com sintomatologia depressiva, ou também com o número escasso de sujeitos pertencentes a este género.

Estudou-se também a associação inversa, isto é entre a sintomatologia depressiva (T1) e o *flourishing* (T2), isto porque o aparecimento de sintomatologia depressiva consequentemente pode diminuir o bem-estar e qualidade de vida do adolescente. Esta associação revelou-se significativa para o género feminino. O que significa que as duas variáveis têm uma influência mútua entre elas. Em termos teóricos, tendo em conta as conceptualizações existentes de depressão e de *flourishing*, estas parecem ser antagónicas, ou seja, quando subsiste a falta de prazer nas actividades diárias, cansaço, humor negativo, há uma carência de sintomas positivos de bem-estar. Esta circularidade pode complicar a análise dos dados. No entanto, a relação que melhor prediz as mudanças de um primeiro momento de avaliação para um segundo momento, é a de *flourishing* como preditor da sintomatologia depressiva.

Posto isto, as duas variáveis (trauma e *flourishing*) parecem produzir um efeito contrário na sintomatologia depressiva. Desta forma, e compreendendo o facto de o *flourishing* estar intimamente relacionado com a percepção subjectiva de Bem-estar, realizou-se um estudo de moderação no género feminino. Com este último estudo foi identificado o *flourishing* como moderador da relação entre trauma e sintomatologia depressiva. Este dado é revelador na medida em que é conhecida uma realidade em que crianças/adolescentes sujeitas a negligência e a abusos não experienciam consequências negativas a longo-prazo, neste caso o exacerbamento da sintomatologia depressiva, quando experienciam *flourishing*. Desta forma, surge a possibilidade da contribuição dos factores de protecção, que ajudam o indivíduo a lidar de uma forma mais adaptativa com situações críticas. O presente estudo demonstra o *flourishing* como um desses factores de protecção, onde se incluem características como optimismo, criatividade, humor, relações positivas com os outros.

Bibliografia

- Abela, J. & Hankin, B. (2009). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. In Nolen-Hoeksema, S. & Hilt, M. (Eds.). *Handbook of Depression in Adolescents* (pp.335-376). New York: Taylor and Francis Group
- Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. R.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alloy, L., Zhu, L., & Abramson, L. (2003). Cognitive vulnerability to depression: Implications for adolescent risk behavior in general. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. London: Sage Publications.
- Arnarson, O. E. & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behavior Research and Therapy* 47, 577-585.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 5, 359-366
- Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 51, 6, 1173-1182
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Cohen, J., West, G., Cohen, P. & Aiken, S. (2003). *Applied multiple regression-correlation analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update guide to clinical decision making. *Psychiatry*, 6(9), 17-31.
- Corby, B. (1994). *Child Abuse: Towards a Knowledge Base*. Buckingham: Open University Press.
- Couto, M., e Maia, A. (2009). *Adversidade na infância explica sintomas actuais em homens de meia-idade*. Universidade do Minho, Braga.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. Soares, Araújo, S., & Caires, S. (Ed.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. VI). Braga: APPORT.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *American Psychological*, 123 (2), 276-302
- Duggal, S., Carlson, E., Sroufe L. & Egeland B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and*

- Psychopathology*, 13, 143-164
- Dunn, L.A., Weintraub, P.(2008). Exercise in the prevention and treatment of adolescents depression: A promising but little researched intervention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (6) 507-518
- Essau, C. (2006). *Child and adolescent psychopathology: Theoretical and clinical implications*. London; New York: Routledge
- Essau, C. A. & Ollendick, T. H. (2009) Diagnosis and Assessment of Adolescent Depression In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.) *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 33-47). New York Press: Routledge.
- Fernandes,A. (2012).Quando é mau-trato? *Enfermagem e o cidadão*,30, 9-10
- Fujita, F., Diener, E. & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of Personality*, 61(3), 427-434
- Gargiolo R. & Stokes, M (2009). Subjective well-being as an indicator for clinical depression. *Social Indicators Research*, 92, 517-527
- Gaspar, T., Ribeiro, J.L., Matos M.G., & Leal I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 55-71
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L., & Pezzi, J. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40, 249-255.
- Haarasilta, L. (2003). *Major Depressive Episode in Adolescents and Young Adults: A Nationwide Epidemiological Survey Among 15-24 Years Old*. University of Helsinki, Helsinki.
- Hankin, B.L. & Abramson, L.Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504
- Hankin, B. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, vol.29, nº6, 645-671
- Hyde, J. S., Mezulis, A.H. & Abramson, L.Y., (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115, 291-313.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2); 207-222
- Keyes, C. L. M. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington: American Psychological Association
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental health in the CDS youth: Is america's youth flourishing?. *Emory University*
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 3, 539-548;
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human

- development research worldwide: An introduction, 77: 1-10
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 2, 96-108
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form. Retrieved 09/01/2012, 2010, from www.sociology.emory.edu/downloads/MHC-SF_Brief_Description.doc
- Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality of life research*, 8, 283-291
- Lopes, S. (2009). *Envelhecimento, bem-estar subjectivo e prática desportiva um estudo realizado em adultos praticantes de natação e hidroginástica*. Universidade do Porto, Porto
- Manso, D., & Matos, M. (2006). Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol 2, 1
- Martins, A. & Coelho, R. (2000). Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. *Psiquiatria Clínica*, 21, 23-34
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª edição) Lisboa: Edições Sílabo
- McIntyre, T., Barroso, R. & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV, (5), 13-24.
- Merikangas, K. & Knight E. (2009). The epidemiology of depression in adolescents In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.) *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 33-47). New York Press: Routledge.
- Moniz, A. (2007). *Depressão e factores cronobiológicos*. Universidade do Minho, Braga.
- Mroczek, K. & Kolarz (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5): 1333-1349
- Mueller, E., & Silverman, N. (1991). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1999). On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease study. *Epidemiology*, 10(5):594-605
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, Vol 115, 3, 424-443
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da criança*. McGrawHill.
- Paivio, S., & Cramer, K. (2004). Factor structure and reliability of the childhood trauma questionnaire in a canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28, 889-904.
- Pereira, A. (2012). *Quanto mais me bates, menos gosto de mim: A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência*. Universidade

- de Coimbra, Coimbra.
- Perry, B.D., Colwell, K. & Schick, S. (2002). Child Neglect. In David Levinson (Ed.) *Encyclopedia of crime and punishment*. Vol.1 Thousand Oapks: Sage Publications.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 45-62.
- Reinherz, H., Tanner, J., Paradis, A., Beardslee, W., Szigethy, E., & Bond, A. (2006). Depressive disorders. In C. Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications*. New York: Routledge.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6): 1069-1081
- Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Ed.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
- Santos, S. (2006). Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: Conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, saúde & Doenças*, 7(1), 89-94
- Salvador, M. (2009). “Ser eu próprio entre os outros”: Um novo protocolo para adolescentes com fobia social generalizada. Universidade de Coimbra, Coimbra
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. J. & Hollon, S.D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention Treatment*, 2(8)
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: Elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64
- Taborda, M.C. (2002). Adolescência: Transição, crise ou mudança? *Psychologica*, 30, 407-429
- Turton, J. (2008). *Child abuse, gender, and society*. New York: Routledge
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Williams, J., Mathews, A., Watts, F., Macleod, C. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi
- Wingo, A., Wrenn G., Pelletier, T., Gutman, A., Bradley, B., Ressler K. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126, 411- 414

Anexos
