



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE 2015

**Resiliência e sintomatologia depressiva nos
adolescentes: O efeito moderador do
funcionamento psicossocial.**

Luísa Pereira
(e-mail: luisa.rcf.pereira.35@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da
Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções
Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora
Doutora Ana Paula Soares de Matos.

UC/FPCE

A atual Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde – subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas 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, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Europeu de
Desenvolvimento Regional

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Matos, pela orientação e ajuda. A todos os professores que contribuíram para eu ter chegado até aqui.

Aos meus pais. À minha irmã. Por todo o apoio.

Ao Seabra, à Ágata, ao Ruben, ao Diogo, à Pê. À Camila, à Ju, à Ester, à Sandra, à Gandarez, à Soares. À Laura, à Andreia, à Maria. À Sara, à Cristiana, à Daniela. À Rita, ao Pedro, à Sofia. Sem qualquer ordem. A todos os outros que também me ajudaram neste percurso e me fizeram crescer até ser quem sou hoje.

Muito obrigada.

Resumo

A Depressão é um problema de saúde grave, principalmente numa fase de desenvolvimento como é a adolescência. Diversas variáveis podem atuar como fatores de risco ou protetores perante diferentes contextos, promovendo uma boa ou má adaptação. O presente estudo pretende explorar o efeito preditor da Resiliência e do Funcionamento Psicossocial na Sintomatologia Depressiva, e verificar os efeitos moderadores do Funcionamento Psicossocial e das suas áreas sobre a Resiliência nessa mesma predição.

A amostra é constituída por 406 adolescentes (entre os 13-17 anos, maioritariamente do género feminino) integrados num estudo português sobre a prevenção da depressão em adolescentes (PTDC/MHC-PCL/4824/2012). Foram utilizados dois questionários de autorresposta: o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994) para avaliar a Sintomatologia Depressiva e a *Resilience Scale-13* (Pinheiro & Matos, 2013), versão portuguesa da *RS-14* de Wagnild & Young (2009), para medir a Resiliência. No sentido de avaliar o Funcionamento Psicossocial, foi aplicada a entrevista *Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (A-LIFE, Keller *et al.*, 1993; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011).

Os resultados revelaram que tanto a Resiliência como o Funcionamento Psicossocial são preditores de Sintomatologia Depressiva. Assim, adolescentes com níveis mais elevados de Resiliência revelam menos Sintomatologia Depressiva, assim como adolescentes com um melhor Funcionamento Psicossocial. O Funcionamento Psicossocial total modera a Resiliência apenas no género masculino, embora algumas das suas áreas demonstrem efeitos moderadores para toda a amostra ou apenas para o género feminino.

Estes resultados intensificam a relevância do Funcionamento Psicossocial e da Resiliência no surgimento e progressão de Sintomatologia Depressiva e sugerem a importância de desenvolver programas de prevenção da depressão focados especificamente

na melhoria da capacidade de Resiliência e de competências a nível do Funcionamento Psicossocial.

Palavras-chave: Depressão; Resiliência; Funcionamento Psicossocial; Adolescência; Moderação.

Abstract

Depression is a serious health problem, especially in a development phase as adolescence. Several variables can arise as risk or protective factors in different contexts, promoting a good or bad adjustment. This study aims to explore the predictive effect of Resilience and Psychosocial Functioning on Depressive Symptoms, and verify the moderating effects of Psychosocial Functioning, and its areas, on Resilience in the same prediction.

The sample consists of 406 adolescents (ages 13-17 years, mostly female) integrated in a Portuguese study on the prevention of adolescent depression (PTDC/MHC-PCL/4824/2012). Two self-report questionnaires were used: the *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs, 1985; portuguese version: Marujo, 1994) to assess Depressive Symptoms, and the *Resilience Scale-13* (Pinheiro & Matos, 2013), portuguese version of the *RS-14* by Wagnild & Young (2009), to measure Resilience. To assess Psychosocial Functioning, the interview *Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (A-LIFE, Keller *et al.*, 1993; portuguese version: Matos & Costa, 2011) was applied.

Results revealed that both Resilience and Psychosocial Functioning are predictors of Depressive Symptomatology. Thus, adolescents with higher levels of Resilience show less Depressive Symptomatology, as do adolescents with better Psychosocial Functioning. Global Psychosocial Functioning moderates Resilience only in males, although some of its areas show moderating effects for the whole sample or just for females.

These results increase the relevance of Psychosocial Functioning and Resilience in the

onset and progression of Depressive Symptomatology and suggest the importance of developing depression prevention programs that are specifically focused on developing improving Resilience and Psychosocial Functioning skills.

Keywords: Depression; Resilience; Psychosocial Functioning; Adolescence; Moderation.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Depressão	1
1.2. Depressão e Adolescência	1
1.3. Depressão e Funcionamento Psicossocial na Adolescência	3
1.4. Resiliência	5
1.5. Resiliência, Depressão e Adolescência	6
2. Metodologia	8
2.1. Amostra	8
2.2. Procedimento	8
2.3. Instrumentos	9
2.4. Estratégia Analítica	10
3. Resultados	12
3.1. Análises Preliminares	12
3.2. Análises Descritivas	13
3.3. Diferenças de Género	14
3.4. Estudo da associação entre as variáveis	15
3.5. Análises de Moderação	16
3.6. Funcionamento Psicossocial como variável moderadora	16
3.7. Desempenho Escolar como variável moderadora	18
3.8. Relações Familiares como variável moderadora	20
3.9. Relações de Amizade como variável moderadora	22
3.10. Atividades Recreativas como variável moderadora	23
3.11. Satisfação Global como variável moderadora	25
4. Discussão	27
4.1. Limitações	32
4.2. Estudos Futuros	33
5. Referências	34

1. Introdução

1.1. Depressão

A depressão, entendida como uma perturbação do humor (APA, 2013), e tendo sido operacionalizada também como sintoma ou síndrome, nas suas formas mais complexas apresenta-se através de sintomas que afetam, a par da área emocional, a cognitiva, a motivacional, a comportamental, a vegetativa, e ainda a relacional. O núcleo desta condição passa pelos sentimentos de tristeza e/ou perda de prazer em todas ou quase todas as atividades, evidenciando um desequilíbrio cognitivo-emocional que afeta toda a vida psíquica do indivíduo, e que traz associadas alterações de energia, sono, apetite, concentração, e no caso dos adultos, da libido (Marujo, 2000).

A Depressão Major é a principal causa de incapacidade na população com idade igual ou superior a 5, e a segunda principal fonte de custos de saúde, ultrapassando as doenças cardiovasculares, a demência, o cancro do pulmão e a diabetes. No entanto, apesar do grande impacto que as perturbações de humor têm, poucas pessoas recebem o acompanhamento adequado (Merikangas & Knight, 2012).

1.2. Depressão e Adolescência

Para muitos jovens, a adolescência é um período de muito *stress*, já que corresponde a uma fase de transição para a vida adulta, em que estão sujeitos a uma série de alterações a nível físico, emocional e cognitivo. Nesta fase, têm de enfrentar difíceis desafios, ao lidar com assuntos complexos como a construção da identidade, do autoconceito, a independência e a intimidade. Apesar de esta transição ser tranquila e relativamente sem percalços para a maioria, alguns jovens passam por grandes dificuldades, seja a nível emocional ou comportamental (Alloy, Zhu & Abramson, 2003). Um dos problemas mais prevalentes entre adolescentes é a depressão. Contrariamente à crença de que não poderia surgir na infância ou adolescência,

investigadores chegaram à conclusão de que a depressão é um problema de saúde mental significativo nesta fase da vida (Kessler, Avenevoli, & Ries Merikangas, 2001; Weissman *et al.*, 1999). Muitos dos problemas que eram vistos como expressões de angústia normativas na adolescência, como a tristeza, o mau humor, os pensamentos autocríticos e de insegurança ou o isolamento social, começaram, então, a ser olhados de outra forma, quando se tornou claro que esta condição pode ser de facto uma perturbação grave nesta fase, tendo frequentemente um curso crónico ou recorrente ao longo da vida adulta (Rudolph, Hammen & Daley, 2008; Mueller *et al.*, 1999; Solomon *et al.*, 2000). Atualmente sabe-se que podem de facto experienciar um grande sofrimento psicológico, e que podem experienciá-lo de formas tão ou mais intensas que os adultos (Miller, 1991 *cit in* Marujo, 2000). A propósito do curso crónico desta condição, estudos em amostras clínicas têm revelado que cerca de 40% dos adultos recaem em depressão dentro de dois anos, e mais de 80% dentro de 5 a 7 anos (e.g. Solomon *et al.*, 2000). Outros estudos, de amostras clínicas de adolescentes deprimidos, apresentam percentagens muito semelhantes (e.g. Birmaher *et al.*, 1996).

Entre os fatores que parecem predizer esta recorrência da depressão, incluem-se a idade de início do primeiro episódio, a gravidade e quantidade de episódios, fatores de *stress* psicossociais, antecedentes familiares de depressão ou outras perturbações de humor, e comorbilidade com distímia (Kovacs, 1992 *cit in* Christiansen & Bolton, 2007; Kovacs *et al.*, 1997 *cit in* Christiansen & Bolton, 2007). Aliás, cada vez mais estudos concluem que, nesta faixa etária, a comorbilidade é a regra, ou seja, é frequente a depressão coocorrer simultaneamente com outras condições psiquiátricas (e.g. Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Brady & Kendall, 1992; Kendall, 2000).

Para além do curso crónico da depressão, é importante referir que surgem igualmente outras consequências, quando esta condição desponta na adolescência. Por exemplo, devido ao facto de os jovens não possuírem as mesmas competências que os adultos, nomeadamente no

que diz respeito à forma de lidar com este tipo de sofrimento, e não terem o mesmo controle sobre as suas próprias vidas (Marujo, 2000), poderá ser bem mais complicada a resolução do episódio depressivo. Estes jovens, geralmente, também não procuram tratamento por iniciativa própria. Normalmente são os pais a procurar uma avaliação, por se aperceberem de algum prejuízo no funcionamento do jovem, seja a nível escolar, comportamental, familiar, ou de queixas somáticas (Emslie & Mayes, 1999; Wagner, 2003). Para além disso, esta perturbação pode afetar o desenvolvimento do jovem, já que, como foi dito anteriormente, esta é uma fase de desafios, e um jovem deprimido pode não conseguir dominar as tarefas-chave típicas daquela idade, e não conseguindo dominar essas tarefas nessa fase, pode não ter nova oportunidade de desenvolver essas competências (Kendall, 2000).

1.3. Depressão e Funcionamento Psicossocial na Adolescência

Para ser diagnosticada uma Perturbação Depressiva Major, de acordo com o *DSM-V* (APA, 2013), o indivíduo deve apresentar não só sintomas depressivos, mas também comprometimento no Funcionamento Psicossocial. Este comprometimento é descrito por Bird *et al.* (2005), como um funcionamento pobre em pelo menos um dos seguintes domínios: Desempenho Escolar, relações interpessoais e Atividades Recreativas. Similarmente, Keller *et al.*, (1987) propuseram os seguintes domínios do Funcionamento Psicossocial: trabalho, relacionamentos familiares, amizades fora da família, funcionamento sexual, Atividades Recreativas, satisfação e ajustamento social global.

Nos adolescentes, a depressão causa frequentemente um prejuízo significativo nessas áreas. Para além disso, contribui significativamente para uma panóplia de comportamentos de risco, como o consumo de substâncias (Loeber *et al.*, 1998 *cit in* Alloy *et al.*, 2003), os comportamentos sexuais de risco (Rohde, Noell, Ochs, & Seeley, 2001), a parentalidade precoce (Kessler *et al.*, 1997 *cit in* Alloy *et al.*, 2003), e, em alguns casos, o suicídio (Alloy *et al.*, 2003). Sabe-se que as taxas de suicídio em adolescentes têm aumentado marcadamente nas

últimas décadas (Harrington & Vostanis, 1995 cit in Rudolph *et al.*, 2008). A acrescentar a este facto, um estudo de Weissman *et al.* (1999) revelou que 7,7% dos adolescentes diagnosticados com depressão major cometem suicídio no início da idade adulta, e que 22% dos sujeitos que tiveram o primeiro episódio depressivo durante a adolescência, para além de terem um maior número de tentativas de suicídio na vida adulta, tinham também um funcionamento mais pobre a nível social, uma menor probabilidade de estarem empregados, um menor nível de escolaridade, um salário inferior, menos estabilidade em termos de habitação, e menos relações interpessoais gratificantes. Para além disso, ainda geravam mais custos nos serviços de saúde, durante a adolescência e a vida adulta (Knapp, McCrone, Frombonne, Beecham, & Wostear, 2002; Weissman *et al.*, 1999). Importa referir que os custos destes prejuízos são grandes e abrangentes, afetando não só o indivíduo com depressão, mas também a sua família, entes queridos, colegas de trabalho, outros indivíduos com quem eles interagem, e até a sociedade como um todo (Greer, Kurian & Trivedi, 2010). Numa outra investigação, o *Funcionamento Psicossocial* foi avaliado a nível global e através de avaliações de áreas específicas, como o trabalho/emprego e relação com cônjuge ou parceiro. Os resultados demonstraram que com um aumento significativo no grau de gravidade da Sintomatologia Depressiva, ocorria também um aumento significativo no prejuízo psicossocial. Este resultado foi encontrado, tanto para as áreas específicas do funcionamento, como para o funcionamento global (Judd, *et al.*, 2000). Solomon *et al.* (2008) encontraram que, a presença de prejuízo a nível psicossocial estava também associada a uma maior gravidade de Sintomatologia Depressiva, e a uma menor probabilidade de recuperação do estado depressivo. Ainda nesse estudo, verificou-se que um aumento de um desvio padrão no prejuízo psicossocial estava associado a uma diminuição de 22% na probabilidade de recuperação de um episódio de depressão major. Num outro estudo, em tratamentos para perturbação depressiva major, investigadores identificaram a redução da Sintomatologia Depressiva como um potencial mediador na melhoria do Funcionamento

Psicossocial, considerando que, nesse estudo, as reduções na severidade da sintomatologia eram responsáveis por muitas, se não todas, as melhorias concomitantes no Funcionamento Psicossocial (Hirschfeld *et al.*, 2002; Vittengl, Clark, & Jarrett, 2004).

Embora o tratamento antidepressivo padrão tenha sido associado a melhorias no Funcionamento Psicossocial (Miller *et al.*, 1998 *cit in* Greer *et al.*, 2010), é muito comum que limitações funcionais se mantenham apesar das melhorias ou mesmo resolução dos sintomas depressivos (Coryell *et al.*, 1993 *cit in* Greer *et al.*, 2010).

1.4. Resiliência

Apesar de tudo, em circunstâncias semelhantes, diferentes indivíduos respondem de diferentes formas, sendo que uns acabam por sucumbir ao estado depressivo e outros ultrapassam as dificuldades de forma adaptativa. Neste último caso, considera-se a presença de uma característica pessoal, a Resiliência.

A Resiliência é definida como um processo psicológico dinâmico que protege o indivíduo de acontecimentos de vida negativos (Rutter, 1987), e através do qual uma adaptação positiva é conseguida num contexto de adversidade (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Conota força de vontade, competência, otimismo, flexibilidade e a capacidade para lidar positivamente e recuperar quando confrontado com adversidades e desafios (Wagnild & Collins, 2009). É igualmente considerada um traço de personalidade estável ou uma capacidade que protege os indivíduos dos efeitos negativos do risco e da adversidade (Hollister-Wagner, Foshee, & Jackson, 2001; Howard & Johnson, 2000). Para além disso, a Resiliência é vista como a capacidade de o indivíduo se adaptar melhor do que o esperado ao enfrentar adversidades significativas. Esta capacidade muda ao longo do tempo, é específica de cada fase do desenvolvimento, é influenciada por fatores de risco e fatores protetores na pessoa e no ambiente, e também contribui para a manutenção e melhoria da saúde (Tusaie, Puskar & Sereika, 2007). A maioria da investigação em Resiliência tem como objetivo identificar esses

fatores protetores que estão associados a resultados positivos e adaptativos em indivíduos expostos a fatores de risco (Luthar *et al.*, 2000). Em vez de ser vista como um traço invariável que uma pessoa ou tem ou não tem, a Resiliência pode ser pensada como parte normal do desenvolvimento saudável que pode ser melhorada ao longo do ciclo de vida (Jackson, Born, & Jacob, 1997). Muitos estudos revelam que todas as pessoas têm algum nível de *Resiliência*, e aproximadamente um terço da população tem níveis elevados desta variável (Hauser, 1999; Luthar, 1991; Masten & Coatsworth, 1998; Resnick, 2000; Tusaie & Dyer, 2004). Têm sido identificados muitos fatores protetores, como potenciais moduladores da Resiliência individual. Entre eles, encontramos fatores cognitivos, como capacidade de reenquadramento, capacidades de resolução de problemas, otimismo, boas capacidades intelectuais, boa desenvoltura na procura de suporte social, entre outros. Encontramos também fatores ambientais, como um menor número de acontecimentos de vida negativos, antecedentes de sucesso, vinculações positivas entre pais e filhos, participação em atividades escolares ou expansão do sistema de suporte para além do seio familiar (Werner & Smith, 1992 *cit in* Tusaie *et al.*, 2007; Rutter, 1993 *cit in* Tusaie *et al.*, 2007; Geanellos, 2005; Scheir & Carver, 1987).

1.5. Resiliência, Depressão e Adolescência

Nas últimas décadas, o interesse em fatores protetores e particularmente no constructo de Resiliência tem aumentado substancialmente. Este aumento tem sido motivado pela possibilidade de identificar fatores protetores e mecanismos para prevenir o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, como a depressão (Hjmdal, Aune, Reinfjell, Stiles, & Friborg, 2007).

Um estudo de Carbonell *et al.*, em 2002, comparou um grupo de sujeitos resilientes, com um grupo de sujeitos deprimidos, e revelou que os sujeitos do primeiro grupo reportavam níveis mais elevados de autoapreciação e de otimismo. O outro grupo tinha uma maior tendência para experienciar problemas interpessoais, como sentirem-se sozinhos ou entrarem

em conflito com outros. Outras investigações recentes no que diz respeito à resistência à depressão nos adolescentes identificaram como fatores protetores a autoestima, o otimismo, as relações positivas com os pares e com a família (Dumont & Provost, 1999; Herman-Stahl & Peterson, 1996; Seligman, 1998 *cit in* Carbonell *et al.*, 2002), assim como a autocompreensão e as relações próximas (Beardslee, 1989; Beardslee & Podorefsky, 1988).

A identificação de fatores de risco para a depressão é essencial na determinação daqueles que devem ser os alvos de intervenção. Para além disso, existe uma grande necessidade de compreender o impacto da depressão e dos seus tratamentos no funcionamento, dadas as evidências existentes do efeito profundo que esta condição tem no funcionamento. Sabendo-se que até sintomas depressivos moderados e depressões subsindrômicas resultam num prejuízo de funcionamento e qualidade de vida reduzida (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Judd, Akiskal, & Paulus, 1997; Judd, *et al.*, 2000; Judd, Paulus, Wells, & Rapaport, 1996), e que Sintomatologia Depressiva residual não tratada pode resultar numa maior probabilidade de recaída na perturbação Depressiva Major (Solomon *et al.*, 2008), tanto os clínicos como os investigadores devem de alargar o foco do tratamento, no sentido de incluir, não só sintomas específicos de depressão, mas também as consequências a nível do funcionamento (Greer *et al.*, 2010).

Assim, tendo em conta a magnitude das consequências e repercussões destas variáveis, no que diz respeito a bem-estar psicológico e qualidade de vida, estabelecem-se os seguintes objetivos para esta investigação: 1) avaliar a Resiliência e a sua relação com a Sintomatologia Depressiva; 2) estudar que relação o Funcionamento Psicossocial, e cada uma das suas áreas, tem com a Sintomatologia Depressiva; e 3) explorar o efeito moderador do Funcionamento Psicossocial, e de cada uma das suas áreas, na relação entre a Resiliência e essa Sintomatologia.

2. Metodologia

2.1. Amostra

A amostra do presente estudo faz parte do projeto "*Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia de uma Intervenção com Adolescentes e Pais*" (PTDC /MHC -PC L/4824/2012), no qual esta investigação se encontra inserida, e é constituída por 406 adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos ($M=14.59$, $DP=.81$), sendo que 137 são do sexo masculino (33.7%) e 269 são do sexo feminino (66,3%). Os sujeitos estão inseridos em escolas públicas e privadas, dos distritos de Coimbra, Viseu e Aveiro, apesar de a maioria pertencer ao primeiro.

2.2. Procedimento

Num primeiro momento, procedeu-se à obtenção da autorização para o projeto de investigação, pelas entidades que regulam a investigação em Portugal, a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e a Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Foram apresentados e explicados os objetivos e procedimentos do estudo aos alunos pertencentes às escolas onde foi aprovada a investigação, assim como a natureza voluntária da sua participação e a confidencialidade dos dados. Assegurou-se que a utilização dos dados recolhidos se prendia única e exclusivamente com os fins da investigação. Os adolescentes que se mostraram dispostos a participar preencheram o consentimento informado, tal como o respetivo encarregado de educação.

Enquanto a aplicação dos instrumentos de autorresposta foi realizada em contexto de sala de aula na presença de investigadoras, a entrevista foi realizada individualmente, num espaço adequado, calmo e confortável, por apenas uma das investigadoras.

2.3. Instrumentos

O inventário *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; Versão Portuguesa: Marujo, 1994) corresponde a um inventário de autorresposta que avalia a *Sintomatologia Depressiva* em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. É composto por 27 itens, cada um com três alternativas de resposta, em que o sujeito deve selecionar a que melhor descreve a forma como se tem sentido durante as últimas duas semanas. Os itens são classificados de 0 a 2, em que valores mais elevados significam uma sintomatologia mais severa. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação de cada item, variando de 0 a 54 pontos (Dias & Gonçalves, 1999; Kovacs, 1985). Na versão original da escala, Kovacs (1985) demonstrou boas qualidades psicométricas do instrumento em termos de consistência interna, com alfas de *Cronbach* (α) entre .83 a .94, e de fiabilidade teste-reteste. Na versão portuguesa, Marujo (1994) e posteriormente Dias e Gonçalves (1999), encontraram uma estrutura unifatorial com um alfa de Cronbach de .80. Na presente investigação foi obtido um alfa de .90 na pontuação total do CDI, revelador de boa consistência interna.

Foi utilizada a *Resilience Scale-13* (Pinheiro & Matos, 2013), versão portuguesa da *RS-14* de Wagnild & Young (2009), que por sua vez, corresponde a uma versão reduzida da Escala de Resiliência original, publicada em 1993, pelos mesmos autores. Esta escala foi desenvolvida para identificar o nível individual de *Resiliência*. A RS-13 consiste em 13, nos quais se responde utilizando uma escala de *Likert* de 7 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior o nível de Resiliência. “Sou determinado/a”, “A minha vida tem sentido” e “Sou amigo/a de mim próprio/a” são alguns dos itens desta escala. Uma análise revelou uma estrutura unidimensional responsável por 53,23% da variância total. Foi também encontrada uma boa fiabilidade ($\alpha = .93$) (Oliveira, Matos, Pinheiro, & Oliveira, 2014). Neste estudo foi obtido um alfa de .91 na pontuação total da Escala de Resiliência, revelador de boa consistência interna.

Foi também utilizada a *Adolescent - Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (A-LIFE; Keller M. B. *et al.*, 1993; versão portuguesa de Matos, Costa e Martins, 2015), desenvolvida com base na LIFE (Keller *et al.*, 1987), versão original para adultos. Consiste numa entrevista clínica semiestruturada de follow-up, fornecendo informação acerca do curso psicopatológico do indivíduo avaliado, durante um período alargado de tempo (Keller *et al.*, 1987). Quanto à sua estrutura, está dividida em três secções gerais: *Psicopatologia*, *Funcionamento Psicossocial* e *Gravidade Geral da Doença*, sendo que para a presente investigação, o fator *Funcionamento Psicossocial* será o único utilizado. O Funcionamento Psicossocial é então avaliado em quatro domínios: *Desempenho Escolar*, *Relações Familiares*, *Relações de Amizade* e *Atividades Recreativas*. Para além disso, avalia-se também a *Satisfação Global* com a vida. Cada um destes domínios é classificado de 1 (muito bom) a 5 (muito pobre, invalidação grave), sendo que a classificação utilizada neste estudo corresponde à média de cada um dos domínios do funcionamento durante período de follow-up. Assim, o Funcionamento Psicossocial determinou-se somando as médias das suas quatro dimensões (Desempenho Escolar, Relações Familiares, Relações de Amizade e Atividades Recreativas) e dividindo por 4.

2.4. Estratégia Analítica

Recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 22.0 para o *Windows*, IBM corp., 2013) para a realização das análises estatísticas.

Averiguou-se a distribuição normal da amostra através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Desvios graves à normalidade analisaram-se através da homogeneidade das variâncias, com o teste de *Levene*, e pela análise dos coeficientes de assimetria (*Skeweness*) e achatamento (*Kurtosis*). A existência de outliers foi verificada através da representação gráfica dos resultados. Realizaram-se análises descritivas para verificar as características das variáveis em estudo (M e DP para amostra total, para rapazes e para raparigas, Mínimo, Máximo, α e n).

De seguida, através dos coeficientes de correlação de *Pearson*, explorou-se a relação entre a *Sintomatologia Depressiva*, a *Resiliência*, o *Funcionamento Psicossocial* e cada um dos seus domínios, e a *Satisfação Global*. Quanto à magnitude de correlação, optou-se por considerá-la muito baixa (para valores < .20), baixa (para valores entre .20 e .39), moderada (para valores entre .40 e .69), alta (para valores entre .70 e .89) e muito alta (para valores entre .90 e 1.00), tendo em consideração os valores referidos por Pestana e Gageiro (2008). Para avaliar diferenças entre géneros na *Sintomatologia Depressiva* (CDI), na *Resiliência*, na nota total do *Funcionamento Psicossocial*, em cada uma das áreas do *Funcionamento Psicossocial* (*Desempenho Escolar*, *Relações Familiares*, *Relações de Amizade* e *Atividades Recreativas*) e na *Satisfação Global*, testando se as médias dos dois grupos são significativamente diferentes, realizaram-se testes t-Student para amostras independentes. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo valor de significância do teste fosse igual ou inferior a .05 (Marôco & Bispo, 2003). Para o estudo da *Resiliência* enquanto preditora de *Sintomatologia Depressiva*, foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas, com o método “*enter*”. Segundo Baron e Kenny (1986), existe moderação quando a natureza da relação entre uma variável dependente e uma variável independente é afetada na direção ou força, na presença de uma terceira variável moderadora. O género, ao ser controlado, revelou ser uma variável significativa, portanto, fizeram-se análises para a amostra total, controlando o género, e análises para cada um dos géneros separadamente. Os pressupostos para a realização destas análises foram descritos. A contribuição única de cada variável independente na variável dependente foi estimada pelos coeficientes de regressão (β). Avaliou-se a qualidade de cada modelo através dos testes de significância do R^2 e ΔR^2 (Pallant, 2005). Recorrendo a regressões múltiplas hierárquicas realizaram-se seis análises de moderação para testar o efeito moderador do *Funcionamento Psicossocial*, de cada uma das suas áreas, e da *Satisfação Global* com a vida, na relação entre a *Resiliência* (total da Escala de *Resiliência* como variável preditora) e a

Sintomatologia Depressiva (total do CDI como variável critério). Para isto, foram estandardizados os valores das variáveis *Resiliência*, *Funcionamento Psicossocial (total)*, *Desempenho Escolar*, *Relações Familiares*, *Relações de Amizade*, *Atividades Recreativas* e *Satisfação Global*, no sentido de reduzir possíveis problemas de multicolinearidade e simplificar a interpretação dos interceitos do modelo, e de seguida, criaram-se os seis termos de interação entre a *Resiliência* e cada uma das variáveis que viria a ser utilizada como moderadora. De seguida, realizaram-se então as regressões múltiplas hierárquicas em que o género foi colocado no primeiro bloco, a variável preditora foi colocada no segundo, a moderadora no terceiro e, por fim, a interação entre as duas no quarto bloco (no caso das moderações para cada um dos géneros, este primeiro bloco não existiu, por não fazer sentido controlar o género). Verifica-se um efeito moderador quando o coeficiente de regressão do termo de interação (Preditor x Moderador) for estatisticamente significativo (Hayes, 2013). Os efeitos moderadores encontrados foram representados graficamente, recorrendo ao programa ModGraph (José, 2013).

3. Resultados

3.1. Análises Preliminares

Os resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* permitiram concluir que a amostra não segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo ($K-S, p \leq .018$). No entanto, os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* obtidos não indicavam violações severas à distribuição normal, já que, segundo Kline (2011), valores de *Skewness* $< |3|$ e de *Kurtosis* $< |10|$ são considerados aceitáveis. Foi também realizado o teste de *Levene* no sentido de averiguar a homogeneidade das variâncias, que revelou existir alguma limitação no que diz respeito ao cumprimento deste pressuposto. Assim, apesar de o pressuposto da normalidade não ser cumprido no presente

estudo, dado que a amostra tem uma boa dimensão (406), optou-se pela utilização de testes paramétricos para analisar os dados, visto serem mais conservadores.

Foi ainda analisada a presença de *outliers* através da representação gráfica dos resultados. Três das observações aberrantes encontradas foram retiradas da amostra, por exercerem um efeito demasiado forte nos resultados, e por se hipotetizar poderem dever-se a respostas aleatórias por parte dos sujeitos, visto a amostra ser constituída por adolescentes, que poderão não ter encarado a tarefa de preencher os questionários com seriedade. Foi tomada a decisão posterior de manter as restantes 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). Assumimos então a manutenção destas observações pelo facto de poderem representar observações possíveis na população geral, permitindo a generalização dos resultados (Marôco, 2010).

De notar que não existem valores *missings* ou não-resposta.

Para além disso, realizaram-se análises preliminares para garantir a adequação dos dados a uma análise de Regressão Múltipla Hierárquica. Não se encontraram problemas de multicolinearidade, já que os Valores de Tolerância eram superiores a .10 e os Valores de Inflação da Variância inferiores a 10, nem de linearidade, normalidade dos resíduos, autocorrelação ou independência dos erros (*Durbin-Watson*) mas surgiram questões no que diz respeito à homocedasticidade, já que parece existir alguma limitação no cumprimento deste pressuposto. No entanto, e apesar da generalização dos resultados poder ficar comprometida, decidiu-se prosseguir com as análises estatísticas.

3.2. Análises Descritivas

As estatísticas descritivas em das variáveis em estudo são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1.

Alfa de Cronbach (α); Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) para a amostra total (N=406) e para ambos os géneros, com testes de t de Student para as diferenças de género

Medidas	α	Amostra total	Masculino	Feminino	T	p
		(N=406)	(n=137)	(n=269)		
		M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Sintomatologia Depressiva (CDI)	.90	9.79 (7.01)	7.26 (.44)	11.08 (.46)	-6.03	.000
Resiliência (ER)	.91	68.74 (12.19)	70.98 (.93)	67.60 (.77)	2.66	.008
Funcionamento Psicossocial (t) (A-LIFE)	-	1.68 (.47)	1.65 (.03)	1.69 (.03)	-0.79	.433
Desempenho Escolar (A-LIFE)	-	1.58 (.65)	1.67 (.06)	1.53 (.04)	1.96	.050
Relações Familiares (A-LIFE)	-	1.63 (.60)	1.60 (.04)	1.64 (.04)	-0.68	.494
Relações de Amizade (A-LIFE)	-	1.54 (.71)	1.39 (.05)	1.61 (.05)	-3.10	.002
Atividades Recreativas (A-LIFE)	-	1.93 (1.07)	1.92 (.10)	1.94 (.06)	-0.11	.909
Satisfação Global (A-LIFE)	-	2.03 (.73)	1.87 (.06)	2.12 (.05)	-3.28	.001
Idade	-	14.59 (.81)	14.61 (.08)	14.58 (.05)	0.43	.665

Nota. α = Alfa de Cronbach; M = Média; DP = Desvio-Padrão; CDI = *Children's Depression Inventory*; ER = *Escala de Resiliência*; A-LIFE = *Adolescent - Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*.

Nota. Pontuações mais baixas nas variáveis medidas através do instrumento A-LIFE correspondem a um melhor funcionamento.

3.3. Diferenças de Género

Procedeu-se à aplicação de testes *t* de *Student* para amostras independentes de modo a serem estudadas possíveis diferenças de género (cf. Tabela 1). No que diz respeito aos resultados na Escala de *Resiliência*, o valor do teste revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t_{(314)}=2.66$; $p=.008$), sendo que o género masculino tende a apresentar resultados superiores. Também a *Sintomatologia Depressiva* mostrou ser significativamente diferente entre os dois grupos ($t_{(369)}=-6.029$; $p<.001$). Neste caso, são as raparigas a apresentar valores mais elevados. Quanto ao total do *Funcionamento*

Psicossocial (total), não parecem existir diferenças entre os géneros ($t_{(304)}=-.756$; $p=.450$). Nas variáveis *Relações de Amizade* ($t_{(325)}=-3.101$; $p=.002$) e *Satisfação Global* ($t_{(404)}=-3.282$; $p=.001$), as raparigas revelam novamente valores significativamente mais elevados. Quanto às restantes, *Desempenho Escolar* ($t_{(404)}=1.962$; $p=.050$), *Relações Familiares* ($t_{(334)}=-.684$; $p=.494$) e *Atividades Recreativas* ($t_{(404)}=-.114$; $p=.909$), o nível de significância não é alcançado, o que demonstra não existirem diferenças significativas entre géneros nestas variáveis.

3.4. Estudo da associação entre as variáveis

Recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson*, verificaram-se as associações existentes entre as variáveis em estudo. Como podemos ver na Tabela 2, quase todas as magnitudes das correlações foram estatisticamente significativas. A *Resiliência* apenas não se revelou correlacionada com o *Desempenho Escolar* ($r=-.09$, $p=.07$) e com as *Atividades Recreativas* ($r=-.09$, $p=.08$). E também o *Desempenho Escolar* não revelou uma correlação significativa com as *Atividades Recreativas* ($r=.09$, $p=.06$). Todas as outras correlações alcançaram a significância estatística.

Tabela 2.

Análises das Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo (N=406)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sintomatologia Depressiva	1							
2. Resiliência	-.67**	1						
3. Funcionamento Psicossocial (t)	.28**	-.20**	1					
4. Desempenho Escolar	.13*	-.09	.46**	1				
5. Relações Familiares	.27**	-.19**	.56**	.11*	1			
6. Relações de Amizade	.23**	-.15**	.60**	.10*	.27**	1		
7. Atividades Recreativas	.12*	-.09	.71**	.09	.18**	.17**	1	
8. Satisfação Global	.40**	-.30**	.32**	.28**	.21**	.25**	.12*	1

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

3.5. Análises de Moderação

No sentido de verificar de que forma a *Sintomatologia Depressiva* varia por ação da *Resiliência*, quando esta interage com o *Funcionamento Psicossocial*, pelas suas áreas ou pela *Satisfação* do sujeito com a sua vida, realizaram-se análises de moderação, em que a *Resiliência* foi sempre a variável preditora e a *Sintomatologia Depressiva* foi sempre a variável dependente. Realizou-se uma análise de moderação para cada uma das restantes variáveis, que entraram na equação como moderadoras.

O género, ao ser controlado, revelou ser uma variável significativa ($\beta=.258$, $R^2=.066$, $p<.001$). Assim, foram feitas análises diferenciadas para cada um dos géneros e para a amostra total. Nas análises realizadas com a amostra total o género foi controlado, ao ser colocado como primeiro preditor.

3.6. Funcionamento Psicossocial como variável moderadora

Género Masculino

Em rapazes, como se pode verificar na tabela 3, foi encontrada uma interação significativa entre o *Funcionamento Psicossocial* e a *Resiliência* ($\beta=.137$, $p=.050$), apesar de o primeiro não se revelar, só por si, significativo ($\beta=-.001$, $p=.993$). A *Resiliência* demonstrou ser significativa ($\beta=-.596$, $p<.001$).

Tabela 3.

Efeito moderador do Funcionamento Psicossocial (total) na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	T	p	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.601	-8.656	.000	.001
	<i>Funcionamento Psicossocial</i> (t)	.023	.337	.737	
3	<i>Resiliência</i>	-.596	-8.668	.000	.018
	<i>Funcionamento Psicossocial</i> (t)	-.001	-.008	.993	
	<i>Resiliência * Funcionamento Psicossocial</i> (t)	.137	1.982	.049	

A figura 1 representa graficamente a moderação encontrada. É possível observar o declive negativo das retas de regressão para os diferentes níveis de *Funcionamento Psicossocial*, o que revela um dos efeitos principais. Assim, quanto mais resilientes são os adolescentes, menos *Sintomatologia Depressiva* reportam. O efeito moderador ocorre para os vários níveis do *Funcionamento Psicossocial*, porém é mais significativo no nível mais elevado (como se pode verificar pelo declive mais acentuado da reta nesse nível). Isto significa que um bom *Funcionamento Psicossocial* potencia o efeito da *Resiliência* no que diz respeito à diminuição da *Sintomatologia Depressiva*. Tendo em conta que o *Funcionamento Psicossocial* revelou não ser significativo ($\beta = -.001, p = .993$), as diferenças observáveis nesta variável, nos níveis mais baixos de *Resiliência*, não são relevantes.

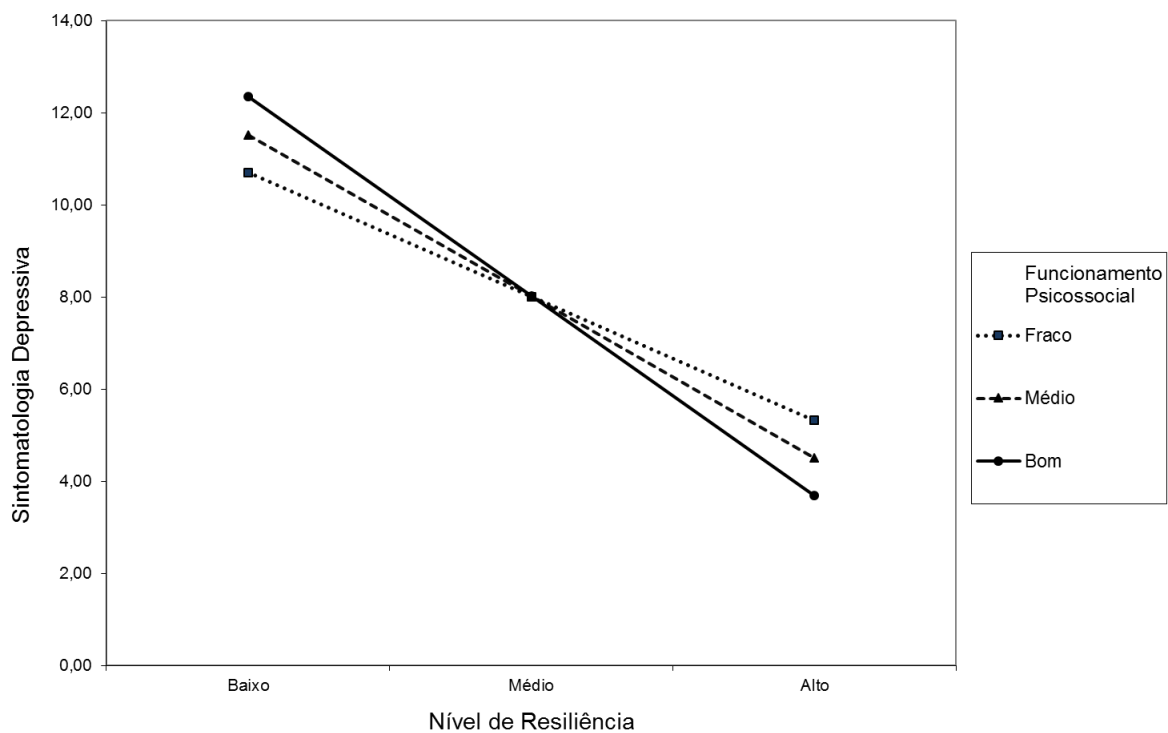


Figura 1. *Resiliência moderada pelo Funcionamento Psicossocial, no género masculino.*

Género Feminino

Em raparigas, como podemos ver na tabela 4, tanto a variável preditora ($\beta=-.636$, $p<.001$) como a moderadora ($\beta=.176$, $p<.001$) se revelaram significativas, mas a interação entre as duas não atingiu a significância estatística ($\beta=-.061$, $p=.170$).

Tabela 4.

Efeito moderador do Funcionamento Psicossocial (total) na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.682	-15.253	.000	.466
2	<i>Resiliência</i>	-.641	-14.391	.000	.033
	<i>Funcionamento Psicossocial (t)</i>	.187	4.207	.000	
3	<i>Resiliência</i>	-.636	-14.282	.000	.004
	<i>Funcionamento Psicossocial (t)</i>	.176	3.905	.000	
	<i>Resiliência * Funcionamento Psicossocial (t)</i>	-.061	-1.375	.170	

3.7. Desempenho Escolar como variável moderadora

Género Masculino

Em rapazes, não foi encontrada uma interação significativa entre o *Desempenho Escolar* e a *Resiliência* ($\beta=.037$, $p=.618$), e também o *Desempenho Escolar* não se revelou por si só significativo ($\beta=-.014$, $p=.851$). A *Resiliência* demonstrou ser significativa ($\beta=-.607$, $p<.001$). Podemos ver os resultados descritos na tabela 5.

Tabela 5.

Efeito moderador do Desempenho Escolar na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.762	.000	.000
	<i>Desempenho Escolar</i>	-.001	-.012	.991	
3	<i>Resiliência</i>	-.607	-8.748	.000	.001
	<i>Desempenho Escolar</i>	-.014	-.188	.851	
	<i>Resiliência * Desempenho Escolar</i>	.037	.499	.618	

Género Feminino

A tabela 6 apresenta os resultados obtidos no género feminino. Neste caso, tanto a variável preditora ($\beta=-.670$, $p<.001$) como a moderadora ($\beta=.100$, $p=.029$) se revelaram significativas, e o mesmo aconteceu com a interação entre as duas ($\beta=-.099$, $p=.029$)

Tabela 6.

Efeito moderador do Desempenho Escolar na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.682	-15.253	.000	.466
2	<i>Resiliência</i>	-.660	-14.658	.000	.014
	<i>Desempenho Escolar</i>	.121	2.681	.008	
3	<i>Resiliência</i>	-.670	-14.908	.000	.009
	<i>Desempenho Escolar</i>	.100	2.200	.029	
	<i>Resiliência * Desempenho Escolar</i>	-.099	-2.197	.029	

A figura 2 representa graficamente esta moderação. O declive negativo das retas de regressão revela novamente o efeito principal, o facto de a *Sintomatologia Depressiva* ser menor à medida que o nível de *Resiliência* aumenta. Verifica-se o efeito moderador do *Desempenho Escolar*, sendo que este potencia o efeito principal da *Resiliência* nos níveis mais fracos desta variável, isto é, o efeito protetor da *Resiliência*, no que diz respeito à

Sintomatologia Depressiva, é maior; nos níveis mais elevados de *Resiliência*, o efeito do *Desempenho Escolar* deixa de ser tão evidente.

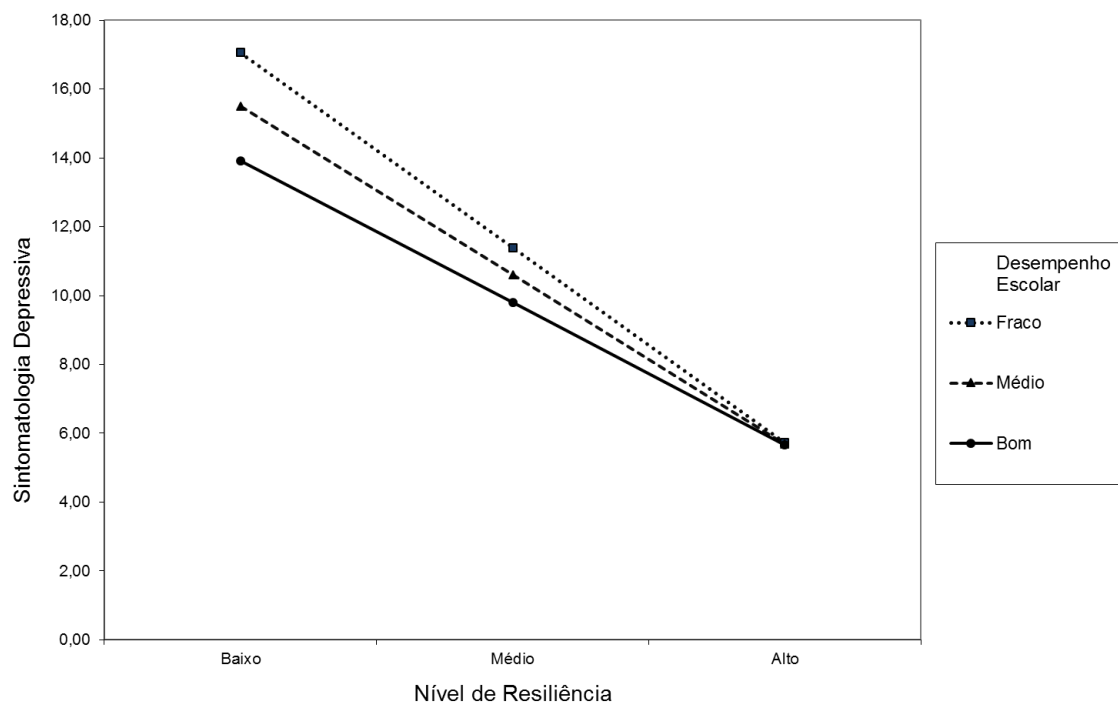


Figura 2. *Resiliência moderada pelo Desempenho Escolar, no género feminino.*

3.8. *Relações Familiares* como variável moderadora

Género Masculino

Como podemos ver na tabela 7, em rapazes, não foi encontrada uma interação significativa entre *Relações Familiares* e *Resiliência* ($\beta=-.072, p=.298$), e também a variável *Relações Familiares* não se revelou por si só significativa ($\beta=.125, p=.077$). A *Resiliência* demonstrou ser significativa ($\beta=-.587, p<.001$).

Tabela 7.

Efeito moderador das Relações Familiares na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.587	-8.513	.000	.012
	<i>Relações Familiares</i>	.112	1.625	.106	
3	<i>Resiliência</i>	-.587	-8.517	.000	.005
	<i>Relações Familiares</i>	.125	1.785	.077	
	<i>Resiliência * Relações Familiares</i>	-.072	-1.045	.298	

Género Feminino

Em raparigas, tanto a variável preditora, *Resiliência* ($\beta=-.657$, $p<.001$), como a moderadora, *Relações Familiares* ($\beta=.131$, $p=.005$), se revelaram significativas, assim como a interação entre as duas, que também atingiu a significância estatística ($\beta=-.095$, $p=.039$), como se pode verificar na tabela 8.

Tabela 8.

Efeito moderador das Relações Familiares na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.682	-15.253	.000	.466
2	<i>Resiliência</i>	-.651	-14.583	.000	.025
	<i>Relações Familiares</i>	.161	3.597	.000	
3	<i>Resiliência</i>	-.657	-14.776	.000	.008
	<i>Relações Familiares</i>	.131	2.805	.005	
	<i>Resiliência * Relações Familiares</i>	-.095	-2.076	.039	

A figura 3 representa o efeito moderador das *Relações Familiares* sobre a *Resiliência* na predição da *Sintomatologia Depressiva*. O efeito principal mantém-se: quanta mais *Resiliência*, menos *Sintomatologia*. O efeito moderador das *Relações Familiares* é verificável na diferença do declive das retas de regressão, sendo possível observar que, em níveis mais baixos de *Resiliência*, tal como aconteceu com o *Desempenho Escolar*, a variável moderadora

tem um efeito mais forte sobre a variável preditora, potenciando o seu efeito de forma a reduzir a *Sintomatologia Depressiva*.

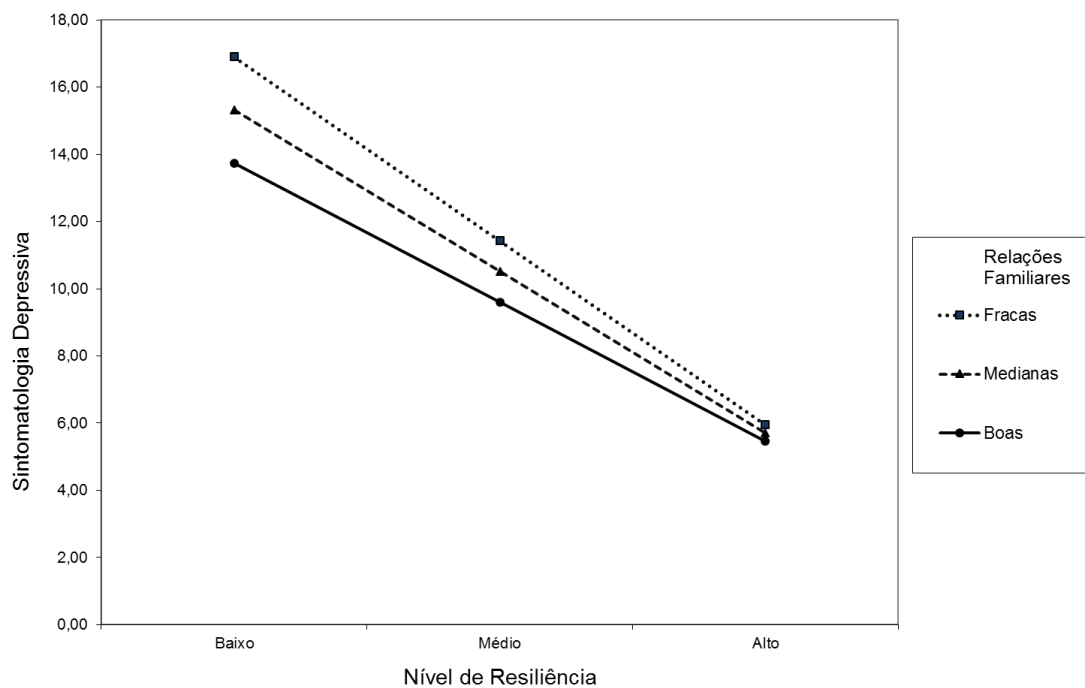


Figura 3. Resiliência moderada pelas Relações Familiares, no género feminino.

3.9. Relações de Amizade como variável moderadora

Género Masculino

Como pode constatar-se na tabela 9, em rapazes, não foi encontrada uma interação significativa entre as variáveis *Relações de Amizade* e *Resiliência* ($\beta=.113$, $p=.133$), e também a variável *Relações de Amizade* não se revelou por si só significativa ($\beta=-.024$, $p=.724$). A *Resiliência* demonstrou ser significativa ($\beta=-.562$, $p<.001$).

Tabela 9.

Efeito moderador das Relações de Amizade na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.605	-8.762	.000	.000
	<i>Relações de Amizade</i>	-.012	-.179	.858	
3	<i>Resiliência</i>	-.562	-7.570	.000	.011
	<i>Relações de Amizade</i>	-.024	-.354	.724	
	<i>Resiliência * Relações de Amizade</i>	.113	1.513	.133	

Género Feminino

A tabela 10 apresenta os resultados para o género feminino. Assim, em raparigas, tanto a variável preditora, *Resiliência* ($\beta=-.661$, $p<.001$), como a moderadora, *Relações de Amizade* ($\beta=.148$, $p=.001$), se revelaram significativas, mas a interação entre as duas não atingiu a significância estatística ($\beta=.003$, $p=.941$)

Tabela 10.

Efeito moderador das Relações de Amizade na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.682	-15.253	.000	.466
2	<i>Resiliência</i>	-.660	-14.848	.000	.021
	<i>Relações de Amizade</i>	.148	3.326	.001	
3	<i>Resiliência</i>	-.661	-14.527	.000	.000
	<i>Relações de Amizade</i>	.148	3.286	.001	
	<i>Resiliência * Relações de Amizade</i>	.003	.074	.941	

3.10. Atividades Recreativas como variável moderadora

Género Masculino

A tabela 11 revela os resultados encontrados para o género masculino. Não foi encontrada uma interação significativa entre as variáveis *Atividades Recreativas* e *Resiliência* ($\beta=.122$, $p=.079$), e também a variável *Atividades Recreativas* não se revelou por si só

significativa ($\beta=.007$, $p=.921$). A *Resiliência* demonstrou ser mais uma vez significativa ($\beta=-.599$, $p<.001$).

Tabela 11.

Efeito moderador das Atividades Recreativas na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.603	-8.747	.000	.000
	<i>Atividades Recreativas</i>	.018	.263	.793	
3	<i>Resiliência</i>	-.599	-8.759	.000	.015
	<i>Atividades Recreativas</i>	.007	.099	.921	
	<i>Resiliência * Atividades Recreativas</i>	.122	1.771	.079	

Género Feminino

Como podemos observar na tabela 12, nas raparigas, tal como nos rapazes, nem foi encontrada uma interação significativa entre as *Atividades Recreativas* e a *Resiliência* ($\beta=-.011$, $p=.810$), nem foi significativo o efeito da variável *Atividades Recreativas* enquanto variável independente ($\beta=.079$, $p=.083$). A *Resiliência* continuou a revelar-se significativa ($\beta=-.673$, $p<.001$).

Tabela 12.

Efeito moderador das Atividades Recreativas na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.682	-15.253	.000	.466
2	<i>Resiliência</i>	-.674	-15.043	.000	.006
	<i>Atividades Recreativas</i>	.080	1.784	.076	
3	<i>Resiliência</i>	-.673	-14.985	.000	.000
	<i>Atividades Recreativas</i>	.079	1.739	.083	
	<i>Resiliência * Atividades Recreativas</i>	-.011	-.240	.810	

3.11. Satisfação Global como variável moderadora

Género Masculino

Em rapazes, foi encontrada uma interação significativa entre a *Satisfação* e a *Resiliência* ($\beta=-.203$, $p=.005$). Para além disso, ambas as variáveis, a *Resiliência* ($\beta=-.609$, $p<.001$) e a *Satisfação* ($\beta=.239$, $p=.001$) se revelaram estatisticamente significativas. Estes resultados podem ser observados na tabela 13.

Tabela 13.

Efeito moderador da Satisfação Global na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género masculino.

Modelo	Preditores	β	<i>T</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	<i>Resiliência</i>	-.604	-8.806	.000	.365
2	<i>Resiliência</i>	-.574	-8.426	.000	.031
	<i>Satisfação Global</i>	.178	2.618	.010	
3	<i>Resiliência</i>	-.609	-9.033	.000	.036
	<i>Satisfação Global</i>	.239	3.431	.001	
	<i>Resiliência * Satisfação Global</i>	-.203	-2.883	.005	

A figura 4 representa o efeito moderador da *Satisfação Global* sobre a *Resiliência*, na predição de *Sintomatologia Depressiva*, para o género masculino. Como pode observar-se, a *Resiliência* continua a ter um forte relevo na diminuição da *Sintomatologia Depressiva*. O efeito moderador é observável através dos declives das retas de regressão. Na figura pode observar-se que, para níveis baixos de *Resiliência*, uma boa *Satisfação Global* prediz uma *Sintomatologia Depressiva* significativamente mais baixa do que uma *Satisfação* fraca. Pode dizer-se, então, que a *Satisfação Global* tem um efeito potenciador na ação da *Resiliência*, no que diz respeito à *Sintomatologia Depressiva*, principalmente quando o nível de *Resiliência* é mais baixo.

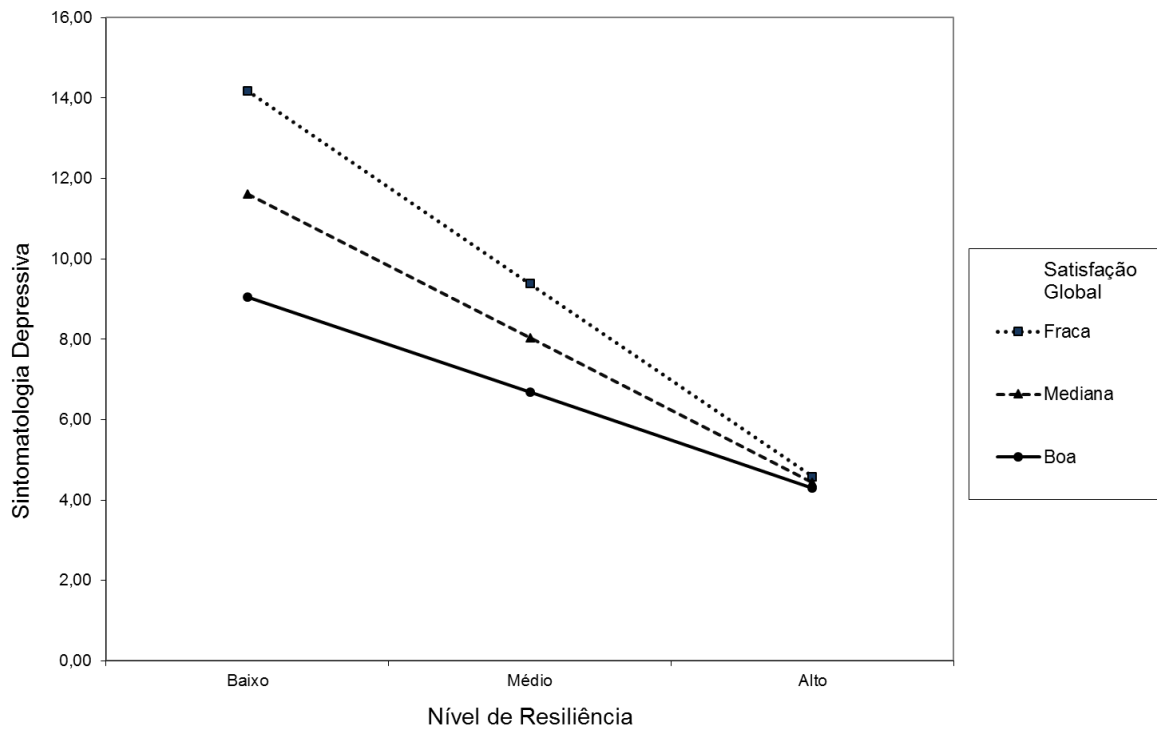


Figura 4. Resiliência moderada pela Satisfação Global, no género masculino.

Género Feminino

Como podemos verificar na tabela 14, em raparigas, foi encontrada também uma interação significativa entre a Satisfação e a Resiliência ($\beta = -.129, p = .004$). Para além disso, e assim como nos rapazes, ambas as variáveis, a Resiliência ($\beta = -.597, p < .001$) e a Satisfação ($\beta = .183, p < .001$) revelaram ser estatisticamente significativas.

Tabela 14.

Efeito moderador da Satisfação Global na relação entre a Resiliência e a Sintomatologia Depressiva, no género feminino.

Modelo	Preditores	β	T	p	ΔR^2
1	Resiliência	-.682	-15.253	.000	.466
2	Resiliência	-.617	-13.452	.000	.035
	Satisfação Global	.197	4.299	.000	
3	Resiliência	-.597	-13.039	.000	.016
	Satisfação Global	.183	4.018	.000	
	Resiliência * Satisfação Global	-.129	-2.932	.004	

A figura 5 apresenta o efeito do moderador da *Satisfação Global*, no género feminino. Aqui, tal como na amostra do género masculino, a *Satisfação Global* potencia o efeito da *Resiliência* principalmente nos seus níveis mais baixos.

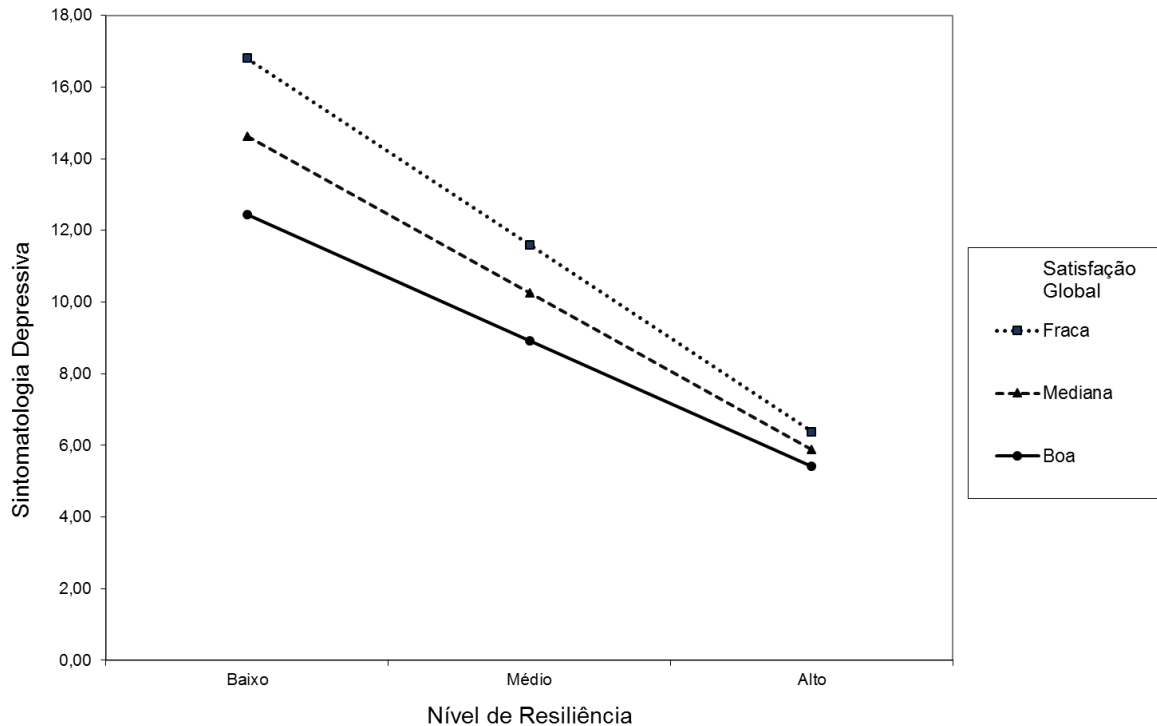


Figura 5. *Resiliência moderada pela Satisfação Global, no género feminino.*

4. Discussão

Na presente investigação, foi analisada a relação entre a *Resiliência* e a *Sintomatologia Depressiva*, a relação entre o *Funcionamento Psicossocial* (total e cada uma das suas áreas) e a *Sintomatologia Depressiva*, e o efeito moderador do *Funcionamento Psicossocial* (total e cada uma das suas áreas) na relação entre a *Resiliência* e a *Sintomatologia Depressiva*. Estas variáveis foram avaliadas através de entrevistas (elaboradas especificamente para fazer este follow-up) e questionários. Ao utilizar-se a entrevista como método de avaliação, enriquece-se naturalmente o estudo. Sendo um estudo transversal, a avaliação é realizada em determinado ponto temporal e questiona o que aconteceu desde a avaliação anterior até à avaliação atual.

Quando se fala de predição, é apenas no sentido estatístico, não podendo retirar-se conclusões de causa/efeito.

Na literatura, os estudos que contemplam as variáveis *Resiliência* e *Sintomatologia Depressiva* parecem ser consensuais no que diz respeito ao efeito da primeira sobre a segunda. A *Resiliência* e a *Sintomatologia Depressiva* estão correlacionadas negativamente, isto é, quanta mais *Resiliência*, menos *Sintomatologia Depressiva* (e.g. Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2008 *cit in* Wagnild & Collins, 2009). Seguindo a mesma linha, neste estudo, a *Resiliência* revelou igualmente ser um forte preditor da *Sintomatologia Depressiva*, no sentido negativo. De notar que a *Resiliência* não está relacionada apenas com a Depressão, isto é, não é ausência de um estado depressivo. *Resiliência*, como referido por Luthar *et al.* (2000), é uma adaptação positiva conseguida num contexto de adversidade, na presença de determinados fatores de risco para determinada condição, que pode ser ou não a Depressão.

Relativamente ao *Funcionamento Psicossocial*, a maioria dos estudos que o relacionam com a *Sintomatologia Depressiva* referem-se ao impacto da Sintomatologia no Funcionamento, referindo que a primeira afeta negativamente o segundo, isto é, níveis mais elevados de *Sintomatologia Depressiva* associam-se a um pior *Funcionamento Psicossocial* (e.g. Weissman *et al.*, 1999; Judd *et al.*, 2000; Field *et al.*, 2001; Hirschfeld *et al.*, 2002; Judd *et al.*, 2008; Lewinsohn *et al.*, 2003; Vitiello *et al.*, 2011). No entanto, sabendo-se da influência que o *Funcionamento Psicossocial* tem também na *Sintomatologia Depressiva*, existem já estudos que avaliam essa relação, e que demonstram que um *Funcionamento Psicossocial* pobre é também um preditor significativo de *Sintomatologia Depressiva* (e.g. Goldstein *et al.*, 2009; Lewinsohn *et al.*, 1998; Solomon *et al.*, 2008). Estes estudos consideram o *Funcionamento Psicossocial* como um todo, no entanto, outros consideram as suas áreas específicas. Por exemplo, Chen & Li (2000) e Fröjd *et al.* (2008) estudaram amostras comunitárias de adolescentes e encontraram que a Depressão estava associada a dificuldades a

nível do *Desempenho Escolar*. Quanto às *Relações Familiares*, um estudo de uma amostra de adolescentes revelou que existe uma relação negativa significativa entre depressão e relações satisfatórias com a mãe, com o pai, e união familiar (Mueller, Bridges & Goddard, 2011). Greca & Harrisson (2005) estudaram a associação entre as relações com os pares e a *Sintomatologia Depressiva* também durante a adolescência, numa amostra comunitária, e concluíram que más relações com os pares predizem *Sintomatologia Depressiva*. Quanto às *Atividades Recreativas*, um estudo longitudinal de uma amostra de adolescentes revelou que as atividades de lazer, nomeadamente as atividades físicas, e o humor depressivo covariam inversamente durante a adolescência (Birkeland, Torsheim & Wold, 2009). Um estudo de Rissanen *et al.* (2011), que analisou a relação entre a Satisfação com a vida e a *Sintomatologia Depressiva*, numa amostra da população geral, concluiu que as duas variáveis estão significativamente relacionadas, sendo que uma fraca Satisfação prediz mais *Sintomatologia Depressiva* e pior saúde mental.

No presente estudo, foi considerado o efeito do *Funcionamento Psicossocial* como um todo, assim como cada uma das suas áreas. O *Funcionamento Psicossocial* total revelou ser um preditor significativo de *Sintomatologia Depressiva*, o que vai ao encontro do reportado anteriormente (e.g. Goldstein *et al.*, 2009; Lewinsohn *et al.*, 1998; Solomon *et al.*, 2008). Também as *Relações Familiares* e a *Satisfação Global* com a vida se revelaram significativas na predição da *Sintomatologia Depressiva*. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (e.g. Mueller, Bridges & Goddard, 2011; Rissanen *et al.*, 2011). Tal como descrito por Fröjd *et al.* (2008) e Chen & Li (2000), encontrou-se uma relação significativa entre *Desempenho Escolar* e *Sintomatologia Depressiva*. Similarmente, também se encontraram relações significativas entre as *Relações de Amizade* e a *Sintomatologia Depressiva* e entre as *Atividades Recreativas* e a *Sintomatologia Depressiva*, replicando os resultados encontrados por Greca & Harrisson (2005) e Birkeland, Torsheim & Wold (2009). Encontraram-se ainda diferenças significativas entre géneros, relativamente a algumas

variáveis que são investigadas no presente estudo. No que diz respeito à *Resiliência*, os rapazes apresentaram resultados mais elevados, replicando os resultados de Tusaie *et al.* (2007). Quanto à *Sintomatologia Depressiva*, as raparigas revelaram valores mais elevados desta variável, o que está de acordo com os estudos anteriores (Essau *et al.*, 2010; Galambos *et al.*, 2004; Saluja *et al.*, 2004). Nas variáveis *Relações de Amizade* e *Satisfação Global* também foram as raparigas que apresentaram valores mais elevados, no entanto, é de notar que nestas variáveis, avaliadas através da A-LIFE, pontuações mais altas equivalem a um pior funcionamento. Nas restantes variáveis não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros.

No que diz respeito ao estudo das interações, foram encontrados vários resultados significativos, revelando a presença de efeitos moderadores por parte do *Funcionamento Psicossocial*, ou de alguma das suas áreas, sobre a *Resiliência*, na predição da *Sintomatologia Depressiva*. Verificaram-se alguns resultados interessantes no que à diferença de géneros diz respeito, já que certas variáveis apresentaram um efeito moderador sobre a *Resiliência* em apenas um dos géneros. Um desses casos é o do *Funcionamento Psicossocial* total, que apenas se revela um moderador significativo da *Resiliência* no género masculino. Neste caso, um bom *Funcionamento Psicossocial* revelou ser um potenciador do efeito da *Resiliência*. Assim, ter melhores pontuações no *Funcionamento Psicossocial* parece funcionar como um fator protetor relativamente à *Sintomatologia Depressiva*. Do mesmo modo, um *Funcionamento Psicossocial* mais pobre pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de *Sintomatologia Depressiva*. Os resultados revelam então que um bom *Funcionamento Psicossocial* potencia o impacto da *Resiliência* na Depressão, embora, neste estudo, este efeito moderador se tenha mostrado significativo apenas para o género masculino.

Contrariamente ao *Funcionamento Psicossocial* total, o *Desempenho Escolar*, moderou de forma significativa a *Resiliência* apenas para o género feminino, atuando, no que diz respeito

à predição de *Sintomatologia Depressiva*, como um potenciador do efeito da *Resiliência*, principalmente nos seus níveis mais baixos. Assim, nos níveis mais baixos de *Resiliência*, um melhor *Desempenho Escolar* corresponde a menor *Sintomatologia Depressiva*; nos níveis mais elevados de *Resiliência*, essa diferença deixa de ser perceptível. Considerando os dados encontrados, um bom *Desempenho Escolar* surge aqui também como um possível fator protetor relativamente à Depressão, embora apenas para o género feminino.

A variável *Relações Familiares* revelou, também, ser moderadora da *Resiliência* apenas para o género feminino. O seu efeito é semelhante ao do *Desempenho*, funcionando como um potenciador do efeito da *Resiliência* na *Sintomatologia Depressiva*, principalmente nos níveis mais baixos de *Resiliência*. Assim, são as adolescentes mais resilientes e que, simultaneamente, referem melhores *Relações Familiares* os que apresentam o menor grau de *Sintomatologia Depressiva*. As boas *Relações Familiares*, isoladamente, parecem funcionar também como um fator protetor relativamente à *Sintomatologia Depressiva*. Estes resultados dizem respeito apenas ao género feminino, não se podendo tirar conclusões relativamente ao género masculino.

A variável *Satisfação Global*, que corresponde a uma satisfação do adolescente com as diferentes áreas da sua vida, revelou-se um moderador da *Resiliência* no género masculino e no género feminino, e nos dois casos de forma idêntica. A variável moderadora exerce um efeito potenciador na *Resiliência*, que se torna bastante evidente nos níveis mais baixos desta variável, isto é, os adolescentes pouco resilientes mas com uma boa *Satisfação Global* apresentam significativamente menos *Sintomatologia Depressiva* que os adolescentes pouco resilientes que não têm uma boa *Satisfação Global*. Assim, os jovens que apresentam um menor grau de *Sintomatologia Depressiva* são aqueles que apresentam um elevado grau de *Resiliência*, e, simultaneamente, uma boa *Satisfação Global*. Esta variável surge, então, como mais um possível fator protetor face à *Sintomatologia Depressiva*.

As *Relações de Amizade* e as *Atividades Recreativas* não foram moderadoras da *Resiliência*, para nenhum dos géneros, e portanto, não parece existir uma interação favorável entre cada uma delas e a *Resiliência*. No entanto, não deixam de ser possíveis fatores protetores no que diz respeito à *Sintomatologia Depressiva* nos adolescentes, visto que as análises das correlações entre as variáveis revelaram que ambas estão associadas a este tipo de sintomatologia de forma estatisticamente significativa.

A presente investigação, na qual se estuda o efeito moderador do *Funcionamento Psicossocial* (e das suas áreas) na relação entre a *Resiliência* e a *Sintomatologia Depressiva* dos adolescentes, constitui um contributo importante e completamente inovador, já que não existem outros estudos a considerar estas mesmas variáveis. Para além disso, dada a importância de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção adequadas e eficazes, devido ao impacto nefasto que a *Sintomatologia Depressiva* e o Prejuízo Psicossocial podem ter na vida dos adolescentes, este estudo apresenta uma melhor compreensão dos fatores de risco e fatores protetores da Depressão. Tendo em consideração que um bom *Funcionamento Psicossocial* ajuda a manter as melhorias aquando de uma recuperação da *Sintomatologia Depressiva*, e que, do mesmo modo, uma melhoria do estado depressivo ajuda igualmente a melhorar o *Funcionamento Psicossocial*, seria importante desenvolver não só estratégias no sentido de prevenir e recuperar da *Sintomatologia Depressiva*, mas também estratégias específicas para melhorar e promover o *Funcionamento Psicossocial*, as suas áreas específicas, e ainda desenvolver competências a nível da *Resiliência*, como a autocompaixão, a aceitação ou o otimismo.

4.1. Limitações

Esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser referidas e tomadas em consideração na interpretação dos resultados. A amostra, apesar de não ser equilibrada no que diz respeito ao género, é representativa do que se encontra nas escolas portuguesas, onde a

maioria dos estudantes são do género feminino. No entanto concentra-se em zonas geográficas delimitadas do país. Outra limitação prende-se com a dificuldade em controlar as variáveis que podem ter influência nas respostas dos sujeitos e consequentemente nos resultados, nomeadamente, a desejabilidade social, a fadiga ou a desmotivação. Estas variáveis poderão ter influenciado as respostas dos sujeitos, visto que lhes foi pedido que preenchessem uma extensa bateria de questionários, pertencente ao projeto de investigação no qual se integrou este estudo. Também o facto de ter sido aplicada em situação de grupo poderá ter sido contraproducente na medida em que proporciona uma maior distração ou inibição. Por último, sendo um estudo de natureza transversal, não pode chegar-se a conclusões no que diz respeito às relações causais entre estas variáveis.

4.2. Estudos Futuros

Seria importante, no futuro, replicar este estudo em amostras clínicas e em amostras comunitárias mais amplas e representativas da população portuguesa. Do mesmo modo, poderia ser positivo controlar questões como a desejabilidade social, através de uma escala de mentira, ou a aplicação em grupo. Para além disso, estudos de natureza longitudinal permitiriam verificar as variações de Sintomatologia Depressiva ao longo do tempo, e estudos experimentais facilitariam a compreensão das relações de causalidade entre as variáveis.

5. Referências

- 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*. (pp. 171-182). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452233611.n20>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87. doi:10.1017/S0021963098003448
- Arnarson, E., & Craighead, W. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- Baron, M., & Kenny, A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Beardslee, W. R. (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 266-278. doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01659.x
- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.145.1.63>
- Bird, H. R., Canino, G. J., Davies, M., Ramírez, R., Chávez, L., Duarte, C., & Shen, S. (2005). The brief impairment scale (bis): A multidimensional scale of functional impairment for

- children and adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 699-707. doi:10.1097/01.chi.0000163281.41383.94
- Birkeland, M. S., Torsheim, T., & Wold, B. (2009). A longitudinal study of the relationship between leisure-time physical activity and depressed mood among adolescents. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 25-34. doi:10.1016/j.psychsport.2008.01.005
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., . . . Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years (part 1). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439. doi:10.1097/00004583-199611000-00011
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255. doi:10.1037//0033-2909.111.2.244
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D., & Beardslee, W. R. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 393-412. doi:10.1023/A:1020274531345
- Chen, X. & Li, B. (2000). Depressed mood in Chinese children: Development significance for social and school adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 24 (4), 472-479. doi: 10.1080/016502500750038026
- Christiansen, L., & Bolton, J. (2007). Depressive disorders. In M. Hersen, & J. Thomas (Eds.), *Handbook of clinical interviewing with children*. (pp. 138-155). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412982740.n10>
- Costello, E., Pine, D., Hammen, C., March, J., Plotsky, P., Weissman, M., . . . Leckman, J. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 529-542. doi:10.1016/S0006-3223(02)01372-0

- 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 (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 553-564.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363. doi:10.1023/A:1021637011732
- Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (1999). Depression in children and adolescents: A guide to diagnosis and treatment. *Cns Drugs*, 11(3), 181-189. doi:10.2165/00023210-199911030-00003
- Essau, C., Lewinsohn, P., Seeley, J., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 127, 185-190. doi:10.1016/j.jad.2010.05.016
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143), 491-498.
- Fröjd, S., Nissinen, E., Pelkonen, M., Marttunen, M., Koivisto, A., & Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485-498. doi:10.1016/j.adolescence.2007.08.006
- Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (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. doi:10.1080/01650250344000235
- Geanellos, R. (2005). Adversity as opportunity: Living with schizophrenia and developing a resilient self. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 7-15. doi:10.1111/j.1440-0979.2005.00349.x

- Goldbeck, L., Schmitz, T., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research, 16*, 969–979. doi: 10.1007/s11136-007-9205-5
- Goldstein, T., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Gill, M., Esposito-Smythers, C., . . . Keller, M. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *American Journal of Psychiatry, 114*, 179-183. doi:10.1016/j.jad.2008.07.001
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 90-100. doi:10.1037//0022-006X.63.1.90
- Greca, A., & Harrison, H. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 49–61. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_5
- Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Defining and measuring functional recovery from depression. *Cns Drugs, 24*(4), 267-284. doi:10.2165/11530230-000000000-00000
- Hauser, S. T. (1999). Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations. *Journal of Research on Adolescence, 9*(1), 1-24. doi:10.1207/s15327795jra0901_1
- Hayes, A. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis - A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1995). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(6), 733-753. doi:10.1007/BF01537451
- Hirschfeld, R. M., Dunner, D. L., Keitner, G., Klein, D. N., Koran, L. M., Kornstein, S. G., . . . Keller, M. B. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive

- symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, 51, 123-133. doi:10.1016/S0006-3223(01)01291-4
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104. doi:10.1177/1359104507071062
- Hollister-Wagner, G. H., Foshee, V. A., & Jackson, C. (2001). Adolescent aggression models of resiliency. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(3), 445-466. doi:10.1111/j.1559-1816.2001.tb02050.x
- Howard, S., & Johnson, B. (2000). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children 'at risk'. *Educational Studies*, 26(3), 321-337. doi:10.1080/03055690050137132
- Jackson, S., Born, M., & Jacob, M. (1997). Reflections on risk and resilience in adolescence. *Journal of Adolescence*, 20, 609-616. doi:10.1006/jado.1997.0114
- José, P. (2013). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: the internet version, Version 3.0. *Victoria University of Wellington, Wellington, New Zeland*. Obtido de <http://pavlov.psyc.vuw.ac.nz/paul-jose/modgraph/modgraph.php>
- Judd, L., Schettler, P., Solomon, D., Maser, J., Coryell, W., Endicott, J., & Akiskal, H. (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 108, 49-58. doi:10.1016/j.jad.2007.06.014
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., & Paulus, M. P. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 45, 5-18. doi:10.1016/S0165-0327(97)00055-4

- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 375-380. doi:10.1001/archpsyc.57.4.375
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., & Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, *153*(11), 1411-1417. doi:10.1176/ajp.153.11.1411
- Keller M. B. et al. (1993). *Adolescent-Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation (A-LIFE)*. Instrumento não publicado.
- Keller M. B., Lavori P. W., Friedman B., Nielsen E., Endicott J., McDonald-Scott P., Andreasen N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* *44*(6), pp. 540-548. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800180050009
- Kendall, P. C. (2000). *Childhood disorders*. Hove: Psychology Press
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, *49*, 1002-1014, doi: 10.1016/S0006-3223(01)01129-5
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

- Knapp, M., McCrone, P., Frombonne, E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 19-23. doi:10.1192/bjp.180.1.19
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, *21*(4), 995-998.
- Lewinsohn, P., Roberts, R., Seeley, J., Rohde, P., Gotlib, I., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 302-315. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.302
- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1998) Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *18*(7), 765–794. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*(3), 353–363. doi:10.1037/0021-843X.112.3.353
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, *62*(3), 600-616. doi:10.2307/1131134
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Sintra, Portugal: Report Number
- Marôco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Marujo, H. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e depressão. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 144–170). Coimbra: Quarteto Editora.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. doi:10.1037//0003-066X.53.2.205
- Matos, A. P. & Costa, A. (2011). *Estudo das propriedades psicométricas da entrevista Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)*. [Study of Psychometric properties of the interview Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)] (monografia não publicada).
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7. doi:10.1155/2011/548034
- Melvin, G., Dudley, A., Gordon, M., Ford, S., Taffe, J., & Tonge, B. (2013) What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 151, 298–305. doi:10.1016/j.jad.2013.06.012
- Merikangas, K. & Knight, E. (2012). The epidemiology of depression in adolescents. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (pp. 53-67), New York: Routledge
- Mueller, C. E., Bridges, S. K., & Goddard, M. S. (2011). Sleep and parent-family connectedness: Links, relationships and implications for adolescent depression. *Journal of Family Studies*, 17(1), 9-23. doi:10.5172/jfs.2011.17.1.9

- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., . . . Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1000-1006. Retrieved from www.ajp.psychiatryonline.org/
- Oliveira, A., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., & Oliveira, S. (2014). Confirmatory factor analysis of the resilience scale short form in a portuguese adolescent sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *165*, 260-266. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.630
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (Version 12). (2nd ed.). Sydney: Allen & Unwin.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, M. R., & Matos, A. P. (2013). Exploring the construct validity of the two versions of the Resilience Scale in a Portuguese adolescent sample. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, *2*(10), 178-189. Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.15405/FutureAcademy/ejsbs\(2301-2218\).2012.2.5](http://dx.doi.org/10.15405/FutureAcademy/ejsbs(2301-2218).2012.2.5)
- Resnick, M. D. (2000). Resilience and protective factors in the lives of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *27*, 1-2. doi:10.1016/S1054-139X(00)00142-7
- Rissanen, T., Viinamäki, H., Honkalampi, K., Lehto, S., Hintikka, J., Saharinen, T., & Koivumaa-Honkanen, H. (2011). Long term life dissatisfaction and subsequent major depressive disorder and poor mental health. *BMC Psychiatry*, *11* (140), 2-6. doi: 10.1186/1471-244X-11-140
- Rohde, P., Noell, J., Ochs, L., & Seeley, J. R. (2001). Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *Journal of Adolescence*. doi:10.1006/jado.2001.0382

- Rudolph, K., Hammen, C. & Daley, S. (2008). Mood disorders. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 300-327). New York, NY: Guilford
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P., Overpeck, M., Sun, W., & Giedd, J. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158 (8), 760-765. doi:10.1001/archpedi.158.8.760
- Scheier, M. E., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., . . . Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W., Mueller, T. I., Posternak, M., Endicott, J., & Keller, M. B. (2008). Predicting recovery from episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 107, 285-291. doi:10.1016/j.jad.2007.09.001
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics*. (6th ed.). Boston: Pearson
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-10.
- Tusaie, K., Puskar, K., & Sereika, S. M. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00143.x

- Vitiello, B., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K., Asarnow, J., Keller, M., . . . Brent, D. (2011). Long-Term outcome of adolescent depression initially resistant to SSRI Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3): 388–396. doi:10.4088/JCP.09m05885blu
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2004). Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychological Medicine*, 34(4), 643-658. doi:10.1017/S0033291703001478
- Wagner, K. D. (2003) Major depression in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 33(4), 266-270
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178
- Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(12), 28-33. doi:10.3928/02793695-20091103-01
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama-Journal of The American Medical Association*, 281(18), 1707-1713. doi:10.1001/jama.281.18.1707