

CONDIÇÕES AMBIENTAIS ASSOCIADAS AO HUMOR DEPRESSIVO NA ADOLESCÊNCIA

Anabela Rosando^{1,2} & Margarida Gaspar de Matos^{2,3,4}

1- EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2-UTL, 3-CMDT, 4-UNL

RESUMO- O presente trabalho analisa a associação entre ambiente físico e social e a psicopatologia, nomeadamente depressão, numa amostra de 254 adolescentes, 82 do sexo masculino e 172 do sexo feminino, todos estudantes do ensino secundário de três escolas de uma zona perto de Lisboa, com uma média de idade de 16,9 ($DP = 1,48$). A recolha de dados foi efetuada com recurso a um Questionário Demográfico, ao Inventário de Depressão Infantil - CDI (Kovacs, 1981) e ao Inventário de Sintomas Breve - BSI (Derogatis, 1982). Os resultados confirmaram a hipótese de uma associação entre sexo, grau de escolaridade, a ESE parental e as condições ambientais da habitação e do bairro. As implicações dos resultados são discutidas sobre os esforços para aumentar a prevenção de bem-estar e saúde mental durante a adolescência.

Palavras-chave- Adolescência, depressão, sintomatologia psicopatológica, influência do meio e estatuto socioeconómico.

ENVIRONMENTAL CONDITIONS ASSOCIATED WITH DEPRESSED MOOD IN ADOLESCENCE

ABSTRACT- The present work analyse the association of the social and physical environment and the psychopathology, namely depression, in a sample of 254 teenagers, 82 males and 172 females, all them high school students from three schools nearby area of Lisbon, with a average age of 16.9 ($SD = 1.48$). The data collection included a Demographic Questionnaire, the Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1981) and the Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1982). Results confirmed the hypothesis of an association among gender, school grade, parental SES and the environmental conditions of the housing and neighbourhood. Implications of the results are discussed namely concerning preventing efforts to increase wellbeing and mental health during adolescence.

Key Words- Adolescence, depression, psychopathology symptomatology, influences of the environment, socio-economic status.

Recebido em 09 de Setembro de 2012/ Aceite em 23 de Março de 2013

A designação de adolescência particulariza uma fase do desenvolvimento humano, mais especificamente a transição da infância para a idade adulta (Gleitman, 1998; Wilson, Pritchard & Revelee, 2005). Este período de transição é caracterizado por inúmeras mudanças ao nível do desenvolvimento de diferentes sistemas, como o biológico, o cognitivo e o social (Windle & Davies, 1999), que requerem, por parte do jovem adolescente, uma permanente readaptação (Gleitman, 1998).

Nesta fase é intensificada a vulnerabilidade às potenciais disfunções entre o desenvolvimento cerebral e os sistemas comportamental e cognitivo (Steinberg, 2005), sendo descrita como uma fase de considerável stresse social (Wilson, Pritchard & Revelee, 2005), na qual existe uma grande divergência entre um bom e um pobre funcionamento (Arnett, 2000). As novas experiências ao nível relacional, afetivo e académico, também, podem ser novas fontes de stresse na sua vida (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

Os estímulos provenientes do meio irão promover uma contínua maturação de atitudes e comportamentos que, progressivamente, lhe irão permitir adquirir competências pessoais e sociais que possibilitem desvincular-se da dependência familiar, tornando-se autónomo e membro ativo da sociedade (Gleitman, 1998).

Neste sentido, vários autores afirmam não ser possível separar a importância dos diferentes agentes de socialização no desenvolvimento dos jovens, na medida em que a escola, a família e os amigos se complementam no processo educativo (DiClemente et al., 2001; Marques, Vieira & Barroso, 2003).

Os problemas de comportamento dos jovens têm mais probabilidade de surgir quando as famílias têm elevados níveis de conflito, baixo nível de envolvimento e monitorização inadequada da relação dos jovens com os pares (Matos & Sampaio, 2009) e do seu comportamento (Matos & Sampaio, 2009; Miller, 2002).

Assim, na génese dos comportamentos de risco durante a adolescência podem estar fatores individuais, culturais, relacionais e académicos, especificamente as lacunas na dinâmica familiar, a influência de pares desviantes ou ainda a falta de ligação à escola ou o fraco rendimento escolar (Matos & Sampaio, 2009; Lohman & Billings, 2008).

De uma forma semelhante, também a sintomatologia depressiva parece estar associada a fatores como o estatuto socioeconómico, a constituição familiar e a exposição dos indivíduos a stresse social (Barrett & Turner, 2005). A existência de problemas no local de residência, potencia o desenvolvimento de sintomatologias como a depressão e a ansiedade (Hill, Ross & Angel, 2005). Também, são relatadas diferenças quanto ao género, sendo os rapazes aqueles que referem sentirem-se mais sozinhos e as raparigas a apresentarem mais sintomatologia depressiva (Saini & Singh, 2008).

Com base na literatura atrás exposta, a presente investigação teve como objetivo estudar as diferenças de género, zona residencial, estatuto socioeconómico e agregado familiar na sintomatologia psicopatológica e depressiva dos adolescentes. Neste sentido, era esperado que as raparigas relatassem mais sintomas depressivos comparativamente com os rapazes, tal como os adolescentes que vivessem só com um progenitor, a habitação estivesse inserida em meios problemáticos e com baixo estatuto socioeconómico, relatassem mais sintomas de depressão.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 296 indivíduos, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 15 e os 22 anos. Os participantes foram recrutados aleatoriamente de alguns estabelecimentos de ensino secundário público de uma zona perto de Lisboa, tendo sido selecionadas, para o efeito, duas turmas referente a cada ano. Tendo-se verificado que, da amostra total, 42 protocolos não se encontravam devidamente preenchidos, pela omissão

ADOLESCÊNCIA, DEPRESSÃO E INFLUÊNCIA DO MEIO

contínua de respostas e pela adoção de respostas extremas, foi necessário excluí-los. Deste modo, foram incluídos na amostra 254 indivíduos, 82 do género masculino e 172 do género feminino, com uma média de idades de 16,86 anos ($DP = 1,48$). No que respeita à caracterização da amostra ao nível da escolaridade dos indivíduos inquiridos, 50,2% frequentava o 10º Ano, 21,7% frequentava o 11º Ano e 28,1% frequentava o 12º Ano. Quanto ao país de origem, 84,2% dos jovens indicaram ser de nacionalidade portuguesa, sendo os restantes 15,8% pertencentes a outros países, como os PALOP ou os países de Leste. Dos indivíduos com nacionalidade estrangeira, 54,3% indicaram residir em Portugal em média há 2,49 anos ($DP = 0,61$). Quando inquiridos quanto à língua adotada no seio familiar, ao nível da amostra total, 92,5% revelam que é o Português. A maior parte destes adolescentes referiu que vivia com a família nuclear (75,5%) (ver Quadro 1).

Quadro 1 – Características demográficas e de escolaridade dos adolescentes

	<i>N</i> (254)	%
Género		
Masculino	82	32,3
Feminino	172	67,7
País de Origem		
Portugal	213	84,2
Outro	40	15,8
Ano de Escolaridade		
10º ano	127	50,2
11º ano	55	21,7
12º ano	71	28,1
Agregado familiar		
Família Nuclear	188	75,5
Família Mononuclear	37	14,9
Outros tipos de família	23	9,2
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	16,86	1,48
Anos de Residência	2,49	0,61

Em relação aos pais dos adolescentes, verificou-se que tanto o pai, como a mãe tinham maioritariamente nacionalidade portuguesa, 74,2% e 75,1% respetivamente. Na maior parte dos casos as habilitações literárias quer do pai, quer da mãe situaram-se ao nível do 2º/3º ciclo e a sua profissão correspondeu predominantemente à categoria dos operários especializados, para o pai com 52,9% e operários não especializados, para a mãe com 36,1%. Também quanto ao estado laboral as frequências obtidas foram semelhantes, uma vez que ambos se encontravam empregados (ver Quadro 2).

Quadro 2 – Características demográficas e de escolaridade dos pais

	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Habilitações Literárias				
Sem qualquer grau de ensino	3	1,3	6	2,4
1º Ciclo	54	22,5	48	19,3
2º / 3º Ciclo	97	40,4	99	39,8
Ensino Secundário	49	20,4	57	22,9

Curso Superior	37	15,4	39	15,7
Estado Laboral				
Empregado	216	93,5	200	81,3
Desempregado	15	6,5	46	18,7
País de Origem				
Portugal	187	74,2	190	75,1
PALOP	58	23,0	58	22,9
Brasil	3	1,2	1	0,4
Países de Leste	2	0,8	2	0,8
Outros	2	0,8	2	0,8

Material

Questionário demográfico

O questionário demográfico foi composto por questões relacionadas com os dados relativos aos participantes, nomeadamente a idade, o género, o ano de escolaridade, o país de origem, os anos de residência em Portugal, a língua falada em casa e a freguesia de residência, assim como foram colocadas questões acerca do agregado familiar e dos seus progenitores.

Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1981)

Trata-se de uma medida de auto-avaliação, constituída por 27 itens com o objetivo de avaliar a sintomatologia depressiva. Esta medida destina-se a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os sete e os 17 anos, e surgiu da revisão de uma medida de auto-avaliação para adultos, o Beck Depression Inventory (BDI). Os itens constituintes correspondem a sintomas ou atitudes que são avaliados pelo indivíduo de acordo com a forma como se sente no momento da avaliação, segundo uma intensidade que varia entre um e três, no sentido de maior intensidade da depressão. O CDI é constituído por cinco dimensões: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa, no entanto pode ser utilizado como uma medida unidimensional cujo resultado final varia entre 27 e 81, permitindo a discriminação clínica entre jovens deprimidos e não deprimidos (Kovacs, 1992), havendo várias aferições em língua portuguesa (p.e. Matos, et al. 2012).

Os valores obtidos no estudo da fidelidade do CDI revelaram um valor α de Cronbach de 0,86 para o conjunto dos 27 itens, sugerindo uma boa consistência interna. Os valores dos coeficiente de alpha de Cronbach para as diferentes dimensões variaram entre 0,59 e 0,68 (Kovacs, 1992).

Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1982)

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada pela BSI, uma medida de auto-avaliação destinada a adultos e adolescentes com idade superior a 13 anos, com o objetivo de avaliar diferentes dimensões da psicossintomatologia. É uma medida constituída por 53 itens, as respostas deverão espelhar o grau em que cada problema incomodou o indivíduo durante a última semana, com formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (0. Nunca; 1. Poucas vezes; 2. Algumas vezes; 3. Muitas vezes; 4. Muitíssimas vezes). A BSI é composta por nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e por três índices globais: índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos (Canavarro, 1999).

Foi realizado um estudo de adaptação da medida à população portuguesa por Canavarro (1999) com duas amostras, uma de população geral e outra de população clínica de modo a

validar e testar as propriedades psicométricas da BSI. Foram encontrados coeficientes de consistência interna, alpha de Cronbach, adequados cujos valores variaram entre 0,72 e 0,80, à exceção dos valores observados para a escala de ansiedade fóbica e psicoticismo com valores de 0,62. Utilizou-se esta medida sem adaptações considerando a idade média dos participantes em análise (17 anos).

Procedimento

O protocolo de investigação foi aplicado a estudantes do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade. Numa primeira fase foi efetuado o pedido de consentimento aos Conselhos Executivos das escolas secundárias do concelho de Loures para a aplicação do protocolo em meio escolar. Depois, mediante a aprovação das escolas, foi enviado para os encarregados de educação o pedido de consentimento informado para que autorizassem os seus educandos a participar no estudo. Por último, procedeu-se à aplicação dos questionários, organizados pela seguinte ordem: folha de rosto com o pedido de consentimento informado ao próprio aluno, questionário demográfico, CDI (Kovacs, 1981) e BSI (Canavarro, 1999).

A recolha dos dados foi realizada em três escolas públicas do ensino secundário de uma zona perto de Lisboa, em 2009. Em cada escola foram sorteadas duas turmas de cada ano letivo lecionado na mesma. Só participaram os alunos que entregaram o consentimento informado dos pais ou encarregados de educação, enviado pela escola. Foi garantido aos participantes o seu anonimato e confidencialidade das suas respostas, assim como a possibilidade de se retirarem no caso de não quererem continuar.

RESULTADOS

Os dados foram introduzidos e sujeitos a procedimentos estatísticos calculados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18.0 para o Windows.

Primeiramente foi realizada uma estatística descritiva em relação às medidas de avaliação utilizadas no presente estudo (ver Quadro 3), com indicação dos seus valores médios, desvio-padrão.

Quadro 3 – Médias e desvios-padrão das medidas de avaliação

	<i>M</i>	<i>DP</i>
CDI Total	37,71	7,37
Humor negativo	8,33	2,00
Problemas interpessoais	5,74	1,37
Ineficácia	6,59	1,67
Anedonia	12,50	2,19
Auto-estima negativa	6,52	1,60
BSI Total	43,48	33,00
Somatização	4,53	4,65
Obsessões-Compulsões	6,49	3,99
Sensibilidade interpessoal	3,36	3,21
Depressão	5,02	4,91
Ansiedade	4,54	4,03
Hostilidade	4,81	4,13
Ansiedade Fóbica	2,36	3,06
Ideação Paranóide	5,45	3,74
Psicoticismo	3,30	3,60

Em relação à consistência interna, tanto as diferentes subescalas da medida de auto-avaliação da depressão (CDI), como o total desta medida (27 itens) apresentaram uma boa consistência interna, com valores do coeficiente de alpha de Cronbach que variaram entre 0,79 (total da medida) e 0,82 (subescalas problemas interpessoais e ineficácia) (ver Quadro 4). O mesmo processo foi aplicado à BSI, no qual foram obtidos valores de consistência interna referentes às diferentes subescalas que variaram entre 0,79 (subescala depressão) e 0,81 (subescala ansiedade fóbica), enquanto o total da medida apresentou um coeficiente de alpha de Cronbach adequado, de 0,94 para os 53 itens (ver Quadro 4).

Quadro 4 – *Análise da fidelidade das dimensões das medidas CDI e BSI*

	α de Cronbach	N.º de itens
CDI Total	0,79	27
Humor negativo	0,81	6
Problemas interpessoais	0,82	4
Ineficácia	0,82	4
Anedonia	0,81	8
Auto-estima negativa	0,81	5
BSI Total	0,94	53
Somatização	0,80	7
Obsessões-Compulsões	0,80	6
Sensibilidade interpessoal	0,80	4
Depressão	0,79	6
Ansiedade	0,80	6
Hostilidade	0,80	5
Ansiedade fóbica	0,81	5
Ideação paranóide	0,80	5
Psicoticismo	0,80	5

Foram realizadas análises fatoriais exploratórias ao CDI e BSI onde foram retidos os fatores com pesos fatoriais iguais ou superiores a 0,40, segundo a regra de Kraiser e a análise Screen Plot, resultando para o CDI uma solução sete fatores, que explicou 58,34% da variância. e para o BSI, foi encontrada uma solução com nove fatores, que explicou 64,81% da variância.

Tal como se esperava, dadas as características clínicas das escalas e outros estudos anteriores (p.e. Matos et al, 2012) os fatores obtidos nas análises fatoriais, tanto no CDI como no BSI não foram compreensíveis na presente aplicação a esta população. Deste modo, e dadas as características das escalas optou-se por utilizar as soluções originais dos autores, mantendo a validade facial eles justificada.

O teste de análise de variância ANOVA foi utilizado para realizar comparações entre variáveis independentes diferentes, nomeadamente de variáveis demográficas, como o género, o estado laboral do pai e da mãe, a escolaridade e a agradabilidade do local de residência; em relação aos níveis de depressão e sintomatologia psicopatológica sentidos pelos adolescentes.

Para o género foram encontradas, de forma sistemática diferenças estatisticamente significativas para as subescalas problemas interpessoais ($F(1,246) = 12,72$; $p = 0,0005$) e humor negativo ($F(1,224) = 8,10$; $p = 0,005$) da CDI. Na medida de sintomatologia psicopatológica foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com valores de p

ADOLESCÊNCIA, DEPRESSÃO E INFLUÊNCIA DO MEIO

entre 0,005 (subescala ansiedade) e 0,02 (total da escala). Os adolescentes do género feminino relataram valores médios mais elevados de humor negativo, de sintomatologia psicopatológica geral, somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão e ansiedade quando comparados com os adolescentes do género masculino. Por outro lado, foram os rapazes que apresentaram maiores índices de problemas interpessoais ($M = 6,19$; $DP = 1,46$) comparativamente com as raparigas ($M = 5,54$; $DP = 1,29$) (ver Quadro 5).

Quadro 5 – Diferenças entre o género para a depressão e sintomatologia psicopatológica

	Género Masculino ($n = 82$)		Género Feminino ($n = 172$)		F	p
	M	DP	M	DP		
CDI Total	36,94	8,40	38,03	6,70	0,97	0,325
Humor negativo	7,76	1,93	8,58	1,99	8,10	0,005
Problemas interpessoais	6,19	1,46	5,54	1,29	12,72	0,000
Ineficácia	6,88	1,65	6,45	1,67	3,54	0,061
Anedonia	12,13	2,33	12,69	2,10	3,53	0,061
Auto-estima negativa	6,29	1,77	6,63	1,51	2,56	0,111
BSI Total	35,97	32,07	47,10	32,93	5,49	0,020
Somatização	3,44	4,32	5,05	4,72	6,53	0,011
Obsessão-Compulsão	5,55	3,95	6,94	3,94	6,72	0,010
Sensibilidade Interpessoal	2,41	2,73	3,81	3,33	10,65	0,001
Depressão	3,54	4,12	5,74	5,10	11,36	0,001
Ansiedade	3,51	3,60	5,04	4,14	8,06	0,005
Hostilidade	4,62	4,08	4,90	4,16	0,25	0,617
Ansiedade Fóbica	2,39	3,18	2,35	3,01	0,01	0,914
Ideação Paranóide	5,06	3,77	5,64	3,72	1,31	0,253
Psicoticismo	2,84	3,30	3,52	3,73	1,98	0,161

A variável do estado laboral do pai apenas evidenciou diferenças estatisticamente significativas na subescala anedonia ($F(1,217) = 6,02$; $p = 0,01$) da medida de depressão, cujas comparações Post Hoc, pelo método Scheffe mostraram que os adolescentes cujos pais que se encontravam desempregados apresentaram maior nível de anedonia ($M = 13,79$; $DP = 2,05$) relativamente aos adolescentes com pais empregados ($M = 12,32$; $DP = 2,17$). Do mesmo modo, foi feita a análise semelhante relativamente ao estado laboral da mãe. Na medida de depressão apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a subescala humor negativo ($F(1,218) = 4,17$; $p = 0,04$), sendo os adolescentes com mães desempregadas os que apresentaram mais humor negativo ($M = 8,34$; $DP = 1,50$), quando comparados com os adolescentes cujas mães estavam empregadas ($M = 8,15$; $DP = 2,07$). Relativamente à medida BSI foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas com valores de p que variaram entre 0,003 (subescala sensibilidade interpessoal) e 0,040 (subescala hostilidade). Os adolescentes cujas mães se encontravam desempregadas apresentaram maiores índices de sintomatologia psicopatológica.

A escolaridade foi definida de acordo com o ano de escolaridade que os adolescentes frequentavam. Esta variável revelou diferenças estatisticamente significativas para a escala total da depressão ($F(2,208) = 3,03$; $p = 0,05$), em que os adolescentes que frequentavam o 12º ano apresentaram níveis médios mais elevados de depressão ($M = 39,50$; $DP = 10,14$) em

relação aos adolescentes que frequentavam os restantes anos de escolaridade. Foram, igualmente, encontradas diferenças estatisticamente significativas para o resultado das subescalas obsessão-compulsão ($F(2,246) = 3,84; p = 0,02$) e ansiedade ($F(2,243) = 3,33; p = 0,03$). Desta forma, foram mais uma vez os adolescentes que frequentavam o 12º ano de escolaridade que apresentaram níveis mais elevados de obsessão-compulsão ($M = 7,58; DP = 5,01$) e de ansiedade ($M = 5,57; DP = 5,33$) relativamente aos restantes grupos. As comparações Post Hoc, pelo método Scheffe revelaram diferenças estatisticamente significativas na subescala obsessão-compulsão ($p = 0,04$) entre os alunos do 12º ano e os do 11º ano (ver Quadro 6).

Quadro 6 – *Diferenças entre a escolaridade para a depressão e sintomatologia psicopatológica*

	10º ano a) (N = 127)		11º ano b) (N = 55)		12º ano c) (N = 71)		F	P	PHT
	M	DP	M	DP	M	DP			
CDI Total	37,53	6,40	35,96	4,81	39,50	10,14	3,03	0,05	c>b
Humor negativo	8,15	7,71	8,12	1,67	8,86	2,64	2,91	0,05	-
Problemas interpessoais	5,82	1,31	5,43	1,22	5,86	1,58	1,88	0,15	-
Ineficácia	6,59	1,64	6,45	1,44	6,74	1,89	0,43	0,65	-
Anedonia	12,45	2,17	12,16	2,13	12,83	2,28	1,41	0,24	-
Auto-estima negativa	6,46	1,51	6,23	1,07	6,87	2,04	2,61	0,07	-
BSI Total	41,79	25,33	38,75	30,09	50,48	44,65	2,03	0,13	-
Somatização	4,46	3,69	4,00	4,40	5,07	6,18	0,83	0,43	-
Obsessão-Compulsão	6,18	3,33	5,80	3,74	7,58	5,01	3,84	0,02	c>b
Sensibilidade Interpessoal	3,19	2,64	3,33	3,51	3,69	3,83	0,53	0,58	-
Depressão	4,71	4,17	4,70	4,87	5,75	6,00	1,13	0,32	-
Ansiedade	4,13	3,04	4,07	3,91	5,57	5,33	3,33	0,03	c>a
Hostilidade	4,34	3,33	4,75	3,81	5,72	5,39	2,52	0,08	-
Ansiedade Fóbica	2,33	2,47	1,78	2,80	2,87	4,03	1,97	0,14	-
Ideação Paranóide	5,60	3,47	4,82	3,23	5,72	4,52	1,07	0,34	-
Psicoticismo	3,31	3,22	2,96	3,27	3,54	4,41	0,39	0,68	-

PHT – Post Hoc Test

O ESE foi definido através das habilitações literárias quer das mães, quer dos pais dos adolescentes de acordo com o estudo de Mota e Silva (1999). Deste modo, pertencem a um grupo ESE baixo aqueles que possuem habilitações inferiores a 9 anos de escolaridade. O grupo ESE médio contém aqueles que possuem habilitações literárias superiores ao 9º ano e inferiores à licenciatura, enquanto que, os que têm habilitações equivalentes ao ensino superior fazem parte do grupo socioeconómico alto. Após análise realizada para cada um dos progenitores em separado, na variável ESE do pai foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nalgumas subescalas da CDI e da BSI com valores de p que variaram entre 0,030 (subescala hostilidade) e 0,041 (subescala ineficácia), em que foram os adolescentes cujas mães pertenciam a um baixo ESE que apresentaram mais sentimentos de ineficácia ($M = 7,76; DP = 1,69$) do que os de ESE médio ($M = 6,06; DP = 1,52$) ou alto ($M = 6,46; DP = 1,61$), assim como mais anedonia ($M = 12,72; DP = 2,30$), hostilidade ($M = 5,29; DP = 4,27$) e ideação paranóide ($M = 5,95; DP = 3,87$) relativamente aos restantes grupos. As comparações Post Hoc, pelo método Scheffe revelaram diferenças significativas para a

ADOLESCÊNCIA, DEPRESSÃO E INFLUÊNCIA DO MEIO

subescala ineficácia da CDI entre os jovens cujos pais possuem um ESE baixo e os jovens cujos pais possuem um ESE médio ($p = 0,04$) (ver Quadro 7).

Quadro 7 – *Diferenças entre o estatuto socioeconómico do pai para a depressão e sintomatologia psicopatológica*

	ESE baixo a) (N = 154)		ESE médio b) (N = 49)		ESE alto c) (N = 37)		F	p	PHT
	M	DP	M	DP	M	DP			
CDI Total	38,34	8,08	35,23	5,15	37,81	5,98	3,00	0,052	-
Humor negativo	8,50	2,13	7,87	1,62	8,13	1,71	1,90	0,152	-
Problemas interpessoais	5,83	1,45	5,53	1,17	5,47	1,16	1,52	0,220	-
Ineficácia	6,76	1,69	6,06	1,52	6,46	1,61	3,23	0,041	a>b
Anedonia	12,72	2,30	11,89	1,56	12,08	2,14	3,29	0,039	a>b
Auto-estima negativa	6,64	1,75	6,33	1,28	6,31	1,43	1,03	0,357	-
BSI Total	47,15	35,27	36,20	27,93	38,72	26,92	2,11	0,124	-
Somatização	4,83	4,84	3,72	4,40	4,06	3,64	1,22	0,296	-
Obsessão-Compulsão	6,85	4,14	5,88	3,83	5,68	3,32	2,02	0,135	-
Sensibilidade Interpessoal	3,62	3,46	2,74	2,75	3,06	2,68	1,30	0,226	-
Depressão	5,55	5,27	3,70	3,39	4,46	4,38	2,91	0,056	-
Ansiedade	4,85	4,27	4,02	3,33	3,97	3,78	1,22	0,296	-
Hostilidade	5,29	4,27	3,80	3,60	3,83	3,27	3,56	0,030	a>b
Ansiedade Fóbica	2,48	3,32	2,06	2,68	2,33	2,63	0,37	0,716	-
Ideação Paranóide	5,95	3,87	4,86	3,52	4,41	3,46	3,26	0,040	a>c
Psicoticismo	3,39	3,77	3,13	3,47	2,89	3,23	0,32	0,726	-

PHT – Post Hoc Test

De modo semelhante, os resultados das mães também evidenciaram diferenças estatisticamente significativas em algumas subescalas da CDI e da BSI. Na CDI apenas evidenciou diferenças estatisticamente significativas para a subescala dos problemas interpessoais ($F(2;240) = 3,81$; $p = 0,023$), tendo sido os adolescentes cujas mães possuíam um baixo ESE que revelaram mais problemas interpessoais ($M = 5,93$; $DP = 1,45$) do que os de médio ($M = 5,36$; $DP = 1,24$) e os de alto ESE ($M = 5,63$; $DP = 1,22$). Relativamente às subescalas somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade fóbica e psicoticismo foram os adolescentes cujas mães pertenciam a um baixo ESE que revelaram mais sintomatologia psicopatológica no geral. As comparações Post Hoc, pelo método Scheffe revelaram diferenças significativas para a subescala problemas interpessoais ($p = 0,02$), entre os jovens cujas mães possuem um ESE baixo e os jovens cujas mães possuem um ESE médio, somatização ($p = 0,01$) e depressão ($p = 0,02$), entre os jovens cujas mães possuem um ESE baixo e os jovens cujas mães possuem um ESE alto (ver Quadro 8).

Quadro 8 – Diferenças entre o estatuto socioeconómico da mãe para a depressão e sintomatologia psicopatológica

	ESE baixo a) (n = 153)		ESE médio b) (n = 57)		ESE alto c) (n = 39)		F	p	PHT
	M	DP	M	DP	M	DP			
CDI Total	38,49	8,10	36,39	5,67	36,53	5,43	2,00	0,148	-
Humor negativo	8,59	2,14	7,90	1,80	7,97	1,57	2,96	0,054	-
Problemas interpessoais	5,93	1,45	5,36	1,24	5,63	1,22	3,81	0,023	a>b
Ineficácia	6,77	1,66	6,31	1,64	6,41	1,76	1,85	0,159	-
Anedonia	12,73	2,26	12,21	1,94	12,08	2,16	1,99	0,139	-
Auto-estima negativa	6,66	1,79	6,39	1,12	6,18	1,29	1,58	0,208	-
BSI Total	47,20	35,96	41,38	29,59	34,26	23,13	2,26	0,117	-
Somatização	5,14	4,96	4,39	4,70	2,69	2,64	4,42	0,013	a>c
Obsessão-Compulsão	6,95	4,16	5,89	3,74	5,44	3,14	3,07	0,048	a>c
Sensibilidade Interpessoal	3,70	3,40	3,11	3,01	2,53	2,42	2,33	0,100	-
Depressão	5,74	5,29	4,21	4,03	3,32	3,57	4,91	0,008	a>c
Ansiedade	4,93	4,28	4,33	3,69	3,51	3,60	2,00	0,138	-
Hostilidade	5,11	4,30	4,67	4,08	3,81	3,45	1,52	0,221	-
Ansiedade Fóbica	2,77	3,38	1,76	2,40	1,74	2,42	1,23	0,041	a>b
Ideação Paranóide	5,87	3,91	5,11	3,40	4,41	3,44	2,63	0,074	-
Psicoticismo	3,62	3,88	3,05	3,29	2,62	2,92	1,40	0,248	-

PHT – Post Hoc Test

A variável relacionada com o agregado familiar foi recodificada de forma a obtermos três grupos distintos: os adolescentes que vivem com ambos os progenitores, os adolescentes que apenas vivem com um dos progenitores e os adolescentes que residem com outras pessoas que não os progenitores. Da análise das diferenças estatisticamente significativas surgem diferenças entre o agregado familiar e as subescalas de problemas interpessoais ($F(2,239) = 4,45$; $p = 0,01$), ineficácia ($F(2,236) = 3,96$; $p = 0,02$), anedonia ($F(2,233) = 3,68$; $p = 0,02$) e o total da escala de depressão ($F(2,204) = 3,72$; $p = 0,02$), sendo os adolescentes que vivem com apenas um dos progenitores os que apresentam mais problemas interpessoais ($M = 6,24$; $DP = 1,28$) e maior sentimento de ineficácia ($M = 7,16$; $DP = 1,85$), enquanto que os adolescentes que vivem com outras pessoas que não sejam os seus progenitores apresentam mais anedonia ($M = 13,18$; $DP = 1,65$) e maior índice depressivo ($M = 41,11$; $DP = 6,27$) relativamente aos outros grupos. Na medida BSI apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a subescala depressão ($F(2,239) = 4,17$; $DP = 0,01$), tendo sido o grupo que vivia com outras pessoas que não os progenitores o que apresentou níveis mais elevados de depressão ($M = 7,90$; $DP = 5,12$). As comparações Post Hoc, pelo método Scheffe revelaram diferenças significativas nas subescalas problemas interpessoais ($p = 0,02$), ineficácia ($p = 0,05$), entre os jovens que residem apenas com um dos progenitores e os que residem com ambos, e para a escala depressão, entre os jovens que residem com outras pessoas e os que residem com ambos os progenitores ($p = 0,01$) (ver Quadro 9).

ADOLESCÊNCIA, DEPRESSÃO E INFLUÊNCIA DO MEIO

Quadro 9 – Diferenças entre os grupos agregado familiar para a depressão e sintomatologia psicopatológica

	Ambos os progenitores a) (n = 188)		Um dos progenitores b) (n = 37)		Outros c) (n = 23)			p	PHT
	M	DP	M	DP	M	DP			
CDI Total	36,85	7,00	38,94	8,31	41,11	6,27	3,72	0,02	c>a
Humor negativo	8,22	1,87	8,46	2,43	8,95	2,16	1,28	0,28	-
Problemas interpessoais	5,59	1,37	6,24	1,28	6,09	1,35	4,45	0,01	b>a
Ineficácia	6,42	1,62	7,16	1,85	7,04	1,64	3,96	0,02	b>a
Anedonia	12,26	2,11	13,11	2,57	13,18	1,65	3,68	0,02	b>a
Auto-estima negativa	6,45	1,53	6,41	1,64	6,41	1,63	0,92	0,40	-
BSI Total	44,02	33,19	39,24	34,35	47,44	29,84	0,41	0,69	-
Somatização	4,53	4,61	4,08	4,80	5,14	4,98	0,35	0,70	-
Obsessão-Compulsão	6,53	4,04	6,32	3,87	7,00	3,91	0,21	0,81	-
Sensibilidade Interpessoal	3,32	3,19	3,34	3,32	4,10	3,51	0,54	0,58	-
Depressão	4,68	4,85	5,08	4,66	7,90	5,12	4,17	0,01	c>a
Ansiedade	4,69	4,00	3,56	4,40	5,33	3,75	1,59	0,20	-
Hostilidade	4,84	4,14	4,14	3,77	5,70	4,84	1,00	0,37	-
Ansiedade Fóbica	2,43	3,22	1,94	2,54	2,35	2,29	0,38	0,68	-
Ideação Paranóide	5,46	3,87	5,31	3,59	5,73	3,20	0,08	0,92	-
Psicoticismo	3,27	3,71	3,42	3,68	3,45	2,48	0,04	0,96	-

PHT – Post Hoc Test

A zona residencial foi dividida em três zonas, de acordo com os quartis: zona desagradável quando os valores se encontravam abaixo do quartil 25, zona agradável quando os valores obtidos se encontravam acima do quartil 75 e os restantes valores definiram os indivíduos que não sabiam qualificar a agradabilidade da zona de residência. Esta variável revelou diferenças estatisticamente significativas para o resultado da BSI Total ($F(2,111) = 5,62$; $p = 0,005$) e para todas as subescalas, com exceção da ansiedade fóbica, com valores de p que variaram entre 0,002 (subescala de somatização) e 0,046 (subescala de hostilidade). As comparações Post Hoc, pelo método Scheffe revelaram diferenças estatisticamente significativas para o BSI Total ($p = 0,005$) entre os jovens que residem em zonas qualificadas como desagradáveis e os jovens que residem em zonas que qualificaram como agradáveis. Desta forma, os adolescentes que residem numa zona desagradável apresentaram valores médios de sintomatologia psicopatológica mais elevados do que os adolescentes que vivem numa zona agradável (ver Quadro 10).

Quadro 10 – Diferenças entre a agradabilidade da zona de residência para a depressão e sintomatologia psicopatológica

	Zona desagradável a)		Zona agradável b)		Neutro/ Sem opinião definida c)		F	p	PHT
	M	DP	M	DP	M	DP			
CDI Total	39,66	6,93	36,35	5,95	37,46	9,06	1,58	0,210	-
Humor negativo	9,00	1,95	8,26	1,50	8,14	2,45	1,90	0,155	-
Problemas interpessoais	5,97	1,49	5,51	1,10	5,82	1,47	1,07	0,348	-
Ineficácia	6,82	1,99	6,51	1,55	6,77	1,85	0,33	0,718	-
Anedonia	13,15	2,06	11,87	2,11	12,29	2,55	2,58	0,061	-
Auto-estima negativa	6,94	1,57	6,23	1,44	6,59	1,95	1,64	0,199	-
BSI Total	59,62	32,30	31,68	21,31	41,76	37,30	5,62	0,005	a>b
Somatização	7,19	5,62	3,71	3,28	3,88	4,86	6,44	0,002	c<a>b
Obsessão-Compulsão	7,94	3,77	5,44	3,93	6,48	4,13	3,61	0,030	a>b
Sensibilidade Interpessoal	4,88	2,98	2,46	2,38	2,93	3,81	5,47	0,005	c<a>b
Depressão	6,69	4,73	3,75	3,18	5,20	5,79	3,23	0,043	a>b
Ansiedade	6,94	3,59	3,77	2,98	4,50	4,65	6,28	0,003	c<a>b
Hostilidade	6,19	4,65	3,80	3,37	4,59	4,07	3,16	0,046	a>b
Ansiedade Fóbica	2,94	2,88	1,71	2,53	2,26	3,67	1,37	0,257	-
Ideação Paranóide	6,66	3,50	4,35	3,23	5,13	3,59	3,91	0,023	a>b
Psicoticismo	4,76	3,48	2,23	2,56	2,87	3,70	5,62	0,005	c<a>b

PHT – Post Hoc Test

Após a análise das diferenças, realizámos uma análise de correlação bivariada através do coeficiente de correlação de Pearson, para a amostra total. Devido ao facto de existirem correlações significativas entre as subescalas de cada medida e o seu total, nesta análise foram apenas utilizados os valores totais da CDI e da BSI. Deste modo, a sintomatologia psicopatológica relacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a depressão ($r = 0,77$; $p = 0,001$).

DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo estudar a influência exercida pelo meio no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, mais especificamente de depressão, em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 22 anos de idade, de acordo com o género, a escolaridade, o agregado familiar, estatuto socioeconómico dos pais e a agradabilidade da zona de residência. Era esperado que fossem as raparigas, os adolescentes que vivessem apenas com um dos progenitores e os adolescentes que habitassem em bairros problemáticos e/ou com baixo estatuto socioeconómico que relatassem mais sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão.

O estudo da fidelidade para os totais das medidas de avaliação obteve resultados acima de 0,70, valor mínimo aceitável para demonstrar a consistência interna de um conjunto de itens para avaliar determinado constructo (Nunnally, 1978), demonstrando, deste modo, a fidelidade das medidas. A análise fatorial efetuada para as duas medidas presentes no estudo não foi elucidativa, dado não ter sido possível confirmar a solução dos autores, nem encontrar soluções alternativas viáveis. Neste sentido, utilizaram-se as soluções já propostas pelos

autores para os valores totais e respectivas subescalas, pois todas apresentaram valores aceitáveis (Nunnally, 1978).

No estudo das diferenças entre o género, as raparigas diferenciaram-se dos rapazes demonstrando valores mais elevados relativamente ao humor negativo, à sintomatologia psicopatológica geral, à somatização, à obsessão-compulsão, à sensibilidade interpessoal, à depressão e à ansiedade, resultados consistentes com vários estudos realizados acerca das diferenças de género na saúde mental, mais especificamente na sintomatologia depressiva e ansiosa (Baptista, Baptista & Oliveira, 1999; Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2002; Hankin et al., 1998; Hankin & Abramson, 2001; Matos et al., 2003; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991; Saini & Singh, 2008). Para Baptista, Baptista e Oliveira (1999) o desenvolvimento, a manutenção e a remissão da sintomatologia depressiva sofre influência direta de fatores biológicos, psicológicos e sociais, e estes podem explicar as diferenças encontradas ao nível do género, tornando-se mais evidentes a partir dos 13 anos de idade (Hankin et al., 1998; Hankin & Abramson, 2001). Tem sido descrito que as mulheres possuem uma maior vulnerabilidade cognitiva (Hankin & Abramson, 2001) e que estão expostas, durante a adolescência, a um maior número de transformações e a novos desafios (Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991) e é nesta fase que a imagem corporal assume uma importância extrema para a sua auto-estima (Allgood-Merten, Lewinsohn & Hops, 1990; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991), pois o processo de maturação ocorre, habitualmente, mais cedo nas raparigas (Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991; Steinberg, 2005) podendo, nalguns casos, fazê-las sentirem-se desconfortáveis (Steinberg, 2005). Por outro lado, os rapazes evidenciaram maiores índices de problemas interpessoais, o que pode ser explicado pelo facto de os síndromes durante a adolescência terem um comportamento heterogéneo, de acordo com o estágio de desenvolvimento, da altura em que surgiu, bem como da comorbilidade existente (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996).

Vários autores (Barrett & Turner, 2005; Bifulco et al., 1998; Elgar, Arlett & Groves, 2003; Gilman et al., 2002; Miller, 2002) consideram que o contexto socioeconómico influencia o funcionamento do adolescente. De acordo com esta perspectiva, verificou-se que os jovens cujo pai possui um ESE baixo evidenciaram maiores níveis de ineficácia, anedonia, hostilidade e ideação paranóide. O sintoma de anedonia foi também evidente para os jovens que relataram que o progenitor se encontrava desempregado. Relativamente ao ESE da mãe, os jovens filhos de mães com ESE baixo relataram mais problemas interpessoais, somatização, obsessão-compulsão, depressão e ansiedade fóbica, quando comparados com jovens filhos de mães com ESE médio e alto. Os adolescentes que referiram que a mãe se encontrava desempregada apresentaram mais humor negativo e maiores índices de sintomatologia psicopatológica geral, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e ideação paranóide. Estes resultados apresentam-se congruentes com os resultados relatados por Barrett e Turner (2005).

A composição do agregado familiar deste grupo de adolescentes, de acordo com vários estudos de outros autores (exs. Barrett & Turner, 2005; Hammen et al., 2000), evidenciou possuir uma relação direta com o estado emocional dos jovens, tendo sido o grupo que reside com outras pessoas que não os progenitores e o grupo que reside apenas com um dos progenitores a evidenciar maiores níveis de sintomatologia depressiva e psicopatológica, quando comparados com o grupo de jovens que reside com ambos os progenitores. Assim, os

jovens que residem com outras pessoas que não os progenitores revelaram índices mais elevados de sintomatologia depressiva e anedonia e os jovens que residem apenas com um dos progenitores evidenciaram maiores níveis de problemas interpessoais e sentimentos de ineficácia.

Tal como o descrito por Hill, Ross e Angel (2005), os adolescentes que residem numa zona desagradável ou hostil revelaram índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica geral, somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo. Ross (2000), refere que viver em zonas desfavorecidas afeta a saúde mental dos habitantes, nomeadamente aumentando a sintomatologia depressiva, quando estes locais representam perigo para a integridade física dos habitantes por se encontrarem associados a desordens ou transtornos sociais e criminais.

Os adolescentes que frequentavam o 12º ano apresentaram níveis médios mais elevados de depressão, obsessão-compulsão e ansiedade, resultados que poderão ser explicados, tendo em consideração que com o decorrer do período da adolescência ocorre um aumento dos sintomas depressivos (McGee, Feehan, Williams & Anderson, 1992) e ansiosos (Matos et al., 2003).

Atualmente, é amplamente aceite a comorbilidade da depressão com a ansiedade (Kovacs & Devlin, 1998; Matos et al., 2003), relação também encontrada no presente estudo.

Considerando que a sintomatologia psicopatológica pode comprometer o adequado desenvolvimento emocional e relacional dos adolescentes, considera-se importante a continuação do desenvolvimento de estudos nesta área, para um melhor conhecimento das variáveis preditoras desta sintomatologia, pois a sua identificação precoce e o seu tratamento são fundamentais para diminuir o risco de disfunções a longo prazo.

Este estudo sublinha de um modo muito especial não só a atenção a ser dada às diferenças de género como a importância das condições socioeconómicas e sociogeográficas que parecem desempenhar um papel determinante no estado emocional das crianças e jovens.

É, também aqui, evidenciada a necessidade de uma intervenção de carácter universal que permita acompanhar as crianças e adolescentes de modo a facilitar, por um lado o desenvolvimento de competências pessoais para lidar com as adversidades e, por outro lado facilite o desenvolvimento de ações comunitárias e redes sociais de apoio formais e informais de modo a minimizar o impacto negativo de piores condições socioeconómicas e sociogeográficas no bem-estar físico e mental das crianças e jovens (Matos & Sampaio, 2009).

REFERÊNCIAS

- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 55-63. doi: 10.1037/0021-843X.99.1.55
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teen through the twenties. *American Psychologist, 55*, 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior, 46*, 156-169. doi: 10.1177/002214650504600203
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e género: porque as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia, 7*, 143-156.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine, 28*, 39-50. doi: 10.1017/S0033291797005953
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma versão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.) *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., ... Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics, 107*, 1363-1369. doi: 10.1542/peds.107.6.1363
- Elgar, F. J., Arlett, C., & Groves, R. (2003). Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 574-585. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00057-5
- Gleitman, H. (1998). *Psicologia* (3ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. H. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 782-787. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.782
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128-140. doi: 10.1037//0021-843X.107.1.128
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *American Psychological Association, 127*, 773-796. doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773

- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Development pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and end-point. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Hill, T.D., Ross, C.E., & Angel, R.J. (2005). Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 170-186. doi: 10.1177/002214650504600204
- Kovacs, M. K. (1992). *Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Health, Inc.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63. doi: 10.1017/S0021963097001765
- Lohman, B. J., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behaviors. *Journal of Youth and Adolescent*, 37, 723-735. doi: 10.1007/s10964-008-9283-x
- Marques, M. F. C., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2003). Adolescência no contexto de escola e família - uma reflexão. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5, 141-146.
- Matos, M.G., Tomé, G., Borges, A.I., Manso, D., Simões, C., & Ferreira, A. (2012). Anxiety, depression and coping: CDI, MASC and CRI-Y for screening purposes in schools. *Spanish Journal of Psychology*, 15,48-56. [dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37341](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37341)
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, Lda.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59. doi: 10.1097/00004583-199201000-00009
- Miller, B. C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behaviour. *The Journal of Research*, 39, 22-26. doi: 10.1080/00224490209552115
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory. Second edition*. McGraw-Hill: New York.
- Petersen, A. C, Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 247-270. doi: 10.1007/BF01537611
- Ross, C. E. (2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 177-187. doi: 10.2307/2676304
- Saini, S., & Singh, J. (2008). Gender differences in relational aggression and psychosocial problems in romantic relationships among youths. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 279-286.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and Affective Development in Adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 69-74. doi: 10.1016/j.tics.2004.12.005

- Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effects of gender and coping. *Journal of Adolescence*, *28*, 369-379. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.08.004
- Windle, M., & Davies, P. T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology*, *11*, 823-844. doi: 10.1017/S0954579499002345
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, *15*, 3-7.