



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A relação entre Acontecimentos de Vida Negativos e Sintomatologia Depressiva moderada pelo Género numa amostra de adolescentes portugueses**

Patrícia Ruivo (e-mail: [patriciruivo@live.com](mailto:patriciruivo@live.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde (subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde) sob a orientação de Professora Doutora Ana Paula Soares Matos.

A atual Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e Saúde está inserida no âmbito do projeto "Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais (Ref. PTDC / MHC-PCL / 4824/ 2012)", cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Eixo I do Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do Quadro de Referência Estratégica Nacional (QREN), do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

# FCT

**Fundação para a Ciência e a Tecnologia**

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, INOVAÇÃO E DO ENSINO SUPERIOR



## **A relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a Sintomatologia Depressiva moderada pelo Género numa amostra de adolescentes portugueses**

Neste estudo de desenho transversal pretende-se estudar a relação entre a vivência de acontecimentos de vida negativos por adolescentes e a presença de sintomatologia depressiva manifestada nos mesmos, sob a influência do género. A amostra recolhida é constituída por 319 adolescentes (217 são do género feminino e 102 do género masculino) do oitavo ou nono ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos ( $M = 13.94$ ;  $DP = .69$ ), sendo provenientes de duas regiões geográficas do país. Para o estudo das variáveis referidas, as escalas psicométricas utilizadas foram: 1) o *Child Depression Inventory* (CDI; Kóvacs, 1983; versão PT: Marujo, 1994); e o 2) *Daily Hassles Microsystem Scale* (Seidman et al., 1995; versão PT: Cherpe, Matos, & Paiva, 2009) para avaliar a sintomatologia depressiva e os acontecimentos de vida, respetivamente. Do cruzamento destas variáveis, verificou-se a existência de uma relação entre os acontecimentos de vida negativos e a sintomatologia depressiva manifestada pelos adolescentes. Os resultados revelaram ainda que os acontecimentos de vida negativos predizem o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes, contudo, não foi encontrada uma relação de moderação com o género e os constructos em estudo.

Palavras chave: sintomatologia depressiva, acontecimentos de vida negativos, diferenças de género, adolescência, moderação.

## **The relation between Negative Life Events and Depressive Symptomatology moderated by Gender in a sample Portuguese adolescents**

The goal of this cross-sectional study is to analyze the relationship between depression and negative life events, under gender influence. The collected sample consists of 319 adolescents (217 females and 102 males), from the eighth or ninth grade, with ages between 13 and 15 years ( $M = 13.94$ ,  $SD = .69$ ), from two geographic regions in the country. To study the variables mentioned, the psychometric scales used were: 1) the *Child Depression Inventory* (CDI, Kóvacs, 1983, PT version: Marujo, 1994); and 2) *Daily Hassles Microsystem Scale* (Seidman et al., 1995; PT version: Cherpe, Matos, & Paiva, 2009) to assess depressive symptomatology and negative life events, respectively. The results showed a relation between negative life events and depressive symptomatology manifested by adolescents. The results also revealed that negative life events as a predictor of the development of depressive symptoms in adolescents, however, no moderation relationship with the gender and the constructs under study was found.

Key Words: depressive symptomatology, negative life events, gender differences, adolescence, moderation.

## **Agradecimentos**

À minha mãe, por me ter forrado uma parede a cartolinas, na infância, quando lhe disse que não havia espaço numa só para desenhar tanto mundo; por me ter dito que podia criar palavras novas quando me queixei que as que existiam me eram um número abaixo; por me ter repreendido quando disse que sabia ler – porque ler não é só juntar letras ou deslindar enredos, mas também atribuir vozes e gestos aos personagens, porque estes ainda são o mais importante das histórias, não os contextos. À minha mãe, por me permitir testar todas as minhas costuras, por me deixar ser livre e senhora de mim em todos os momentos, sobretudo, por respeitar as minhas escolhas. Mais, por nunca tentar emoldurar-me num retângulo perfeito, cânones.

À Professora Doutora Ana Paula Matos, por me confiar uma fatia do seu projeto, pelo apoio e conhecimentos transmitidos no decurso desta jornada.

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia, por cultivar em mim o bichinho dos *porquês* e o verbo *descomplicar* ao longo deste ciclo de estudos.

Ao Professor Bruno, pela tentativa de esfarelar a estatística como um *muffin*; diz-se que as migalhas assustam menos que a receita. À Cristiana, à Sara e à Daniela por, de algum modo, terem contribuído para este projeto.

Às minha colegas de Dissertação de Mestrado, Catarina, Telma, Marta e Sílvia, por terem sido agradáveis surpresas, companheiras fiéis, forças motrizes cruciais neste processo. Sobretudo, um obrigada por cultivarem um sentido de humor aguçado perante todos os descompassos com que nos fomos deparando e um espírito de entreatajuda marcantes. Tenho absoluta certeza de que não teríamos chegado a tão bom porto sem estas velas ajustadas. Em pormenor, à Sílvia, pela cumplicidade, presença e partilha constantes, por vestir o meu nome com distinção em diversas e inusitadas ocasiões, acima de tudo, por ter percorrido a odisseia que foi este ano comigo, por torná-la melhor. Especificamente, por ter vibrado com as minhas conquistas de forma genuína e ter sido espectadora e encorajadora de muitas outras, por me ter sido um bálsamo *afasta tempestades*.

Ao Luís, pelo carinho e cuidado que sempre manifestou para comigo, pelas inúmeras palavras de alento e por, numa dimensão mais prática, nos permitir fazer com os nossos horários malabarismos.

Por último, à Maria José e à Luísa, por serem encantadoras de vírgulas, pela disponibilidade e amabilidade que sempre vos reconheço.

## Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Conceptual.....	2
1.1. A depressão na adolescência.....	2
1.1.1. Depressão e Diferenças de Género.....	3
1.2. Acontecimentos de Vida Negativos.....	4
1.2.1. Acontecimentos de Vida Negativos e Depressão.....	5
1.2.2. Acontecimentos de Vida Negativos e Diferenças de Género.....	6
II. Objetivos e Hipóteses.....	7
III. Metodologia.....	9
3.1. Caracterização da Amostra.....	9
3.2. Descrição dos Instrumentos.....	10
3.2.1. Ficha Sociodemográfica.....	10
3.2.2. <i>Children Depressive Inventory</i> .....	10
3.2.3. <i>Daily Hassles Microsystem Scale</i> .....	11
3.3. Procedimentos metodológicos.....	12
3.4. Procedimentos estatísticos.....	13
IV. Resultados.....	15
4.1. Análise Preliminar dos dados.....	15
4.2. Estatística Descritiva.....	16
4.3. Estudo das variáveis sociodemográficas.....	17
4.4. Estudo dos resultados obtidos nos Acontecimentos de Vida Negativos em função do nível de sintomatologia depressiva.....	21
4.5. Estudo da relação entre a exposição a Acontecimentos de Vida Negativos e a presença de sintomatologia depressiva.....	22
4.6. Os Acontecimentos de Vida Negativos como preditores de sintomatologia depressiva nos adolescentes.....	22
4.7. O efeito moderador do género na relação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e a sintomatologia depressiva.....	25
V. Discussão.....	26
VI. Limitações e Estudos futuros.....	29
VII. Conclusões.....	31
VIII. Bibliografia.....	32

## **Introdução**

A adolescência é uma fase de desenvolvimento que inclui mudanças a nível cognitivo, físico, social e emocional (Abela & Hankin, 2008; Rao & Chen, 2009; Rudolph, Hammen, & Daley, 2006). Acarreta, como etapa de vida, um elevado sofrimento emocional, causado pela gestão pessoal de todas as mudanças que decorrem simultaneamente e pelo aumento do número de acontecimentos de vida indutores de stress (Hammen, 2009). Neste sentido, se as mudanças não forem devidamente integradas pelo adolescente, são consideradas vulnerabilizadoras para o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, nomeadamente, a depressão (Abela & Hankin, 2008; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006).

Têm sido apontados como fatores de risco para a depressão na adolescência, entre outras variáveis: acontecimentos de vida negativos, conflitos interpessoais, estrutura familiar disfuncional, depressão num dos pais, doenças físicas, desempenho académico baixo, nível socioeconómico baixo, comorbilidade com outras perturbações do humor, perceção de falta de apoio e ser do género feminino (Bahls, 2002; Gladstone & Beardslee, 2009; Mufson, Dorta, & Moreau, 2004; Tennant, 2002). A par destes riscos, também a não identificação da depressão de uma forma precoce constitui um fator de risco para o prognóstico da própria depressão.

A adolescência é vista como uma etapa crucial à autonomização do adolescente, sendo que a presença de um quadro depressivo pode ter efeitos nefastos com impacto em todas as áreas e contextos da vida do adolescente. Nesse sentido, pode limitar a sua atuação de uma forma funcional e adaptativa, invalidando a sua qualidade de vida e bem-estar, comprometendo o seu desempenho escolar, e o seu desenvolvimento a todos os níveis. Adicionalmente, um episódio de depressivo major na adolescência contribui para a recorrência de episódios depressivos major no futuro, e concorre uma maior probabilidade de este estar associado a outros quadros psicopatológicos (Amerson & Craighead, 2009; Cook, Peterson, & Sheldon, 2009; Rao & Chen, 2009).

Assim, atendendo que avaliações negativas de acontecimentos de vida contribuem para o desenvolvimento da depressão (Dozois & Beck, 2008) e que a depressão é uma das perturbações psicológicas com maior prevalência na adolescência (Hutz, 2002), importa explorar esta relação sob o efeito do

género – discriminado como fator vulnerabilizador quer para um maior número de acontecimentos de vida negativos, quer para níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Importa destacar, que apesar de a adolescência, devido aos desafios que impõe, poder ser tida como uma etapa vulnerabilizadora para o desenvolvimento de psicopatologia, é também uma etapa normativa percorrida pela maioria dos jovens sem dificuldades maiores (Alloy, Zhu, & Abramson, 2003).

## **I. Enquadramento conceptual**

### **1.1. Depressão e Adolescência**

As taxas de prevalência da depressão são marcadamente maiores na adolescência (0.7% a 9.8%; 11% em Portugal) do que na infância (0.4% a 2.5%) (Costello, Pine, & Hammen, 2002; Rao & Chen, 2009; Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004). A ocorrência do primeiro episódio depressivo tem sido apontada entre os 11 e os 14 anos de idade (Hammen, Brennan, & Keenan-Miller, 2008; Merikangas & Knight, 2008). Estima-se, ainda, que 20% a 50% dos adolescentes experienciam sintomas subclínicos de depressão (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008) e que 50% a 80% dos adolescentes deprimidos preenchem critérios para outra perturbação (Verduyn, Rogers, & Wood, 2009). Assim, a depressão nos adolescentes apresenta frequentemente comorbilidade com: Perturbação Distímica, Perturbações da Ansiedade, Perturbações de Abuso de Substâncias, Perturbações Disruptivas e Perturbações Alimentares (Kendall, 2001; Rao & Chen, 2009; Rohde, 2009). Este quadro psicopatológico tem, ainda, estado associado a problemas escolares, dificuldades interpessoais, acontecimentos de vida negativos, gravidez precoce, tabagismo e abuso de substâncias (Tennant, 2002). Adicionalmente, ao nível psicossocial, tem revelado prejuízos significativos nas relações sociais, académicas e familiares, bem como tem expressão ao nível das dificuldades cognitivas e emocionais (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004).

Apesar da expressão clínica da sintomatologia depressiva do adolescente ser na maioria dos seus sintomas semelhante à dos adultos (Christiansen & Bolton, 2007), pode assumir algumas manifestações atípicas, características da fase de desenvolvimento, que podem mascarar indícios de depressão



(Lopes, Barreira, & Pires, 2001), são exemplo: irritabilidade, humor disfórico, insatisfação com a imagem corporal, fadiga, apatia e desinteresse, afeto deprimido, ideação suicida, isolamento, atraso psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, comportamentos antissociais, comportamento sexual promíscuo, perda de peso e aumento ou perda de apetite, reatividade à rejeição, letargia, abuso de álcool e drogas, perturbações do sono, dificuldades de concentração, dificuldade em tolerar a frustração e em tomar decisões, níveis de hostilidade para com elementos da família ou para com amigos, pensamento negativista e diminuição do rendimento escolar (Bahls, 2002; Cook et al., 2009; Kazdin & Marciano, 1998; Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Rudolph et al., 2006; Shafii & Shafii, 2005; Vaz-Serra, 2003; Versiani, Reis, & Figueira, 2000). Acima de tudo, é importante ter presente que a depressão é heterogénea na sua expressão e multicausal, agregando fatores extrínsecos e intrínsecos ao próprio indivíduo (Marujo, 2000).

O interesse da comunidade científica pela perturbação depressiva major em adolescentes é relativamente recente, no entanto, a observação do seu desenvolvimento cada vez em idades menores e o reconhecimento da perturbação como debilitante e recorrente, estando na base de taxas elevadas de mortalidade – uma vez que contribui para o aumento de comportamento suicida e delinquência –, tornou-a uma das principais preocupações de saúde pública das últimas décadas (Bahls, 2002; Rao & Chen, 2009). Assim, diversas investigações têm sido canalizadas para a perceção de fatores predisponentes à mesma e mais recentemente tem-se investido na adaptação e construção de programas de intervenção adequados à faixa etária em causa.

#### **1.1.1. Depressão e Diferenças de Género**

Numa fase pré-puberdade o género masculino tende a deprimir mais, todavia, antes dos 11 anos de idade encontram-se prevalências similares de depressão em ambos os géneros (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000). No decorrer da adolescência as taxas de depressão são invertidas e o género feminino torna-se aproximadamente duas vezes mais propenso que o masculino a experienciar um episódio de depressão major, diferença de género que persiste no decorrer da idade adulta (Cyranowski et al., 2000). Apesar das diferenças de género emergirem entre os 13 e 15 anos (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002), o maior incremento desta diferença de género

ocorre entre os 15 e 18 anos (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Ge, Lorenz, Conger e Elder (1994) verificaram um aumento da sintomatologia depressiva a partir do oitavo ano (aproximadamente 13 e 14 anos), no género feminino, por oposição à taxa constante de depressão do género masculino.

Alguns autores afirmam que apesar das diferenças de género para a depressão, ambos os géneros são vulneráveis aos mesmos fatores de risco. Contudo, quando estão presentes os mesmos preditores de depressão para ambos os géneros, o impacto, a frequência e a estabilidade dos mesmos é maior para o género feminino (Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994). Por exemplo, estudos têm revelado que no decurso da adolescência as mulheres são mais sensíveis a preocupações acerca do peso e insatisfação com a imagem corporal do que os homens, estando a insatisfação com a imagem e o aumento de peso, característica da puberdade, associada a sintomatologia depressiva (Hankin & Abramson, 2001; Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008). Assim, a depressão, no que concerne à questão do género, diferencia-se sobretudo na sintomatologia apresentada por cada um dos grupos. Nas raparigas os sintomas predominantes são: distorção da imagem corporal, perda de apetite, perda de peso, humor negativo, anedonia, maior preocupação com a popularidade entre os pares, maior conscienciosidade, menor autoestima, presença de sentimentos de vazio, tédio e raiva expressos com uma maior severidade (maior frequência e intensidade). Ao passo que nos rapazes os sintomas depressivos prendem-se com: irritabilidade, alterações do rendimento escolar, isolamento social, problemas de comportamento, alterações no padrão de sono, sentimentos de desprezo e desdém (Bahls, 2002). As raparigas apresentam ainda uma maior probabilidade de ter episódios recorrentes de depressão, bem como de a depressão se perpetuar na idade adulta (Lewinsohn & Essau, 2002).

## **1.2. Acontecimentos de Vida Negativos**

O conceito de *acontecimento de vida* (AV) refere-se a experiências objetivas de magnitude suficientemente capaz de perturbar, ameaçar e alterar a rotina do indivíduo, provocando neste alterações emocionais que exigem um reajustamento comportamental. Assim, caracteriza-se por ser um fenómeno discreto, descontínuo e transversal à vida do indivíduo (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend, 1978).

A interpretação dos AV pelos indivíduos é feita em dois momentos. No primeiro, o indivíduo processa e avalia a informação, classificando os AV em neutros, benignos ou negativos consoante as perdas, ameaças ao bem-estar físico e psicológico ou desafios envolvidos, de acordo com as suas características socioculturais, a sua experiência pessoal, cognições e emoções. No segundo, procede à avaliação dos recursos disponíveis para lidar com a situação (Grant, Dawson, Stinson, Chou, & Pickering, 2003). Diferentes tipos de acontecimentos exercem a sua influência de formas diferentes e ao longo de diferentes períodos de tempo, ou seja, consoante sucessivas reavaliações por parte de um mesmo sujeito, a interpretação e reações experienciadas vão-se alterando face a um mesmo acontecimento (Leventhal, Patrick-Miller, & Leventhal, 1998).

No que concerne ao *acontecimento de vida negativo* (AVN), este pode ser major ou minor, sendo que o major é de magnitude maior. Assim, exige um maior reajustamento e tem um impacto na vida do indivíduo a longo prazo, por sua vez o AVN minor, caracteriza-se por ser um evento adverso de impacto menor, a curto ou médio prazo, que ocorre em contexto quotidiano (Brown, 1989).

### **1.2.1. Acontecimentos de Vida Negativos e Depressão**

No que diz respeito à relação dos AVN com a depressão, estudos sugerem que os acontecimentos tidos pelos indivíduos como incontroláveis ou não esperados se relacionam mais com o aparecimento de sintomatologia depressiva do que aqueles que são expectáveis (Pearlin & Lieberman, 1979). Existe uma associação consistente entre a exposição a AVN e o aparecimento de sintomatologia depressiva subclínica ou Perturbação Depressiva Major em adolescentes. Assim, um maior número de AVN na infância ou adolescência é tido como preditor da Perturbação Depressiva Major em adolescentes e adultos (Hazel, Hammen, Brennan, & Najman, 2008). Vários estudos indicam que os AVN significativos precedem episódios depressivos major, tendo verificado pelo menos a ocorrência de um AVN no mês anterior ao início do quadro clínico depressivo (Franko, Striegel-Moore, Brown, Barton, McMahon, & Schreiber, 2004; Waaktaar, Borge, Fundingsrud, & Togersen, 2004; Williamson et al., 2003).

A literatura reporta os AVN como fator de risco para desenvolvimento e

recorrência de depressão na adolescência, a par com outras variáveis (Franko et al., 2004). Alguns autores verificaram que a exposição a AVN tende a aumentar no decorrer da adolescência, assim, adolescentes mais velhos apresentam mais AVN do que adolescentes mais novos (Rhode, 2009). De facto a adolescência, prima por ser uma etapa de mudanças. Deste modo, o adolescente ao experienciar uma constelação de alterações psicossociobiológicas com vista à sua maturação, criação de um sistema de crenças e valores pessoal e identidade própria, fica mais vulnerável a acontecimentos adversos, de dimensão diária ou episódica. Corroborando a informação exposta, Arnett (1999), refere que existem três aspetos que podem ser exacerbados na adolescência: 1) perturbações de humor, 2) comportamentos de risco e 3) conflitos com os pais. Neste seguimento, um estudo de Schneider e colaboradores (2011) verificou que os AVN que mais contribuíram para respostas depressivas por parte dos adolescentes relacionavam-se com a família. Deste modo, o aumento de sintomas depressivos entre os adolescentes pode ser resultado do impacto da maior exposição a AVN no decurso da adolescência, com maior destaque para acontecimentos que reportem dificuldades nos relacionamentos com a família e pares (Shortt & Spence, 2006).

É de salientar que a relação entre AVN e depressão não é, de todo, unidirecional: se os AVN predizem depressão, também características de personalidade, vulnerabilidades cognitivas e/ou comportamentos depressivos podem contribuir, ou mesmo gerar, situações adversas, que por sua vez agravarão ou gerarão níveis mais elevados de sintomas depressivos (Hankin, 2006; Hankin & Abramson, 2001).

### **1.2.2. Acontecimentos de Vida Negativos e Diferenças de Género**

Estudos de género têm revelado que a relação entre AVN e sintomatologia depressiva nas raparigas é mais forte (Andou & Kitamura, 2013; Bouma, Ornel, Verhulst, & Oldehinkel, 2008; Rudolph et al., 2006), tendo o género feminino uma maior propensão para avaliar AV como negativos (Bebbington et al., 1993). Uma hipótese explicativa, consensual entre diversos autores, relaciona-se com o número de AVN que estas experienciam durante a infância ser superior ao dos rapazes (Ge, Conger, & Elder, 2001; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Dentro dos AVN comuns aos

adolescentes, as raparigas têm uma maior suscetibilidade e probabilidade de vivenciar AVN major, por conseguinte, mais traumáticos (Hammen, 2009), bem como são mais propensas a deprimir quando confrontadas com AVN de conteúdo interpessoal (Cyranski et al., 2000). Assim, as raparigas apresentam mais problemas interpessoais, ao nível dos seus relacionamentos mais próximos (p.e., rutura de amizades e término de namoro) por cultivarem uma maior intimidade nas suas relações, enquanto os rapazes exibem mais problemas na escola (Hammen, 2009; Hyde et al., 2008).

Em suma, as diferenças de género encontradas na depressão são similares às diferenças de género encontradas para os AVN, sendo o género feminino mais propenso a ter maiores níveis quer de AVN, quer de sintomatologia depressiva. De forma adicional, a ocorrência de AVN associa-se significativamente ao incremento de sintomatologia depressiva nesta faixa etária, particularmente, no género feminino (Ge et al., 1994).

## II. Objetivos e Hipóteses

É importante salientar que esta investigação faz parte de uma investigação alargada na qual estão a ser estudadas relações entre outras variáveis e a depressão em adolescentes. Deste modo, cinge-se esta dissertação ao estudo do efeito moderador do género sobre a relação entre os AVN e a sintomatologia depressiva em adolescentes, dos 13 aos 15 anos. Avaliando de forma mais restrita e concisa as relações mais relevantes e pertinentes entre as três variáveis envolvidas, com o intuito de obter a persecução do objetivo proposto, da forma mais rigorosa possível. Para o efeito, propõem-se as seguintes hipóteses de investigação:

### Estudo das variáveis sociodemográficas

**H1:** Existem diferenças significativas no que à presença de sintomatologia depressiva diz respeito consoante o género, sendo que género feminino apresenta níveis mais elevados de sintomatologia depressiva;

**H2:** Existem diferenças significativas na experienciação de AVN consoante o género, sendo que as raparigas revelam quer um maior número de AVN vividos. Especificamente, as raparigas obterão maiores pontuações no fator *problemas na relação com os pares* do que os rapazes;

**H3:** Existe uma relação entre a idade e a vivência de AVN e a presença

de sintomatologia depressiva; sendo que os adolescentes mais velhos apresentam um maior número de AVN e sintomatologia depressiva;

**H4:** Existe uma relação entre a vivência de AVN e o contexto do agregado familiar; sendo que os adolescentes cujos pais estão separados, i.e., que experienciaram problemas na família, apresentam uma maior pontuação nos AVN e sintomatologia depressiva;

**H5:** Existe uma relação entre a vivência de AVN e o contexto socioeconómico do agregado familiar; sendo que os adolescentes que se inserem num nível socioeconómico baixo apresentam pontuações mais elevadas de AVN e sintomatologia depressiva do que os seus pares, especificamente, de nível socioeconómico elevado;

**H6:** Um rendimento escolar mais baixo está associado a uma maior ocorrência de AVN, bem como a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

#### **Estudos diversos acerca da relação entre a sintomatologia depressiva e os AVN**

**H7:** Existem diferenças na exposição a AVN em função do grau de sintomatologia depressiva manifestado pelos adolescentes, estabelecendo-se uma relação positiva entre ambos;

**H8:** Os fatores *problemas na relação com os pares* e *problemas na família* apresentam relações mais significativas com a sintomatologia depressiva do que os restantes fatores;

**H9:** Níveis elevados de sintomatologia depressiva estão positivamente associados a uma maior ocorrência de AVN;

**H10:** A ocorrência de AVN será uma variável preditora da sintomatologia depressiva nos adolescentes, especificamente, o fator *problemas na relação com os pares* e *problemas na família*, sê-lo-ão de forma mais significativa que os restantes fatores.

#### **Estudo do efeito moderador do género**

**H11:** Existe um efeito moderador do género na relação entre os AVN e a sintomatologia depressiva.

### III. Metodologia

#### 3.1. Caracterização da Amostra

A amostra utilizada na presente investigação é constituída por 319 adolescentes da população geral, dos quais 217 são do género feminino (68%) e 102 do género masculino (32%). Os adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos de idade ( $M = 13.94$ ;  $DP = .69$ ) frequentavam, no presente ano letivo, o oitavo ou nono ano de escolaridade do ensino regular público e privado ( $M = 8.53$ ;  $DP = .50$ ).

No que diz respeito ao domínio escolar, 30.7% ( $n = 98$ ) apresentavam um rendimento escolar “satisfatório” e 36.1% ( $n = 115$ ) um desempenho “bom”. No que a reprovações concerne, o número máximo de reprovações somadas foram duas ( $n = 6$ , 2.9%), tendo os restantes alunos histórico de apenas uma reprovação ( $n = 39$ , 12.2%), a maioria dos adolescentes nunca reprovou ( $n = 274$ ; 85.9%).

Já no que diz respeito às características demográficas da amostra, a maioria da amostra ( $n = 207$ , 64.9%) foi recolhida no centro litoral do país (Coimbra e Cantanhede), pertencendo a restante amostra ( $n = 112$ , 35.1%) ao centro interior (Viseu).

Relativamente ao nível socioeconómico, referente ao contexto familiar dos jovens, 40.1% apresenta nível socioeconómico baixo, 36.1% médio e 23.8% de nível elevado. Importa ainda referir que a maioria dos adolescentes se encontra ao cuidado de ambos os pais, encontrando-se estes casados ou em união de facto ( $n = 245$ , 76.8%), ao contrário dos restantes adolescentes que estão ao cuidado de apenas um dos pais ( $n = 74$ , 23.2%).

Da amostra total, 85 adolescentes (26.6%) recorreram a serviços de Psicologia/Psiquiatria no passado, 28 (8.8%) no presente e 14.1% ( $n = 45$ ) da amostra padece de uma condição física debilitante.

Por último, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre rapazes ( $n = 102$ ) e raparigas ( $n = 217$ ) no que diz respeito às variáveis sociodemográficas acima mencionadas. Em rigor, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros em relação à idade, ( $t(179.602) = -.433$ ,  $p < .05$ ), anos de escolaridade, ( $t(317) = -1.452$ ,  $p < .05$ ), nº de reprovações, ( $t(68.547) = -1.976$ ,  $p < .05$ ), rendimento escolar, ( $\chi^2(4) = 3.456$ ,  $p < .05$ ) e nível socioeconómico, ( $\chi^2(2) = 1.076$ ,  $p < .05$ ).

### 3.2. Instrumentos

O protocolo aplicado integrava, num primeiro momento, um questionário sociodemográfico. Num segundo momento, os adolescentes preenchiam uma bateria de questionários de autorresposta. É de salientar que na presente investigação foram tidos em conta instrumentos adequados à amostra. Assim, os AVN medidos estão enquadrados com o período do ciclo de vida dos indivíduos em estudo, nomeadamente, a adolescência.

#### 3.2.1. Ficha Sociodemográfica

Esta ficha destina-se à recolha de informação sociodemográfica do adolescente, abrangendo tópicos diversificados acerca do mesmo e do seu agregado familiar, são exemplo: género, idade, local de residência, anos de escolaridade completos, número de reprovações prévias, autoavaliação do rendimento escolar, profissão dos pais, elementos do agregado familiar, existência de história de psicopatologia familiar e no próprios, entre outros.

#### 3.2.2. CDI: *Children Depressive Inventory*

(Kovács, 1985, 1992; versão PT: Marujo, 1994)

O CDI consiste num inventário de autorresposta que tem como objetivo medir a sintomatologia depressiva referente às duas últimas semanas, em crianças e adolescentes de idade compreendida entre os 6 e os 18 anos (Lam, Michalak, & Swinson, 2005; Simões, 1999). É constituído por 27 itens, agrupados em cinco fatores: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e autoestima negativa. A pontuação total da escala varia entre 0 e 54, tendo cada afirmação do instrumento três alternativas de resposta, cotadas num crescendo de gravidade. Assim, a classificação dos itens varia entre 0 (ausência de sintomas), 1 (sintoma moderado) e 2 (sintoma definitivo) (Matos & Pinheiro, 2012).

Na versão original (Kovács, 1985, 1992; Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986) foram encontrados valores elevados de consistência interna para o total da escala ( $\alpha = .83$  a  $.94$ ), bem como uma boa fidelidade teste-reteste. A versão portuguesa do inventário (Marujo, 1994) e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999) apresentaram também uma boa precisão e valores elevados de consistência interna ( $\alpha = .80$  e  $.84$ , respetivamente). A estrutura dimensional original da escala (Kovács, 1985)



não foi reproduzida na aferição do instrumento para a amostra portuguesa. Assim, a versão portuguesa do CDI apresenta uma estrutura unifatorial, tida como mais apropriada à população em estudo (Dias & Gonçalves, 1999). Na presente investigação, foi encontrado um *alpha de Cronbach* para o CDI total de .90, que segundo Pestana e Gageiro (2008) é indicador de uma muito boa consistência interna.

### 3.2.3. DHMS: Daily Hassles Microsystem Scale

(Seidman, et al., 1995; versão PT: Cherpe, Matos e Paiva, 2009)

O DHMS é um instrumento de autorresposta, composto por 28 itens, que propõe medir os acontecimentos negativos diários minor (*daily hassles*) ocorridos no último mês. O instrumento avalia cinco dimensões distintas de ocorrência de acontecimentos de vida negativos minor: 1) problemas na escola, 2) problemas na família, 3) problemas com vizinhos, 4) problemas na relação com pares e 5) ausência de recursos (Seidman, Lambert, Allen, & Aber, 2003).

A versão portuguesa, utilizada neste estudo, apresenta ao invés dos 28 itens, 46 itens, sendo os últimos quatro itens adicionais passíveis de serem preenchidos pelo sujeito com situações que terá experienciado e não estão contempladas nos itens anteriores (Paiva, 2009). Cada item da escala é composto por cinco opções de resposta, nas quais o adolescente indica, primeiro, se o acontecimento descrito lhe aconteceu ou não no último mês e, caso a resposta seja afirmativa, o sujeito deve assinalar a gravidade do problema numa escala de 1 (“não foi um problema”) a 4 (“foi um problema grande”) (Seidman et al., 2003).

A consistência interna para as dimensões deste inventário, na sua versão original, variaram entre .69 e .79, já para a consistência interna da escala total obteve-se um valor de .89 (Seidman et al., 1995). No presente estudo, a escala total revelou muito boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ). No entanto, os fatores que a constituem revelaram consistências internas mais baixas. Assim, os fatores *problemas na escola* ( $\alpha = .68$ ), *problemas com vizinhos* ( $\alpha = .65$ ) e *ausência de recursos* ( $\alpha = .66$ ), obtiveram consistências internas fracas. Por sua vez, o fator *problemas na família* ( $\alpha = .71$ ) obteve uma consistência interna razoável e o fator *problemas na relação com os pares* ( $\alpha = .82$ ) revelou uma consistência interna boa.

### 3.3. Procedimentos Metodológicos

Denotando que este estudo é parte integrante de um projeto maior já há alguns anos no terreno, alguns adolescentes e respetivas escolas já estavam integrados no mesmo. De forma complementar, foram contactadas outras escolas com o objetivo de solicitar a sua participação, tendo sido a adesão ao projeto sujeita a aprovação em Conselho Pedagógico. Aquando da autorização, realizaram-se sessões de apresentação e esclarecimento acerca do referido projeto junto das turmas do oitavo e nono ano de cada escola, explicando os objetivos e procedimentos da presente investigação e o papel que cada participante iria desempenhar, reforçando a natureza voluntária e a confidencialidade do estudo. A cada adolescente foram entregues dois consentimentos informados, um para o próprio e outro para o encarregado de educação, visando obter autorização para participar no estudo.

A bateria de questionários foi administrada de forma coletiva pelos adolescentes, durante o horário letivo, na presença dos professores responsáveis pela unidade curricular em causa e das investigadoras para clarificar dúvidas e assegurar a resposta independente e confidencial. Em média, os adolescentes precisaram de 60 minutos para completar o preenchimento do protocolo de investigação. A recolha da amostra realizou-se de março a maio de 2014, nas diferentes escolas. De entre os critérios de exclusão dos participantes contam-se: 1) inexistência da autorização do adolescente e/ou do respetivo encarregado de educação; 2) falta do completo preenchimento dos questionários que constam no protocolo; 3) participantes de idades não compreendidas entre os 13 e os 15 anos.

### 3.4. Procedimentos estatísticos

Com o intuito de testar as hipóteses supramencionadas, conceptualizou-se um estudo de desenho transversal. A inserção dos dados e consecutivos procedimentos estatísticos foram realizados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para o Windows.

A análise preliminar dos dados consistiu na análise dos dados relativamente à normalidade, através do teste *Kolmogorov-Smirnov* e posterior observação dos valores de assimetria e achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Do mesmo modo, foi avaliada a presença de *outliers* através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de

Extremos e Quartis-Box Plot).

De notar que de forma prévia analisaram-se os pressupostos exigidos para a aplicação e interpretação da normalidade das distribuições, tal como da homogeneidade das variâncias, tendo sido os testes devidamente analisados. Mais se acrescenta que no decorrer da análise estatística foram considerados como diferenças estatisticamente significativas as médias cujo *valor p* do teste em causa fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2010).

Com vista à exploração e caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra, realizaram-se estatísticas descritivas como o cálculo das frequências, médias e desvios padrão. A consistência interna das escalas foi avaliada com recurso ao cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach* tendo como referência, para a análise do valor deste, os índices propostos por Pestana e Gageiro (2008). Assim, *alpha* inferior a .60 indica uma consistência interna inadmissível; entre .60 e .70 uma consistência interna fraca; entre .70 e .80 uma consistência interna razoável; entre .80 e .90 uma consistência interna boa; e, finalmente, um *alpha* superior a .90 é indicador de uma consistência interna muito boa.

O estudo das correlações foi realizado recorrendo a *matrizes de correlação de Pearson*, com o intuito de explorar as associações entre a ocorrência de AVN (variável preditora) e a presença de sintomatologia depressiva (variável critério). Para a análise dos dados obtidos utilizou-se a convenção apontada por Pestana e Gageiro (2008). Assim, um valor *r* abaixo de .20 é indicador de uma correlação muito baixa; entre .20 e .39 de uma correlação baixa; entre .40 e .69 de uma correlação moderada; entre .70 e .89 de uma correlação alta; sendo, que maior que .90 é sinónimo de uma correlação muito alta.

No que a estudos sociodemográficos diz respeito, na avaliação da existência de diferenças de género no que concerne às pontuações obtidas nos AVN (fatores e total do DHMS) e na depressão (CDI total), foi realizado um teste *t de student* para amostras independentes. O mesmo teste foi utilizado para avaliar a existência de diferenças entre adolescentes com e sem histórico de reprovação na pontuação dos AVN (fatores e total do DHMS) e sintomatologia depressiva (CDI total). Da mesma forma, analisou-se a existência de diferenças no que diz respeito à sintomatologia depressiva e à vivência de AVN entre os adolescentes tendo em conta o seu contexto

familiar, dividindo *a priori* os adolescentes, em dois grupos: os que têm os pais separados (quer por motivos de divórcio ou viuvez, quer por serem pais solteiros) e os que não têm os pais separados (casados ou em união de facto).

Com a finalidade de estudar a relação entre os AVN e o nível socioeconómico realizou-se uma MANOVA, já para avaliar a relação do nível socioeconómico com a sintomatologia depressiva procedeu-se à realização de uma ANOVA. De forma a averiguar a relação entre os resultados obtidos pela amostra nos AVN e na depressão e o número de reprovações dos adolescentes, foi realizada uma correlação de *Pearson*. Por sua vez, a relação entre os AVN vivenciados pelos adolescentes ou a sintomatologia depressiva manifesta nos mesmos e o rendimento escolar, foi realizada através de uma correlação de *Spearman*.

De modo a comparar os resultados obtidos no total e nos fatores do DHMS em função do nível de sintomatologia depressiva apresentado pelos adolescentes, categorizou-se a pontuação dos adolescentes no CDI total em dois grupos distintos: deprimidos e não deprimidos. Nesta divisão procedeu-se ao cálculo da média do CDI ( $M = 11.6$ ;  $DP = 7.5$ ) mais um desvio padrão para o grupo deprimidos ( $M + 1 DP = 19.1$ ;  $n = 58$ ) e menos um desvio padrão para o grupo não deprimidos ( $M - 1 DP = 4.1$   $n = 56$ ). Não foram tidos em consideração nesta análise os adolescentes com valores médios.

Para analisar de que forma a experienciação de AVN prediz a depressão (variável critério) na adolescência, foram realizados modelos de regressão linear múltipla multivariada por serem estes habitualmente utilizados para explorar a relação do tipo linear entre uma variável critério e duas ou mais variáveis preditoras. O impacto/influência de cada uma das variáveis preditoras sobre a variável critério foi analisada pelos coeficientes de regressão obtidos.

Importa explicitar sumariamente o que se entende por *moderação*. Assim, o estudo do efeito moderador de uma variável pretende verificar se fatores específicos são capazes de reduzir ou aumentar, quer a magnitude quer a direção e/ou força do efeito de uma variável preditora na variável de resposta (Baron & Kenny, 1986; Lindley & Walker, 1993, cit. in Kim, Kaye, & Wright, 2001). A variável moderadora não tem obrigatoriamente que se correlacionar com as restantes variáveis. Deste modo, uma variável diz-se moderadora se afeta a correlação entre a variável dependente e a variável

independente (Marôco, 2010), de forma a que a natureza do impacto do preditor no critério varie de acordo com o nível ou valor do moderador (Holmbeck, 1997).

No presente estudo, pretende-se analisar o efeito moderador do género na relação entre a sintomatologia depressiva e os AVN. Ou seja, pretende-se estudar a relação entre a vivência de AVN e a presença de sintomatologia depressiva, sob a influência de uma terceira variável, neste caso, o género. Neste procedimento, optou-se por não centralizar os valores dos dois preditores. Numa primeira fase, foi criada a variável *dummy* ( $k - 1$ ) para a variável género, uma vez que esta é uma variável categorial que apresenta dois níveis (feminino e masculino). De seguida, foi calculado o produto da interação através da multiplicação da variável *dummy* (representante da variável género) com cada fator do DHMS, bem como com a escala total (Aiken & West, 1991). Com vista a estudar o efeito moderador, realizámos uma análise de regressão linear hierárquica múltipla, onde a variável critério é o CDI total e as variáveis predictoras entram pela seguinte ordem: 1) fator ou total do DHMS; 2) variável género (sob a forma da variável *dummy*); 3) interação entre cada fator ou total do DHMS e o género (sob a forma da variável *dummy*).

#### IV. Resultados

##### 4.1. Análise preliminar dos dados

No que à análise preliminar dos dados diz respeito, o pressuposto da distribuição normal das variáveis foi analisado através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov* e da análise do enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Verificámos que a amostra não tem uma distribuição normal ( $K - S, p \leq .001$ ), contudo, no que diz respeito ao enviesamento em relação à média, não encontramos valores de assimetria e de achatamento indicadores de violações severas à distribuição normal, segundo Kline (2005). Assim, valores de assimetria (*Skewness*)  $< 3$  e de achatamento (*Kurtosis*)  $< 10$  são considerados aceitáveis. Denotando que a amostra tem uma boa dimensão ( $N = 319$ ), realizaram-se com maior confiança testes paramétricos para a análise das diferenças entre grupos, dado que apresentam robustez face a violações à normalidade das variáveis (Marôco,

2010). Foi ainda analisada a presença de *outliers* através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot) e tomada a decisão posterior de manter algumas observações extremas observadas, quando constatada a não alteração das análises estatísticas após a sua eliminação, demonstrando, deste modo, estabilidade na variabilidade associada às variáveis (Tabachnick & Fidell, 2007). Assim, assumimos a manutenção dos mesmos pelo facto de representarem observações possíveis na população geral, permitindo a generalização dos resultados (Marôco, 2010).

#### 4.2. Estatística descritiva

Com vista a caracterizar a amostra sobre a perspetiva sociodemográfica, foram calculadas, com recurso à estatística descritiva, as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para a amostra em geral. Relativamente às estatísticas descritivas da depressão (CDI total) e dos AVN (total e fatores dos DHMS) para a amostra total em estudo ( $N = 319$ ) (cf. Quadro 1), verifica-se que a média da depressão (CDI total) obtida é de 11.6 com um desvio padrão de 7.5, abaixo do ponto de corte de 19 (percentil 90), índice discriminativo apontado para a faixa etária dos 13 aos 17 anos (Passos & Machado, 2002). No DHMS verifica-se que a média obtida para o fator *problemas na escola* é ligeiramente mais alta ( $M = 1.6$ ;  $DP = .82$ ) que as médias obtidas para os restantes, embora seja próxima da média obtida para o fator *problemas na família* ( $M = 1.1$ ;  $DP = .83$ ) e *problemas na relação com os pares* ( $M = 1.2$ ;  $DP = .93$ ). Ao nível total dos AVN (DHMS total), obteve-se uma média de 36.1 com um desvio padrão de 23.7, resultados esperados para uma amostra comunitária.

**Quadro 1. Médias, desvios padrão, mínimos e máximos para a amostra total**

	Amostra Total ( $N = 319$ )			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
CDI Total	11.6	7.5	0	39
DHMS Total	36.1	23.7	0	151
DHMS (fatores)				
Problemas na escola	1.6	.82	0	3.75
Problemas na família	1.1	.83	0	3.75
Problemas com pares	1.2	.93	0	4

### 4.3. Relação entre a vivência de AVN (DHMS total e fatores) e a sintomatologia depressiva (CDI total) e as variáveis sociodemográficas

#### 4.3.1. Género

Para o efeito de averiguar as diferenças de género, no que à vivência de AVN e à presença de sintomatologia depressiva faz menção, realizaram-se testes *t de student* para amostras independentes (cf. Quadro 2).

**Quadro 2. Diferenças de género na sintomatologia depressiva e AVN**

	Masculino ( <i>n</i> = 102)		Feminino ( <i>n</i> = 217)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
CDI Total	8.7	6.4	13	7.6	-5.30	<b>.000</b>
DHMS Total	33	24.6	37.6	23.1	-1.67	.096
DHMS (fatores)						
Problemas na escola	1.5	.74	1.7	.85	-2.39	<b>.017</b>
Problemas na família	1.1	.78	1.1	.86	-8.65	.388
Problemas com pares	.95	.86	1.3	.95	-2.69	<b>.007</b>

A partir dos resultados obtidos, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre géneros na pontuação do CDI total, ( $t(230.941) = -5.30, p < .001$ ), revelando o género feminino resultados mais elevados ao nível da sintomatologia depressiva ( $M = 13; DP = 7.6$ ). Relativamente ao DHMS, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores *problemas na escola* ( $t(317) = -2.39, p < .017$ ) e *problemas na relação com os pares* ( $t(317) = -2.69, p < .007$ ). Em ambos os fatores, à semelhança dos dados obtidos no geral para os restantes fatores analisados, as raparigas apresentaram sempre pontuações mais elevadas.

#### 4.3.2 Idade

De forma a analisar a influência da idade na sintomatologia depressiva e nos AVN foram realizadas correlações de *Pearson*. Verificaram-se três correlações positivas e estatisticamente significativas: entre a idade e o CDI total ( $r = .155, p = .005$ ); entre a idade e DHMS total ( $r = .123, p = .028$ ); e entre a idade e o fator *problemas na escola* ( $r = .143, p = .010$ ). Todas as correlações mencionadas revelaram ser de magnitude muito baixa (Pestana & Gageiro, 2008). Ainda assim, estes resultados sugerem que os adolescentes mais velhos apresentam níveis de sintomatologia depressiva

mais elevados que os mais novos, bem como um maior número de AVN no seu total, e em particular, na dimensão *problemas na escola*.

#### 4.3.3. Estado Civil dos Pais

Como descrito anteriormente, esta variável foi reorganizada em dois grupos, dividindo os adolescentes da seguinte forma: os que vivem com ambos os pais (casados ou em união de facto) ( $n = 244$ ) e os que têm apenas um dos pais no seu agregado familiar (quer por motivo de divórcio ou viuvez, quer por serem pais solteiros) ( $n = 74$ ). Para analisar as diferenças entre estes dois grupos na pontuação obtida nos AVN e na sintomatologia depressiva realizou-se um teste *t de student* (cf. Quadro 3).

**Quadro 3. Pontuação na sintomatologia depressiva e AVN consoante o contexto familiar**

	Pais não separados ( $n = 244$ )		Pais Separados ( $n = 74$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
CDI Total	11	7.32	13.4	7.86	-2.386	<b>.018</b>
DHMS Total	34.2	22.8	42.2	25.5	-2.652	<b>.011</b>
DHMS (fatores)						
Problemas na escola	1.58	.79	1.78	.88	-1.787	.075
Problemas na família	1.06	.78	1.27	.97	-1.687	.095
Problemas com pares	1.09	.90	1.37	1	-2.240	<b>.026</b>

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação obtida no CDI total,  $t(316) = -2.386$ ,  $p = .018$ ), no DHMS Total,  $t(316) = -2.652$ ,  $p = .011$ ) e no fator *problemas na relação com os pares*,  $t(316) = -2.240$ ,  $p = .026$ ) de acordo com o estado civil dos pais dos adolescentes. Assim, os adolescentes que têm os pais separados revelam pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva e AVN. Dentro destes, especificamente, *problemas na relação com os pares*.

#### 4.3.4. Nível Socioeconómico

Foi realizada uma ANOVA para comparar a média obtida na sintomatologia depressiva relativamente ao nível socioeconómico, dividido em três estratos (baixo, médio e elevado) segundo a classificação de Almeida (1988). Dado que a assunção da homogeneidade da variância para os três níveis da variável socioeconómica não se revelou comprometida (teste de *Levene*,  $p > .05$ ), pode-se verificar que não existem relações



estatisticamente significativas entre os grupos em estudo ( $F(2) = 2.883, p = .057$ ). Posteriormente, de modo a avaliar a relação entre o nível socioeconómico e os AVN, foi realizada uma MANOVA. Os resultados obtidos possibilitaram verificar que a assunção da homogeneidade da variância da amostra estava comprometida, através do teste *Pillai's Trace*,  $V = .078, F = 3.205, p = .001$ , considerado robusto para avaliação da significância multivariada (Tabachnick e Fidell, 2007). De forma a observar estas diferenças, efetuaram-se comparações *post hoc* através do teste de *Tukey HSD*. Os resultados revelaram que no fator *problemas na relação com os pares* existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = .021$ ) entre o nível socioeconómico baixo e o elevado ( $M = 1.30, DP = .97$  versus  $M = .95, DP = .91$ ). Assim, verificou-se que os adolescentes com nível socioeconómico baixo apresentaram valores superiores de *problemas na relação com os pares* comparativamente aos adolescentes cujo nível socioeconómico é elevado. Adicionalmente, no DHMS total também existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = .001$ ) entre o nível socioeconómico baixo e o nível socioeconómico elevado ( $M = 41.5, DP = 26.98$  versus  $M = 29.39, DP = 20.1$ ). Assim, os adolescentes inseridos num nível socioeconómico baixo revelam vivenciar mais AVN do que os seus pares pertencentes a um nível socioeconómico elevado (cf. Quadro 4).

**Quadro 4. MANOVA entre o nível socioeconómico e os AVN**

	Nível Socioeconómico						MANOVAs		Post hoc
	Baixo (1)		Médio (2)		Elevado (3)		F values		Tukey
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p	p
DHMS Total	41.5	26.98	34.58	20.53	29.39	20.1	6.861	<b>.001</b>	.001(1) > (3)
Probl. escola	1.74	.77	1.62	.79	1.47	.93	2.649	.072	n.a.
Probl. família	1.17	.91	1.08	.77	1.06	.79	.544	.581	n.a.
Probl. pares	1.30	.97	1.12	.89	.95	.91	3.702	<b>.026</b>	.021(1)>(3)

#### 4.3.5. Reprovações

De forma analisar as diferenças entre os adolescentes com histórico de reprovação ( $n = 45$ ) e os adolescentes sem histórico de reprovação ( $n = 274$ ) nos AVN e na sintomatologia depressiva, realizou-se um teste *t de student* para amostras independentes (cf. Quadro 5).

**Quadro 5. Pontuação nos AVN e sintomatologia depressiva consoante as reprovações**

	Reprovados (n = 45)		Não reprovados (n = 274)		t	p
	M	DP	M	DP		
CDI Total	12.44	6.75	11.47	7.62	.809	.419
DHMS Total	42.53	27.68	35.07	22.83	1.716	.092
DHMS (fatores)						
Problemas na escola	1.82	.79	1.60	.82	1.655	.099
Problemas na família	1.23	.88	1.09	.83	.997	.319
Problemas com pares	1.16	.87	1.15	.95	.009	.993

Perante os resultados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes que reprovaram pelo menos uma vez e os que nunca reprovaram e os níveis de sintomatologia depressiva e experiências de AVN que manifestam.

#### 4.3.6. Rendimento escolar

De forma a efetuar esta análise, recorreu-se a uma correlação de *Spearman*. A utilização deste teste em detrimento de outros prende-se com as características do constructo em análise. Ou seja, a variável em estudo não é verdadeiramente contínua, mas sim uma variável com intervalo/rácio: 1 - insuficiente, 2 - suficiente, 3 - satisfatório, 4 - bom, 5 - muito bom (Field, 2012; Pestana & Gageiro, 2008) (cf. Quadro 6).

**Quadro 6. Correlações (2-tailed Spearman r) entre os AVN, a sintomatologia depressiva e o rendimento escolar**

	Rendimento escolar (N = 319)	
CDI Total	-.350	p = .000
DHMS Total	-.292	p = .003
DHMS (fatores)		
Problemas na escola	-.478	p = .000
Problemas na família	-.286	p = .004
Problemas com pares	-.094	p = .347

Os coeficientes de correlação de *Spearman* demonstraram que os fatores *problemas na escola* ( $r = -.478, p < .001$ ) e *problemas na família* ( $r = -.286, p = .004$ ) correlacionam-se de forma moderada e baixa (Pestana & Gageiro, 2008), respetivamente, com o desempenho escolar. A correlação entre os fatores e esta variável é negativa e estatisticamente significativa, à semelhança do que acontece com a escala total dos AVN ( $r = -.292, p =$

.003), sendo a correlação entre as duas variáveis baixa. Estes resultados sugerem que a uma maior vivência de AVN – quer num prisma geral, quer particularizando ao contexto escola e família – está associada um rendimento escolar nos adolescentes mais baixo. Por sua vez, o resultado obtidos para o CDI total ( $r = -.350, p < .001$ ), correlaciona-se de forma baixa, negativa e estatisticamente significativa com a variável em estudo. Estes dados são indicadores de que a maiores níveis de sintomatologia depressiva se associam desempenhos escolares mais baixos.

#### 4.4. Estudo das diferenças nos resultados obtidos nos AVN (DHMS total e fatores) pelos adolescentes em função do nível de sintomatologia depressiva (CDI total) que manifestam

De forma a analisar a pontuação obtida nos AVN tendo em conta o nível de sintomatologia depressiva presente nos adolescentes, dividiu-se a amostra ( $N = 319$ ) em dois grupos distintos: deprimidos ( $n = 58$ ) e não deprimidos ( $n = 56$ ). Para este efeito foi utilizado o ponto de corte calculado através da média do CDI total ( $M = 11.6$ ) mais um desvio padrão ( $DP = 7.5$ ) para o grupo deprimidos ( $M + 1 DP = 19.1$ ) e o ponto de corte da média menos um desvio padrão ( $M - 1 DP = 4.1$ ) para os não deprimidos. Com intuito de estudar a relação supramencionada realizou-se o teste *t de student* para amostras independentes (cf. Quadro 7).

**Quadro 7. Diferenças nos resultados dos AVN de acordo com a sintomatologia depressiva dos adolescentes**

	Com sintomatologia depressiva elevada ( $n = 58$ )		Com sintomatologia depressiva baixa ( $n = 56$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DHMS Total	54.72	22.08	16.32	14.39	-	.000
					11.039	
DHMS (fatores)						
Problemas na escola	2.28	.73	1	.62	-	.000
Problemas na família	1.70	.91	.49	.58	10.125	.000
Problemas com pares	1.90	1.01	.53	.65	-8.427	.000
					-8.624	

Na presença dos resultados obtidos verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à pontuação obtida em todos os fatores do DHMS e inclusive no total da escala, consoante o nível de sintomatologia depressiva apresentado pelos adolescentes. Em rigor,

verificam-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos fatores *problemas na escola*,  $t(112) = -10.125$ ,  $p < .001$ , *problemas na família*,  $t(97.278) = -8.427$ ,  $p < .001$  e *problemas na relação com os pares*,  $t(97.935) = -8.624$ ,  $p < .001$ , bem como no total da escala DHMS,  $t(98.453) = -11.039$ ,  $p < .001$ . Assim, conclui-se que os adolescentes com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva apresentam paralelamente a presença de mais AVN no global, bem como, na escola, na família e na relação com os pares em particular.

#### 4.5. Estudo da relação entre a exposição a AVN (DHMS total e fatores) e a presença de sintomatologia depressiva (CDI total)

De forma a analisar a correlação entre os resultados obtidos pelos adolescentes no CDI total e no DHMS total e nos fatores que a compõe a escala em estudo, foi realizado uma correlação de *Pearson* (cf. Quadro 8).

**Quadro 8. Correlações (2-tailed *Pearson r*) entre os AVN e a sintomatologia depressiva**

	CDI Total (N = 319)
DHMS Total	.568*
DHMS (fatores)	
Problemas na escola	.538*
Problemas na família	.491*
Problemas com pares	.554*

\* A correlação é significativa ao nível .001 (2-tailed)

Os coeficientes de correlação de *Pearson* demonstraram que os fatores *problemas na escola* ( $r = .538$ ,  $p < .001$ ), *problemas na família* ( $r = .491$ ,  $p < .001$ ) e *problemas na relação com os pares* ( $r = .554$ ,  $p < .001$ ) correlacionam-se de forma moderada (Pestana & Gageiro, 2008), positiva e significativa com o CDI total, à semelhança do que acontece com a escala total ( $r = .568$ ,  $p < .001$ ). Estes resultados são indicadores de que a vivência de AVN – quer num prisma geral, quer particularizando ao contexto escola, família e relação com pares – está relacionada com a presença de níveis mais elevados de sintomatologia depressiva nos adolescentes. Em suma, os dois constructos relacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa.

#### 4.6. Estudo dos AVN (DHMS total e fatores) como preditores de sintomatologia depressiva (CDI total) nos adolescentes

Com vista a averiguar como se comportam os AVN como preditores da sintomatologia depressiva realizaram-se duas regressões lineares. A primeira sendo múltipla (método *enter*) com os três fatores do DHMS em estudo e a segunda apenas com o DHMS total como variável preditora, de forma a evitar a multicolinearidade (Pallant, 2010). Num primeiro momento a análise foi realizada para a amostra total (cf. Quadro 9 e 10).

**Quadro 9. Análise de regressão dos AVN (fatores do DHMS) como preditores de sintomatologia depressiva (CDI variável critério)**

Preditores	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	$\beta$	<i>p</i>
Modelo 1	.640	.409	72.809		.000
Problemas na escola				.296	.000
Problemas na família				.129	.026
Problemas com pares				.337	.000

**Quadro 10. Análise de regressão dos AVN (DHMS total) como preditoras de sintomatologia depressiva (CDI variável critério)**

Preditor	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	$\beta$	<i>p</i>
Modelo 2	.568	.323	151.232		.000
DHMS total				.568	.000

Os resultados da análise de regressão múltipla revelaram que as variáveis preditoras produziram um modelo significativo ( $R^2 = .409$ ;  $F(3) = 72.809$ ),  $p = .000$ ), predizendo significativamente 40.9% da variância na depressão. De forma adicional, estes resultados demonstraram que os três fatores em estudo relativos a AVN, apresentam uma contribuição significativa e independente na predição da depressão. Assim, os *problemas na escola* emergem como melhor preditor global ( $\beta = .337$ ,  $p = .000$ ), seguido dos *problemas na escola* ( $\beta = .296$ ,  $p = .000$ ). Da mesma forma, a escala total enquanto variável preditora produziu um modelo significativo ( $R^2 = .323$ ;  $F(1) = 151.232$ ),  $p = .000$ ), predizendo significativamente 32.3% da variância na depressão. Deste modo, verifica-se que o modelo dos três fatores em estudo pertencentes à escala total são um maior preditor para a depressão que a totalidade da escala dos AVN.

#### 4.6.1. Estudo dos AVN como preditores de sintomatologia depressiva no género masculino

Quando analisado em separado o género masculino ( $n = 102$ ), os resultados encontrados revelam que as variáveis preditoras produziram um

modelo significativo ( $R^2 = .347$ ;  $F(3) = 17.350$ ,  $p = .000$ ) que explica 34.7% da variância na depressão. Estes dados demonstram ainda os *problemas na relação com os pares* apresentam uma contribuição significativa e independente na predição da depressão ( $\beta = .325$ ,  $p = .001$ ). Mais uma vez o modelo da escala completa ( $R^2 = .298$ ;  $F(1) = 42.368$ ,  $p = .000$ ) tem um efeito menos preditor que o modelo dos três fatores (cf. Quadro 11 e 12).

**Quadro 11. Análise de regressão dos AVN (fatores do DHMS) como preditores de sintomatologia depressiva (CDI variável critério) para o género masculino**

Preditores	$R$	$R^2$	$F$	$\beta$	$p$
Modelo 1	.589	.347	17.350		.000
Problemas na escola				.205	.053
Problemas na família				.179	.102
Problemas com pares				.325	.001

**Quadro 12. Análise de regressão dos AVN (DHMS total) como preditoras de sintomatologia depressiva (CDI variável critério) para o género masculino**

Preditor	$R$	$R^2$	$F$	$\beta$	$p$
Modelo 2	.546	.298	42.368		.000
DHMS total				.546	.000

#### 4.6.2. Estudo dos AVN como preditores de sintomatologia depressiva no género feminino

Quando analisado em separado o género feminino ( $n = 217$ ), os resultados encontrados revelam que as variáveis preditoras produziram um modelo significativo ( $R^2 = .416$ ;  $F(3) = 50.616$ ,  $p = .000$ ) que explica 41,6% da variância na depressão. Estes dados demonstram ainda que os *problemas na relação com os pares* ( $\beta = .317$ ,  $p = .000$ ), juntamente com os *problemas na escola* ( $\beta = .307$ ,  $p = .000$ ) e os *problemas na família* ( $\beta = .146$ ,  $p = .039$ ) apresentam uma contribuição significativa e independente na predição da depressão. Mais uma vez o modelo da escala completa ( $R^2 = .336$ ;  $F(1) = 108.894$ ,  $p = .000$ ) tem um efeito menos preditor que o modelo dos três fatores. (cf. Quadro 13 e 14).

**Quadro 13. Análise de regressão dos AVN (fatores do DHMS) como preditores de sintomatologia depressiva (CDI variável critério) para o género feminino**

Preditores	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.645	.416	50.616		.000
Problemas na escola				.307	.000
Problemas na família				.146	.039
Problemas com pares				.317	.000

**Quadro 14. Análise de regressão dos AVN (DHMS total) como preditoras de sintomatologia depressiva (CDI variável critério) para o género feminino**

Preditor	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Modelo 2	.580	.336	108.894		.000
DHMS total				.580	.000

#### 4.7. Estudo do efeito moderador do género (DHMS fatores e total) na relação entre os AVN e a sintomatologia depressiva (CDI total) nos adolescentes

Dado a variável moderadora do presente estudo ser categorial (género) foi necessário criar uma variável *dummy*, de forma a assumir os dois valores possíveis (masculino – 0; feminino - 1). Posteriormente, foram criadas variáveis que correspondem ao termo multiplicativo entre a variável independente, neste caso o total e os fatores do DHMS e a variável moderadora, o género. Obtiveram-se, assim, três termos: total ou fator do DHMS, género (*dummy*) e o termo multiplicativo (total ou fator do DHMS x género). Após estes passos serem cumpridos, efetuaram-se análises de regressão múltipla hierárquica de forma separada para cada fator do DHMS e também para o seu total. Assim, no primeiro passo foi inserido um fator ou o total do DHMS como preditor da depressão; no segundo, foi inserida a variável moderadora género (*dummy*); e no terceiro, foi inserida a interação correspondente ao fator em causa ou ao total do DHMS e a variável moderadora (género, sob a forma de variável *dummy*).

Após a análise dos resultados, não foram encontrados efeitos moderadores significativos nas interações entre o género e os fatores *problemas na escola* ( $\beta = .118, p = .392$ ), *problemas na família* ( $\beta = .066, p = .559$ ) e *problemas na relação com os pares* ( $\beta = -.072, p = .504$ ), à semelhança do que ocorreu na escala total de AVN ( $\beta = .167, p = .106$ ).

Da observação dos resultados obtidos e tendo em consideração as análises previamente elaboradas, concluímos que os AVN (sob a forma dos

fatores em estudo do DHMS e inclusive do seu total) são preditores de sintomatologia depressiva. No entanto, quando colocados sob o efeito do género como moderador, a relação de predição que os AVN têm sobre a sintomatologia depressiva mantém-se, não tendo o género nenhum impacto sobre as variáveis em estudo.

## V. Discussão

A pertinência do estudo da depressão na adolescência prende-se sobretudo com a urgência de obter respostas que possam ter uma implicação clínica ao nível da implementação de programas de prevenção secundária, bem como de intervenção direta com o adolescente deprimido ou em vias de, devido às taxas crescentes de depressão entre os adolescentes.

### 5.1. Estudo das relações entre AVN e sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas

Em relação às diferenças de género estatisticamente significativas encontradas, verificou-se que as raparigas apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, confirmando H1 e indo ao encontro de estudos anteriores (p.e., Cyranowski et al., 2000). Da mesma forma, apresentam maiores índices de experienciação de AVN, especificamente, na esfera escolar e na relação com os pares, corroborando as investigações até à data efetuadas na área (Cyranowski et al., 2000) e a H2. No entanto, apesar de se esperarem resultados mais elevados por parte do género feminino no domínio interpessoal, não era esperado um resultado similar no que ao contexto escolar se refere, uma vez que estudos anteriores revelavam uma associação superior entre AVN escolares e o género masculino (Hammen, 2009; Hyde et al., 2008).

No que diz respeito às idades, verificou-se a existência de diferenças significativas na dimensão *problemas na escola*, bem como no leque geral dos AVN. Assim, o número de AVN tende a ser mais elevado com o aumentar da idade. Ou seja, adolescentes mais velhos parecem vivenciar mais AVN do que adolescentes mais novos, sobretudo em contexto escolar. Estes dados são congruentes com os resultados obtidos na investigação de Rhode (2009). Adicionalmente, os resultados sugerem que os sujeitos mais velhos apresentam também níveis de sintomatologia depressiva mais



elevados do que os adolescentes mais novos. Importa referir que a literatura aponta como pico para o desenvolvimento de um episódio depressivo major o intervalo de idades 11 e os 14 anos de idade (Hammen et al., 2008; Merikangas & Knight, 2008). Estes eram dados esperados e hipotizados anteriormente em H3.

Acerca do contexto familiar onde o adolescente se insere, verificaram-se níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e uma maior vivência de AVN nos adolescentes cujos pais se encontram separados. Ao nível dos AVN, a expressão dos mesmos ocorre sobretudo ao nível da relação com os pares, ao contrário do que foi hipotizado em H4. No entanto, podemos, como hipótese explicativa, avançar que a manifestação dos sentimentos negativos originados pelos problemas familiares possa ser de algum modo canalizada para os pares, originando situações de conflito com os mesmos. Da análise ao contexto socioeconómico familiar, denotou-se que adolescentes provenientes de um nível socioeconómico baixo apresentaram mais AVN, particularizando ao nível da relação com os pares, comparativamente com os adolescentes inseridos num contexto socioeconómico elevado. Esperava-se na H5 encontrar maiores níveis de sintomatologia, o que não ocorreu, bem como uma maior pontuação nos AVN no seu total, não no fator problemas na relação com os pares; para avançar com uma hipótese explicativa importa estudar se estes adolescentes de escalão socioeconómico mais baixo estão integrados no seu grupo de pares ou se serão adolescentes à margem deste. A possibilidade de uma não integração devido à ausência de *status* social, ausência de recursos, questões de *bullying*, comportamentos maladaptativos e/ou isolamento intencional dos pares, entre outras hipóteses, podem estar na origem ou servir de explicação para o porquê de um nível socioeconómico baixo estar associado a problemas na relação com os pares.

Da observação do rendimento escolar, conclui-se que a uma maior vivência de AVN, com relevo para ao contexto escolar e familiar, está associada um rendimento escolar mais diminuto, à semelhança do que ocorre na presença de maiores níveis de sintomatologia depressiva, validando a H6. Estudos anteriores de alguns autores (p.e., Bahls, 2002; Shafii & Shafii, 2005) confirmam que a sintomatologia depressiva muitas vezes se encontra associada a um desempenho escolar menor.

## **5.2. Estudos acerca da relação entre AVN e sintomatologia depressiva nos adolescentes**

Acredita-se largamente no seio da comunidade científica que existe uma associação entre a exposição a AVN e a vulnerabilidade para a depressão (p.e., Franko et al., 2004; Hazel et al., 2008). Nesse seguimento, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à experiência de AVN, quer quando utilizada a escala global, quer quando analisados os AVN na vida dos adolescentes de forma mais específica recorrendo aos fatores, i.e., na esfera escolar, familiar e na relação com os pares, consoante o nível de sintomatologia depressiva manifestada pelos adolescentes, validando a H8. Assim, parece que quantos mais AVN os adolescentes experienciam mais elevada é a sintomatologia depressiva associada aos mesmos, corroborando a H7. De forma adicional, verificou-se que os dois constructos se relacionam de modo positivo e estatisticamente significativo, confirmando H9. Outros estudos sugerem que a exposição a AVN precede episódios depressivos major ou a manifestação de sintomatologia depressiva subclínica (p.e., Franko et al., 2004; Waaktaar et al., 2004; Williamson et al., 2003). Em acréscimo, outras investigações indicam que um maior número de AVN na infância ou adolescência parece estar associado a um aumento da probabilidade de desenvolver depressão quer na adolescência, quer na idade adulta (p.e., Hazel et al., 2008). A esse respeito, todas as variáveis em estudo referentes aos AVN se revelaram predictoras de sintomatologia depressiva para a amostra total, apesar dos AVN em contexto familiar terem um menor enfoque. Para as raparigas, especificamente, os problemas na relação com os pares, os problemas na escola e os problemas na família revelaram ter uma contribuição significativa e independente na predição da depressão, vulnerabilizando-as para o desenvolvimento de um quadro depressivo. Ao passo que para os rapazes apenas os problemas na relação com os pares se revelaram um predictor independente significativo de sintomatologia depressiva. De notar que os resultados apesar de não lineares ao que era hipotizado em H10 não infirmam a hipótese levantada.

## **5.3. Estudo do efeito moderador do género na relação entre os AVN e a sintomatologia depressiva dos adolescentes**

A realização deste estudo prende-se com o facto de a revisão da literatura levantar como hipótese que o género enquanto variável moderadora possa afetar a relação entre os AVN e a sintomatologia depressiva. Assim, como objetivo principal desta investigação pretende-se constatar se esse impacto se verifica na amostra recolhida, tendo em consideração as especificidades da mesma. Deste modo, estudou-se a sintomatologia numa amostra de adolescentes situados num intervalo de idades onde a literatura situa a ocorrência do primeiro episódio depressivo major (Hammen et al., 2008; Merikangas & Knight, 2008), bem como a acentuação das diferenças de género no que ao quadro depressivo faz menção; e simultaneamente estudaram-se os AVN numa etapa de vida caracterizada por mudanças, indutoras de stress e afeto negativo, que quando não integradas de forma adaptativa são fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente, depressão (Abela & Hankin, 2008; Rao & Chen, 2009). Têm sido encontradas diferenças de género em diversas investigações também no que diz respeito aos AVN (p.e., Andou & Kitamura, 2013; Rudolph et al., 2006).

Neste estudo, apesar dos estudos prévios demonstrarem que a variável critério (sintomatologia depressiva) se relacionava com as variáveis predictoras (AVN), sendo inclusive os AVN preditores significativos do desenvolvimento de sintomatologia depressiva, e tendo a variável moderadora (género) revelado ter impacto em ambos os constructos, não foi encontrada uma moderação. Da observação dos dados verificou-se que o comportamento do efeito preditor dos AVN sobre a sintomatologia depressiva, quando exposto à influência da variável género, se mantém inalterável, não tendo o género nenhum impacto sobre as variáveis em estudo.

## **VI. Limitações e Estudos futuros**

Como limitações aos estudos anteriormente descritos destaca-se a distribuição não proporcional por género da amostra, maioritariamente feminina. Considera-se que deve ser um fator importante a ter em conta na interpretação dos resultados, pois não a torna representativa de toda a população adolescente portuguesa. Nesse seguimento, apesar de a recolha da amostra abranger duas regiões geográficas do país, e de esse ser um ponto

forte na investigação, tem infelizmente uma expressão pequena, devendo idealmente replicar-se a investigação numa amostra representativa da população em todas as suas características sociodemográficas. Outro dado que acarreta reservas na interpretação e generalização dos resultados para a população adolescente nacional relaciona-se com a amostra em estudo ser comunitária, não contemplando uma média elevada de sintomatologia depressiva. Ou seja, não existe uma distribuição com expressão ao nível de adolescentes que poderão estar em risco de desenvolver psicopatologia, adolescentes com psicopatologia instalada sem tratamento, adolescentes com psicopatologia instalada com tratamento. Deste modo, não é permitido um termo de comparação entre os diferentes níveis de sintomatologia manifesta nos adolescentes.

A recolha dos dados realizada exclusivamente através de instrumentos de autorresposta pode colocar em causa a credibilidade ou fidedignidade de algumas das respostas dadas pelos adolescentes, quer pela morosidade do processo de preenchimento devida à bateria de questionários ser extensa, produzindo cansaço e conseqüentemente menor atenção e compreensão dos itens por parte dos sujeitos, quer por ao ser aplicada em situação de grupo poder ser geradora de distração e/ou inibição, não sendo a veracidade das respostas assegurada. Ainda acerca dos instrumentos utilizados, o questionário utilizado na medição do constructo AVN não abrange todo o tipo de eventos a que os adolescentes podem ser sujeitos, nomeadamente, em termos de magnitude, o instrumento debruça-se apenas em AV de expressão menor, não abrangendo os AV major. Seria, por isso, importante a persecução do estudo dos AVN nos adolescentes portugueses, de forma ideal a aferição de outros questionários que contemplassem AVN major e minor seriam uma mais valia, na convicção que com o trabalho implicado nestes se consigam obter resultados melhores e mais adequados à população alvo.

Por último, a consistência interna fraca ( $\alpha = .68$ ) da dimensão *problemas na escola* do instrumento psicométrico DHMS também é um ponto negativo da presente investigação, contudo o mesmo não foi retirado por ser crucial à investigação em termos de conteúdo. A presença de algumas das correlações existentes entre as variáveis revelaram-se associações de magnitude baixa a moderada, o que nos leva a interpretar os resultados obtidos com alguma cautela.

Por contraponto, apesar de não ter sido encontrado um efeito moderador do género na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva nesta amostra, seria desejável que a premissa chave desta investigação se replicasse em amostras maiores, homogéneas (em termos de características sociodemográficas), abrangendo diferentes contextos (comunitário, clínico e institucional), bem como um intervalo de idades mais lato (de modo a poder proceder-se a uma estratificação das idades consoante diferentes fases maturacionais dos adolescentes), de forma a confirmar ou infirmar as conclusões retiradas desta investigação. O desenho transversal da presente investigação não permite estabelecer a direccionalidade da influência, assim estudos longitudinais seriam valiosos na medida em que possibilitariam o estudo das relações de causalidade de um modo mais exaustivo e detalhista, podendo fornecer respostas importantes e relevantes para a sinalização de adolescentes em risco de desenvolver sintomatologia depressiva.

De realçar que os dados recolhidos e os estudos futuros sugeridos são cruciais à elaboração e aperfeiçoamento de programas de prevenção do aparecimento da Perturbação Depressiva Major nesta etapa de desenvolvimento. Mais se acrescenta, a evolução e prognóstico da perturbação em causa relaciona-se estreitamente com a altura da intervenção no curso da psicopatologia. Assim, intervenções precoces previnem não só uma expressão mais severa de sintomatologia como episódios depressivos futuros.

## **VII. Conclusões**

O objetivo principal da presente investigação ousava uma melhor compreensão da influência da variável género na relação da sintomatologia depressiva manifestada pelos adolescentes com a vivência de AVN por estes, tentando clarificar algumas hipóteses explicativas encontradas na literatura. Assim, este estudo pretendia caracterizar não só as relações anteriormente descritas, mas também compreendê-las na população em causa: adolescentes portugueses. De forma complementar, debruçou-se sobre a relação entre os AVN ou a sintomatologia depressiva e outras

variáveis sociodemográficas de forma a replicar alguns estudos realizados noutras populações adolescentes e comparar os dados obtidos. De forma geral, os resultados obtidos corroboram os estudos anteriores. Dentre os resultados díspares, destaca-se a presença superior de AVN na esfera escolar pelo género feminino, mencionada na literatura como fortemente associada ao género masculino. Apesar de não se ter encontrado um efeito moderador do género nas relações em estudo, o facto de se ter verificado que os AVN funcionam como preditores do desenvolvimento de depressão, bem como a realização de análises com as variáveis sociodemográficas em estudo com os AVN e a sintomatologia depressiva, confere-se a esta investigação um carácter pertinente, na medida em que contribui para uma clarificação do impacto que os AVN têm nos adolescentes, nomeadamente, em adolescentes com sintomatologia depressiva.

### VIII. Bibliografia

- Abela, J. & Hankin, B. (2008). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 335-376). Nova Iorque: Routledge.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, London, Sage.
- 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.
- Andou, J., Kitamura, T. (2013) Gender differences in recognising depression in a case vignette in a university student population: Interaction of participant and vignette subject gender with depressive symptomatology. *Open Journal of Psychiatry*, 3 (4), 384-392.
- Arnanson, E., & Craighead, W. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical

- considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bebbington, P. E., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B., & Lewis, S.** (1993). *Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Psychosis Study. British Journal of Psychiatry*, 162, 72 -79.
- Bouma, E. M., Ormel, J., Verhulst, F. C., Oldehinkel, A. J., (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders*, 105, 185-193.
- Brown, G. W. (1989). Life events and measurement. In G.W. Brown & T.O. Harris (Eds.), *Life Events and Illness*. London, The Guilford Press.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 667-675.
- Cherpe, S., Matos, A. P., & Paiva, A. M. (2009) Tradução e adaptação do Daily Hassles Microsystem Scale.
- Christiansen, L. e Bolton, J. (2007). Depressive disorders. In M. Hersen & C. Thomas (Eds.). *Handbook of clinical interviewing with children*. Los Angeles: Sage Publications.
- Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update guide to clinical decision making. *Psychiatry*, 6 (9), 17-31.
- Costello, E. J., Pine, D.S., Hammen, C., (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry Journal*, 52, 529-542
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 57, 21-27.
- 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, S. Araújo, & S. Caires (Eds.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. 6). Braga: APPORT.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229.
- Dozois, D. & Beck, A. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. Dobson, & D. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121-143). Oxford: Academic Press.
- Franko, L., Striegel-Moore, R., Brown, K., Barton, B., McMahon, R., Schreiber, G. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34, 1319-1330.

- Galambos, N. L., Leadbeater, B.J. & Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28 (1), 16-25.
- Ge X, L., Conger, R. D. & Elder, G. H. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467-83.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37 (3), 404-417.
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 212-222.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, P. S. & Pickering, R. P. (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Schedule (AUDADIS). Reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression, and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 7-16.
- Hankin, B., (2006). Adolescent depression: description, causes and interventions. *Epilepsy and Behavior*. 8, 102-114.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hammen, C. (2009) Stress exposure and stress generation in adolescent depression. In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.) *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Hammen, C., Brennan, P. A., & Keenan-Miller, D. (2008). Patterns of adolescent depression to Age 20: The role of maternal depression and youth interpersonal dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1189-1198.
- Hazel, N.A., Hammen, C., Brennan, P.A., & Najman, J. (2008) Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38, 581-589.
- Hilt, L. & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The Emergence of gender differences in depression in adolescence. In L. Hilt & S. Nolen-Hoeksema (Eds). *Handbook of Depression in adolescents*. (pp. 111-135) New York: Routledge.
- Holmbeck, G. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.



- Hutz, C. S. (2002). Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspetos teóricos e estratégias de intervenção. Brasil: Casa do Psicólogo.
- Hyde, J. S., Mezulis, S. 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 (2), 291-313.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759-782.
- Kazdin, A. E. & Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. In E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. (2001). *Childhood disorders*. Hove: Psychology Press.
- Kim, J. S., Kaye, J., & Wright, L. K. (2001). Moderating and mediating effects in causal models. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 63-75.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kovács, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovács, M. (1992) The Children's Depression Inventory (CDI) manual. North Tanawanda. New York: Multi-Health Systems.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Swinson, R. P. (2005). Assessment scales in depression, mania, and anxiety. London; New York: Taylor & Francis.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L., & Leventhal, E. A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: comment on Cohen et al. (1998) *Health Psychology*, 17 (3), 211-213.
- Lewinsohn P. M., Clarke G. N., Seeley J. R., & Rohde P. (1994) Major depression in community adolescents: age of onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 33, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., & Essau, C. A. (2002). Depression in adolescents. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 541-5599). New York: Guilford Press.
- Lopes, P., Barreira, D. P., & Pires, A. M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: Avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Marôco, J. (2010) *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.

- Marujo, H. A. (1994). Síndromas depressivos na infância e na adolescência. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Marujo, H. A. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e Depressão. In I. Soares (Ed.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (In)Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Merikangas, K. R., & Knight, E. (2008). The epidemiology of depression in adolescents. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt. *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Pallant, J. (2010). SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using SPSS (4th ed.). England: McGrawHill.
- Passos, P., & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 20, 225-232.
- Pearlin, L. I., & Lieberman, M. A. (1979). Social sources of emotional distress. In T. Simmons (Ed.), *Research in community and mental health* (pp. 217-248). Springer.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G., 2000. Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 45-62.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: Evidence from an epidemiological survey. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (12), 1608-17.
- Rodhe, P. (2009). Comorbidities with adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 139-177). Nova Iorque: Routledge.
- Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., Adornetto, C., In-Albon, T., & Lavallee, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 14 (4), 206-215.
- Seidman, E., Allen, L., Aber, J., Mitchell, C., Feinman, J., Yoshikawa, H., et al.

- (1995). Development and validation of adolescent perceived microsystem scales: social support, daily hassles and involvement. *American Journal of Community Psychology*, 23 (3), 355-388.
- Seidman, E., Lambert, L., Allen, L., & Aber, J. (2003). Urban adolescents' transition to junior high school and protective family transactions. *The Journal of Early Adolescence*, 23 (2), 166-193.
- Shafii, M. & Shafii, S. L. (2005). *Clinical guide to depression in child and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.
- Shortt, A., & Spence, S. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, 23, 1-30.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L.W., & Green, B.J. (1986) Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-40.
- Tabachnick, G. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental Designs Using ANOVA*. Belmont, CA: Duxbury.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 173-182.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588.
- Vaz-Serra, A. (2003). *Medicina - Temas atuais: Depressão: Atral-Cipan*.
- Verduyn, C., Rogers, J. & Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Hove: Routledge.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e na adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49, 367-382.
- Waaktaar, T., Borge, A., Fundingsrud, H., Christie, H., & Torgersen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence – a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27, 153-163.
- Williamson, D., Birmaher, B., Ryan, N., Shiffrin, T., Lusk, Y., Protopapa, J., Dahl, R., & Brent, D. (2003). The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation. *Psychiatry Research*. 119, 225-241.