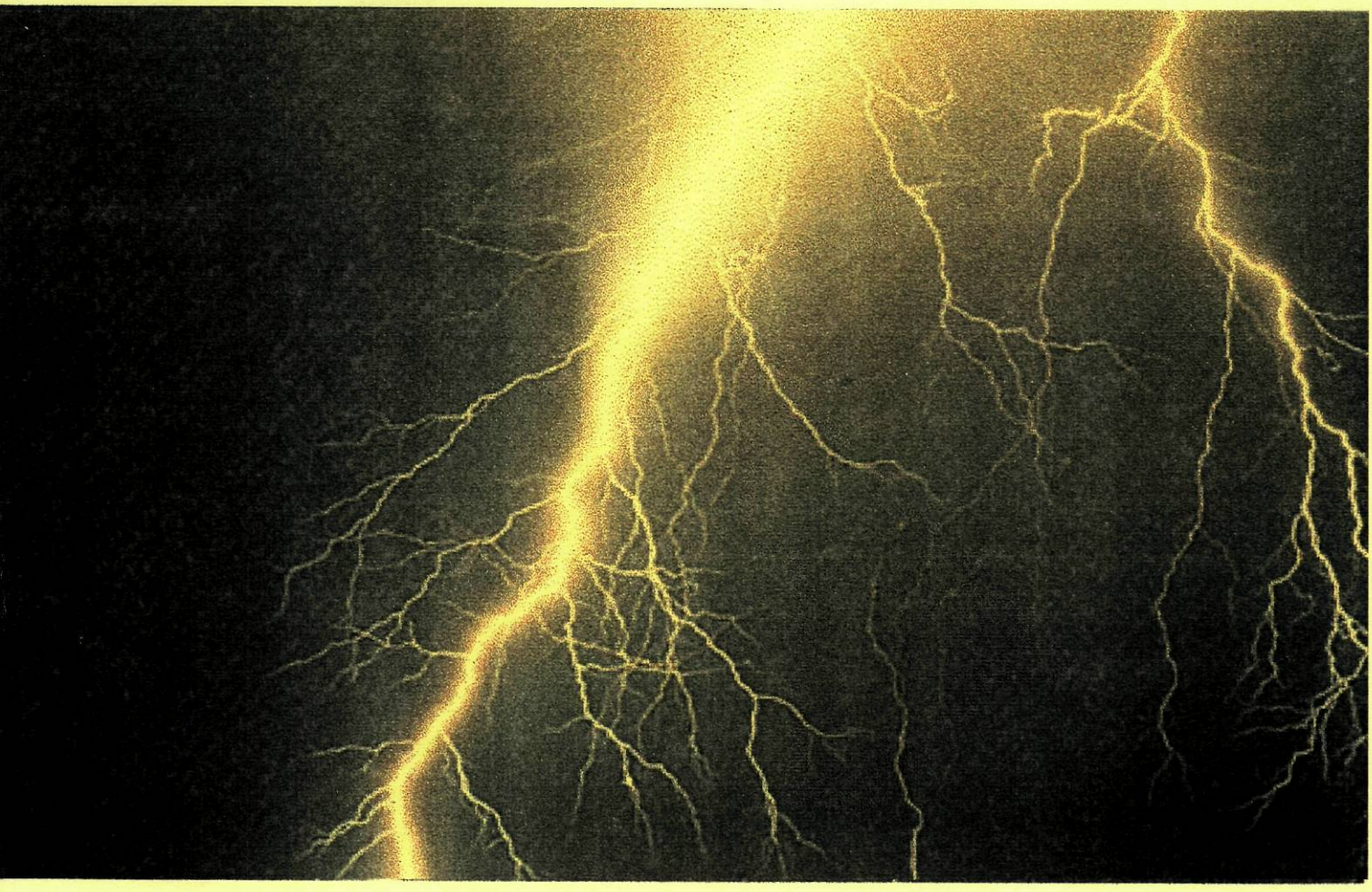
Amadeu Manuel Quelhas Martins

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência



Porto
2000

Amadeu Manuel Quelhas Martins

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre
apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto.

Porto
2000

A presente dissertação foi efectuada com vista à obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, no âmbito do V° Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, que decorreu entre 1997 / 1999 na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob coordenação do Prof. Doutor António Pacheco Palha, e sob orientação do Prof. Doutor Rui Coelho.

Agradecimentos

A realização da presente dissertação é o resultado de um esforço persistente e moroso, no qual muito dificilmente teríamos um papel exclusivo. De facto, diversas personalidades contribuíram para que a presente fosse levada a "bom porto", quer com sábias críticas e sugestões, quer com atitudes de grande amizade e generosidade.

Agradecemos, assim, em primeiro lugar, ao Prof. Doutor Rui Coelho que, com uma postura crítica e minuciosa, denotando elevado profissionalismo, tão lúcida e cientificamente orientou o nosso trabalho, dando preciosos incentivos nos momentos de maiores contrariedades. Agradecemos-lhe, ainda, por todo o interesse que manifestou pela revisão crítica da presente.

Em segundo lugar, agradecemos ao Prof. Doutor Henrique de Barros e à Dra. Elisabete Ramos, do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da U.P., pela preciosa ajuda no estabelecimento de fronteiras metodológicas e na gestão e análise dos dados da investigação.

À Dra. Cristina Quartas, pela paciente disponibilidade e rigor científico com que efectuou as diversas pesquisas bibliográficas que sustentaram a nossa contribuição teórica, o nosso sincero agradecimento.

Ao Prof. Doutor João Taborda Barreto, pela forma sempre cordial e generosa com que disponibilizou o livre acesso à biblioteca do Serviço de Psicologia Médica, o nosso grato testemunho.

Não poderíamos deixar de testemunhar o nosso apreço em relação às colegas e amigas Dra. Manuela Barreto e Dra. Genoveva Abreu que, respectivamente, de Amsterdão e de Paris, nos fizeram chegar referências bibliográficas imprescindíveis, que de outro modo seriam praticamente inacessíveis.

À Dra. Luísa Matos, pela forma como acelerou todos os morosos processos burocráticos relativos à acessibilidade às populações escolares, impostos pela Direcção Regional de Educação do Norte, a nossa enorme gratidão.

À grande companheira de jornada e contentora das nossas ansiedades, Dra. Magda Sobrinho, pelo seu inigualável suporte e carinho, bem como pelas suas oportunas críticas e sugestões, e esforços dispendidos na concretização gráfica da presente dissertação, a nossa maior gratidão.

Por último, mas não de somenos importância, uma palavra de apreço a todos os jovens adolescentes que, de certa forma, constituíram a razão e o produto da presente dissertação.

Construímos para nós próprios um mundo em que podemos viver, supondo a existência de corpos, linhas, superfícies, causas e efeitos, movimento e repouso, forma e conteúdo. Sem estes artigos de fé ninguém suportaria viver agora ! Mas isso não os dá ainda como provados. A vida não é argumento, porque as condições da vida poderiam incluir o erro.

Nietzsche *in* "A GAIA CIÊNCIA"

Índice

Conteúdos	Página
Parte I :Contribuição teórica	
1. Considerações teóricas sobre a adolescência	1
2.Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência	8
3. Considerações teóricas sobre o suícidio na adolescência	31
4. Alguns estudos com adolescentes utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI)	45
Parte II: Contribuição empírica	
1. Objectivos de estudo	54
2. População de estudo e métodos	57
3. Resultados	79
4. Discussão	98
Resumo e conclusões	118
Summary and Conclusions	120
Bibliografia	122

PARTE I

CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA

1. Considerações teóricas sobre a adolescência

Seria impensável para um capítulo introdutório conseguir abarcar e discutir toda a quantidade de fenómenos que directa ou indirectamente interagem sistemicamente entre o adolescente e os que o rodeiam. De qualquer modo, e seguindo uma perspectiva desenvolvimental, tentaremos tecer algumas considerações.

Actualmente, e independentemente da perspectiva teórica seguida, já não se questiona que a adolescência seja uma fase do desenvolvimento ontogenética, podendo nela emergir intensos conflitos internos, os quais se traduzem frequentemente por uma grande labilidade emocional e relacional, com o adolescente sempre almejando independência e afirmação pessoal (Rosa, 1992). Na abordagem da adolescência os autores com orientação predominantemente psicodinâmica realçam sobretudo os diversos "trabalhos de luto" que o adolescente deve realizar, a par dos processos de autonomia e de vinculação (Fleming, 1992). Outros autores como Anna Freud (1958), defendem a existência na adolescência de um Eu frágil perante um forte sistema de pulsões, o qual estaria na base de uma "desejável" turbulência emocional, culminando em relações conflituosas ou menos afectuosas com os pais. Blos (1962) introduz o conceito de um *segundo processo de individuação* como factor estruturante do adolescente perante alguma *perda* da dependência familiar e a potencial modificação dos laços objectais infantis. Segundo Dias Cordeiro (1988, pág.96):

"...A seguir à puberdade dá-se um desinvestimento dos objectos externos e o retraímento narcísico, na medida em que este movimento sobre si próprio é profundamente marcado pela perda e pelo luto". Este mesmo autor defende que as perturbações do adolescente se devem fundamentalmente à perda narcísica resultante do luto das *imagos* parentais e à falência das capacidades integradoras do Eu. E aqui parece ser introduzida a noção de *conflito*, o qual, ainda segundo Dias Cordeiro (1988, pág.98): "...Só pode ser ultrapassado através dos processos de identificação que se dão, fundamentalmente em duas direcções: - com os seus pares (...) e, - com os adultos".

Donald Winnicott apresenta uma abordagem conceptual curiosa (1972). Esta hipotetiza sobre um eventual desenvolvimento de um *falso Self*, cuja função seria a de proteger o *verdadeiro Self* de uma mãe não inteiramente responsiva. Como consequência, o indivíduo com um *falso Self* não conseguiria experienciar a vida ou sentir-se real; o sucesso seria frequentemente acompanhado por um crescente sentido do ridículo, podendo levar estes indivíduos a destruir tudo o que já conquistaram e chocar aqueles que tinham elevadas expectativas para eles. Segundo esta perspectiva, o indivíduo pode oscilar entre diferentes estados do Eu, sendo alguns experienciados como *falso Self* e outros como *verdadeiro Self*.

Apesar da conceptualização de adaptabilidade instintiva introduzida por Winnicott (1972), é curioso verificar a frequência e a importância central do conceito de *perda* na literatura psicanalítica. Veja-se, por exemplo, que Dias Cordeiro (1988) identifica sucessivas perdas na adolescência: a separação e o

luto das *imagos* parentais; a redução do apoio do Supereu; o sentimento de perda de controlo de um corpo repleto de pulsões; e a perda do suporte da relação de objectos mais externos. Por sua vez, Amaral Dias (1984) identifica, na adolescência, cinco lutos: o luto pela fonte de segurança; o luto renovado pelo objecto edipiano; o luto pelo Ideal do Eu; o luto pela bissexualidade e o luto pelo grupo.

É de facto, um entendimento algo "necrológico" sobre o desenvolvimento adolescente, demasiado centrado no sujeito e pouco exploratório da dinâmica sistémica e etológica do jovem em contexto - que tanto perde !

No âmbito das relações com os pais é curioso verificar que, contrariamente às relações conflituosas ou pouco calorosas preconizadas pela perspectiva destes autores, outros reportam relações bastante cooperantes e satisfatórias (Coleman, 1974; Bandura, 1972). Citando resultados do inquérito do Instituto para os Estudos do Desenvolvimento, Daniel Sampaio considera existir uma marcada tendência para avaliar positivamente a família, sendo que 83% dos adolescentes definem-na como: " ...Um grupo de pessoas que se ajudam umas às outras" e 67% como: "...Local onde encontramos as nossas raízes" (Sampaio, 1991, pág.68). Na síntese que realiza sobre a conceptualização de Ruthellen Josselson, também Fleming (1992, pág.94) defende que o adolescente preserva as relações com os pais a cada momento, sendo que: "...Durante a adolescência subsiste a necessidade de ligação aos pais tal como subsiste a sua ambivalência sobre a autonomia".

Importa também adereçar nesta revisão, alguns conceitos de E. Erikson e de Jonh Bowlby.

Erikson (1968) concebe uma inter-relação dinâmica entre o desenvolvimento e o meio educativo, o que revela já uma preocupação com os contextos da interacção. Caracteriza ainda a fase da adolescência por dois conceitos importantes. Assim, segundo este autor, ao longo do ciclo vital existiriam *crises psico-sociais*, em que a vulnerabilidade e a criatividade do sujeito estariam aumentadas, sendo que a *crise de formação da identidade--difusão da identidade* caracterizaria a fase da adolescência. Introduz também o conceito de *moratória psico-social*, a qual corresponderia a uma fase temporal socialmente determinada em que o indivíduo poderia adiar decisões acerca da sua identidade, experimentando diversos papéis sucessivos antes de assumir as responsabilidades de se tornar adulto. Curiosamente, esta perspectiva perpetua-se na *teoria dos papéis sociais*, analisada por Coleman (1974), que propõe focos de preocupações específicas ao longo das várias áreas de desenvolvimento: pubertária, cognitiva, modificações da sociabilização, e construção da identidade. Coleman (1974) termina com uma visão extanque do desenvolvimento ontogenético, uma vez que, na sua perspectiva, tal desenvolvimento se processa no corpo, no pensamento, na vida social e no Eu, através de zonas de contínua negociação.

Na abordagem do conceito de *crise da adolescência*, Daniel Sampaio (1991, págs. 68-69) refere este sentido comunicacional e sistémico: "...Por *crise*

da adolescência entendemos uma zona de turbulência do sistema em que se impõe uma renegociação das finalidades individuais e do conjunto do sistema".

O modelo etológico-maturacional de John Bowlby aporta igualmente contribuições importantes para a compreensão do desenvolvimento adolescente. Partindo do conceito central de *vinculação* ou *apego*, Bowlby (1973) sugere que o adolescente não rejeita a relação com os pais, antes desenvolve interactivamente a qualidade desta, resultando daí uma maior auto-confiança e autonomia, as quais irão assegurar um aumento do repertório de comportamentos de exploração do jovem.

Parece-nos igualmente útil referir aqui os dois eixos de interacção que Daniel Sampaio (1993, pág.102) considera : o eixo *autonomia-controlo* e o eixo *amor(apego)-hostilidade*. Estes dois eixos caracterizariam, na sua opinião, o crescimento psicológico individual, bem como as relações com os pais e a adaptabilidade familiar. Mais adiante voltaremos a referi-los, aquando da apresentação de um modelo compreensivo das perturbações psicopatológicas e comportamentais na adolescência.

Um último modelo importa referir pelo seu inegável valor organizador de conhecimentos. Com efeito, na perspectiva de John Hill (1980), a adolescência é encarada como um conjunto de *mudanças primárias* operando através de *contextos sociais* de modo a produzir importantes *mudanças secundárias* no sujeito em desenvolvimento. As *mudanças primárias* incluem as alterações no papel social ou expectativas que se formam em relação aos adolescentes como

resultado das transformações fisiológicas pubertárias, as quais provocam algumas dificuldades na auto-imagem individual; e as mudanças cognitivas, que incluem a capacidade requerida pelos processos cada vez mais complexos e abrangentes. A interacção entre as mudanças primárias e os diversos contextos produz um conjunto de alterações passíveis de originar dificuldades ao adolescente - *mudanças secundárias*.

Algumas destas mudanças secundárias seriam: a transformação das relações familiares; um aumento da autonomia individual; uma alteração nas perspectivas de realização, incluindo novos objectivos para o futuro e ideias inovadoras acerca da forma como poderão ser alcançados; e, uma transformação no modo de encarar em termos pessoais e sociais, a intimidade e a sexualidade.

Conclusões

A compreensão da adolescência deve ter um enfoque fenomenológico, sistémico, e desenvolvimental, considerando-se um sujeito em vários níveis de desenvolvimento, cada um dos quais com zonas de vulnerabilidade inerente. Assim, enquanto que no desenvolvimento pubertário a interface problemática seria a adequação da auto-imagem sexuada; no desenvolvimento cognitivo, face às crescentes exigências de raciocínio, a interface problemática seria o desempenho face às expectativas do próprio e dos outros significativos. Na construção da identidade, e apesar da sequência interdependente entre

individuação / autonomia / formação da identidade, considerando-se os dois eixos de interacção acima referidos bem como a imprevisibilidade implicada pela autonomia e pela alteração da qualidade relacional com os pais e com o grupo de pares, o adolescente poderá experimentar uma ansiosa necessidade em rapidamente se definir em termos de *Self* e de juízo moral e de valores sobre as coisas. Esta "procura" ansiosa poderá soerguer o risco da difusão da identidade ou da incapacidade de integração dos diversos aspectos que conhece do seu *Self*, abrindo portas a insidiosa psicopatologia.

Um último reparo refere-se à necessidade de se conceberem as diversas influências dos múltiplos contextos (sócio-cultural, político, económico, comunitário, escolar, familiar, relacional ...). Como exemplo, um recente estudo conseguiu demonstrar as influências do processo de aculturação em jovens estudantes canadianos anglófonos, revelando estes maior instabilidade nas suas identificações e mais consequências psicológicas negativas do que os seus colegas francófonos, demonstrando assim a necessidade de se englobarem vários níveis de complexidade na análise da influência das diversas zonas de desenvolvimento adolescente (Damji, Clément & Noels, 1996).

2. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência

Dentro das perturbações do humor da actual DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), consideraremos a depressão unipolar na adolescência, ou seja, a Perturbação depressiva *major* e a Perturbação distímica, não nos remetendo à Perturbação ciclotímica nem às Perturbações bipolares I e II, uma vez que, segundo a DSM-IV (APA, 1994) aquelas Perturbações depressivas distinguem-se das outras pela ausência de história de episódio maníaco, misto, ou hipomaníaco, devendo assim ser consideradas (APA, 1994, pág. 325).

As Perturbações depressivas na adolescência são condições frequentemente sub-avaliadas e sub-tratadas (Keller, Lavori, Beardslee, Wunder & Ryan, 1991), sendo que se estima entre os 70% e os 80% o número de adolescentes deprimidos que não recebem tratamento (Keller *et al.*, 1991). A sintomatologia depressiva pode envolver, fundamentalmente, componentes cognitivos e comportamentais (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), embora possa também envolver expressão somática, por exemplo, gastrointestinal (Gorard, Gomborone, Libby & Farthing, 1996) e óssea (Michelson, Stratakis, Hill, Reynolds, Galliven, Chrousos & Gold, 1996). Não é, no entanto, recente a ideia de múltiplos sinais físicos funcionarem como tradutores do afecto depressivo (Da Fonseca, 1985). Dias Cordeiro (1988, pág. 68) refere: "...Não tem sido suficientemente valorizada a intensidade da depressão na adolescência, que se manifesta sob a forma de inadaptação, de passagens ao acto - como a tentativa de

suicídio e as condutas suicidárias, através de drogas, acidentes... (...) ...Outras formas de depressão igualmente frequentes são a fadiga, a hipocôndria, a dificuldade de concentração, a sensação de desinteresse, inquietações vagas, o evitamento dos outros, a fuga. No mesmo sentido não deve minimizar-se o abandono brusco dos estudos, a sensação de dificuldade de pensamento, de concentração, do agir".

O ritmo de pesquisa nas perturbações do humor na adolescência tem vindo a aumentar devido, também, ao aumento da precisão dos critérios de diagnóstico e dos métodos de avaliação, e ao advento do aprofundamento da psicopatologia do desenvolvimento (Kovacs, 1989; Joyce-Moniz, 1993).

A dificuldade actual na investigação reside em integrar as três abordagens de avaliação e classificação da psicopatologia no adolescente que consideram a depressão na adolescência enquanto a) Humor deprimido; b) Síndrome depressiva; e c) Depressão clínica (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993).

a) Humor deprimido

O humor deprimido é avaliado através do auto-relato dos jovens sobre as suas emoções (Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer & Jarcho, 1984). O humor triste, deprimido ou abatido, é vulgarmente experimentado com outras emoções negativas como o medo, a culpa, a raiva ou o desgosto (Watson & Kendall, 1989), estando frequentemente presente durante a adolescência quando

qualquer uma destas emoções negativas está presente e estando fortemente associado a outros problemas como a ansiedade e o retraímento social (Watson & Clark, 1984; Watson & Kandall, 1989). No entanto, o humor deprimido parece ser o sintoma mais poderoso na diferenciação dos jovens que são referidos clinicamente relativamente aos não referidos (Achenbach, Connors, Quay, Verhulst & Howell, 1989).

Segundo esta abordagem, a taxa média de depressão situa-se entre os 35%, uma taxa muito mais elevada do que aquela que é referida nos estudos que examinam a depressão clínica (Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1991; Petersen *et al.*, 1993). Radloff (1991) encontrou, em adolescentes, dois grandes picos de humor deprimido: entre os 13 e os 15 anos e, entre os 17 e os 18 anos.

Esta não nos parece ser, no entanto, uma perspectiva com especificidade, uma vez que o humor deprimido pode ser secundário a um estado físico geral, a *stress* prolongado, a luto, etc..., e não ser tão incapacitante para o sujeito quanto o mesmo humor deprimido num contexto de vários outros sintomas psíquicos e somáticos.

b) Síndromes depressivas

Nesta abordagem, a depressão é considerada como uma constelação de emoções e comportamentos que ocorrem em conjunto e com significância estatística com um padrão interpretável, sem implicar qualquer modelo etiopatogénico em particular para a associação desses sintomas (Achenbach *et*

al.,1989). Essa mesma, parece estar fortemente associada com a presença de sete outros sintomas identificados nesta abordagem: retraímento social, queixas somáticas, problemas sociais e cognitivos, comportamento delinquente e/ou auto-destrutivo e agressivo (Petersen *et al.*, 1993). Esta abordagem estabeleceu empiricamente uma taxa de 5% de prevalência de síndromes depressivas.

c) Depressão clínica

Esta abordagem baseia-se no estabelecimento de diagnósticos categóricos, habitualmente utilizando o método de categorização desenvolvido pela American Psychiatric Association, a DSM-IV (APA, 1994).

Maser, Kaelber & Weise (1991) estudaram o grau de utilização e as atitudes perante a DSM-III e a DSM-III-R quer nos Estados Unidos da América, quer internacionalmente, e concluiram ser o método mais utilizado.

A DSM-IV (APA, 1994) baseia o diagnóstico de perturbação depressiva em determinados critérios: presença, duração e gravidade de sintomas. Segundo esta perspectiva, as taxas de depressão nos adolescentes situam-se, em média, nos 42% para amostras clínicas e nos 3% a 8% em amostras comunitárias (Petersen *et al.*, 1993).

Independentemente de ser definida como humor deprimido (sintoma); como um agregado de humor deprimido e queixas associadas, tais como sentimentos de inutilidade, perda de confiança no futuro, desejos suicídas e letargia (síndrome); ou como uma síndrome depressiva com um padrão de

sintomas característicos e uma duração que perturba o funcionamento individual e que apresenta outros requisitos para um diagnóstico (uma perturbação psiquiátrica), os autores já não duvidam que os adolescentes experimentam depressão (Kovacs, 1989). No entanto, Petersen *et* al. (1993) assinalam que a avaliação do humor deprimido e das síndromes depressivas permitem identificar um largo número de adolescentes que não reunem critérios clínicos, quer para a Perturbação depressiva *major*, quer para a Perturbação distímica. Daí que alguns autores acreditem que os adolescentes com perturbações clínicas depressivas poderão representar um sub-grupo de uma população mais vasta de adolescentes que poderão estar a experienciar humor depressivo ou síndromes depressivas (Compas, Ey & Grant, 1993). Existe igualmente alguma informação sobre a ocorrência de mania entre jovens, consistindo num humor exageradamente elevado ou irritável e actividade mental, fisíca e/ou social patologicamente excessiva (Strober & Carlson, 1982).

2.1 Epidemiologia, evolução, e características clínicas da depressão na adolescência

A Perturbação depressiva *major* (PDM) é relativamente rara em pré-púberes, mas aumenta de frequência durante a adolescência (Fleming & Offord, 1990). Kovacs (1996) considera que a PDM nos adolescentes que são clinicamente referidos é semelhante à dos adultos, sendo o seu início precoce

muito mais grave, porque prenuncia a possível evolução para uma Perturbação afectiva bipolar com mais frequência que nos adultos. Akiskal (1995) considera igualmente que as depressões com início precoce têm afinidade com as Perturbações afectivas bipolares, e aponta diversas razões para isso: a precoce idade, a idêntica distribuição no género, a proeminência de um humor lábil com irritabilidade e fúria explosiva indicadora de possíveis episódios afectivos mistos, as elevadas taxas de co-morbilidade com abuso de substâncias, a elevada sobrecarga genética familiar com história de Perturbação afectiva, e as elevadas taxas de recorrência, com frequente sobreposição de desregulação afectiva temperamental (temperamentos depressivo, hipertímico, ciclotímico e irritável). A este nível, Akiskal (1995) considera que a existência de temperamentos distímico, ciclotímico e hipertímico representam potenciais vias desenvolvimentais para a Perturbação afectiva bipolar. Segundo Klein (1995), a depressão atípica é actualmente reconhecida como um diagnóstico distinto e parece ser bastante comum na depressão do adolescente. Botteron & Geller (1997) consideram que a Perturbação depressiva *major* no adolescente é geralmente de longa duração e com elevadas taxas de recorrência, parecendo ter continuidade clínica com as perturbações do humor no adulto. Contrariamente a esta opinião, situa-se a de Kutcher, Boulos, Ward, Marton, Simeon, Ferguson, Szalai, Katic, Roberts, Dubois & Reed (1994), que levantam a questão da instabilidade de sintomas. Duma *coorte* inicial de adolescentes que apresentavam critérios de diagnóstico para Perturbação depressiva *major*, Kutcher *et al.* (1994)

verificaram que, uma semana depois, cerca de 14% já não apresentavam tais critérios. Tal sugere que a extrapolação de critérios de depressão no adulto para os adolescentes deverá ser reavaliada (Angold, 1988). Na opinião de Weiner (1995), existem traços específicos e desenvolvimentais de depressão para os vários momentos da adolescência. Assim, enquanto no início da adolescência esses traços seriam a fadiga, a hipocôndria e as dificuldades de concentração acompanhadas de defesas específicas (o aborrecimento, a inquietação, e o *acting out*); nos finais da adolescência, as marcas indeléveis de depressão subjacente seriam o abuso de substâncias, os comportamentos suicidários, a promiscuidade sexual nas raparigas, e a alienação (Weiner, 1995).

As prevalências pontuais estimadas para a PMD em adolescentes variam entre os 0,4% e os 8,3% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996). Já as prevalências no decorrer da vida para a PDM em adolescentes se situam entre os 15% e os 20%, uma taxa comparável com a dos adultos e que pode sugerir que a depressão no adulto tem, possivelmente, as suas origens na adolescência (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996). Além disso, enquanto a PDM nas crianças ocorre com a mesma frequência em ambos os sexos, na adolescência é duas vezes mais frequente nas raparigas, assemelhando-se à distribuição de género dos adultos (Birmaher *et al.*, 1996a). No entanto, há que ter em atenção os diversos contextos de avaliação pois, como referem Kaplan, Sadock & Grebb (1994, pág.1116): "...Entre adolescentes na comunidade, cerca de 5% sofre de PDM. Entre os hospitalizados, as taxas de

PDM são muito mais elevadas: cerca de 40% dos adolescentes encontram-se deprimidos".

As taxas de prevalência pontual para a Perturbação distímica variam igualmente ao longo dos estudos entre 1,6% e os 8% nos adolescentes (Birmaher *et al.*, 1996). Kaplan *et al.* (1994) referem que, tal como nos adultos, a Perturbação distímica é menos frequente do que a PDM, com taxas de 3,3%. No entanto, a Perturbação distímica (PD) parece ser a primeira a aparecer no curso do desenvolvimento e aumenta potencialmente o risco para outras perturbações (Cicchetti & Toth, 1998). Kovacs, Akiskal, Gatsonis & Parrone (1994), verificaram que 76% dos jovens com início precoce de uma PD desenvolveram uma PDM subsequente.

A taxa da Perturbação bipolar I em adolescentes é miníma, uma vez que, segundo Kaplan *et al.* (1994) só na adolescência é que a mania se apresenta, e de uma forma insidiosa, sendo que a taxa estimada de prevalência no decorrer da vida, para os adolescentes, se situa nos 0,6%.

2.2 Factores genéticos

As perturbações de humor tendem a aglutinar-se nas mesmas famílias (Kaplan *et al.*, 1994); assim, uma prevalência mais aumentada de perturbações de humor parece encontrar-se nos filhos e familiares de sujeitos padecendo de perturbações de humor (Downey & Coyne, 1990; Weissman, Warner,

Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997) com uma probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação de humor que aumenta consoante a proximidade de parentesco (McGuffin & Katz, 1989). Segundo Kaplan *et al.* (1994) enquanto o facto de se ter um pai (ou mãe) deprimido(a) provavelmente duplica o risco para a descendência, se ambos os pais forem deprimidos o risco de vir a desenvolver uma perturbação de humor antes dos 18 anos provavelmente quadriplica.

Os estudos de adopção que são utilizados na desagregação de influências partilhadas, genéticas e ambientais, têm evidenciado maiores taxas de depressão nos parentes biológicos do que nos parentes adoptivos (McGuffin, Katz, Watkins & Rutherford, 1996). Por outro lado, os jovens com os episódios de PDM mais graves mostram mais evidência de uma agregação familiar profunda e densa para a PDM (Kaplan *et al.*, 1994). No entanto, e como referem Ciccheti & Toth (1998), a actividade genética de alguns genes pode ser duradoira ou transitória. Embora os genes possam influenciar o desenvolvimento de estruturas precoces (e.g. os receptores para os neurotransmissores) que influenciam o humor, a activação tardia e a desactivação (tal como a experiência) também poderão modificar essas estruturas em períodos subsequentes da ontogénese (Cicchetti & Tucker, 1994), levando a ter em linha de conta a influência relativa e intermutante da genética e do ambiente.

2.3 Outros factores biológicos

Os estudos com adolescentes deprimidos têm revelado alterações biológicas. Steingard, Renshaw, Yurgelvn-Todd, Appelmans, Lyoo, Shorrick, Bucci, Cesana, Abebe, Zurakowski, Poussaint & Barnes (1996) compararam os resultados obtidos por Ressonância Magnética de um grupo de jovens hospitalizados com PDM com um outro grupo de jovens doentes psiquiátricos não-deprimidos. Steingard *et al.* (1996) verificaram uma diminuição do volume dos lobos frontais e um aumento do volume ventricular lateral no grupo com PDM em relação ao grupo de controlo, diferenças essas que Steingard *et al.* (1996) concluiram serem semelhantes às encontradas nos adultos com PDM, utilizando-se a imagiologia cerebral por Ressonância Magnética.

Em adolescentes deprimidos têm igualmente sido observadas diferenças nos padrões normais da secreção da hormona de crescimento, e da prolactina, bem como no funcionamento serotoninérgico, em resposta a diversos testes laboratoriais psicofarmacológicos (Birmaher, Kaufman, Brent, Dahl, Perel, Al--Shabbout, Nelson, Stahl, Rao, Waterman, Willianson & Ryan, 1997).

As alterações na secreção da hormona de crescimento e na regulação serotoninérgica poderão ser marcadores biológicos importantes, segundo Dahal *et al.* (1992).

Newman & Garfinkel (1992) salientam que as concentrações dos metabolitos da dopamina e da serotonina no liquido cefalorraquidiano das

crianças são muito mais elevadas que no de adultos, e levantam a hipótese da densidade relativa dos neurotransmissores variar em função da idade. No entanto, as alterações na hormona de crescimento parecem estar dependentes da idade dos sujeitos avaliados, especialmente porque esta traduz também os níveis de hormonas sexuais circulantes (Newman & Garfinkel, 1992). Uma outra alteração relativa à hormona de crescimento parece ser uma secreção hiperreactiva durante o sono.

Relativamente à regulação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, os resultados com adolescentes deprimidos têm sido inconsistentes, não se observando os problemas relatados em adultos (Birmaher *et al.*, 1996). Assim, alguns autores referem hipersecreção de cortisol e outros, secreção dentro dos padrões normais.

O Teste de Supressão da Dexametasona (DST) tem igualmente uma fiabilidade discutível relativamente à sua utilização em adolescentes (Kaplan *et al.*, 1994; Dahal *et al.*, 1992), sendo os resultados igualmente inconsistentes.

Segundo Ciccheti & Toth (1998), a lateralização dos sistemas neurotransmissores e as assimetrias hemisféricas poderão influenciar os padrões de activação para a estimulação e as diferenças individuais do processamento emocional.

Os estudos das características de sono também são inconclusivos nos adolescentes. A polissonografia ou não evidencia alterações ou, evidencia alterações características dos adultos, nomeadamente uma latência reduzida dos

movimentos oculares rápidos (REM) e um número aumentado de fases REM (Kaplan *et al.*, 1994).

2.4 Factores Psico-Sociais

O facto de os estudos genéticos com gémeos idênticos não favorecerem uma taxa de concordância em 100%, sugere uma influência de factores não--genéticos (Kaplan *et al.*, 1994).

Muitas teorias etiopatogénicas psico-sociais tentam explicar a origem da depressão no adolescente. Os autores de orientação predominantemente psicodinâmica sugerem problemas relacionados com a perda objectal, real ou fantasiada; com a qualidade do processo de vinculação (Spitz, 1946; Bowlby, 1973); com a perda da auto--estima (Bribing, 1965); ou com dificuldades de autonomia no processo de construção da identidade e de separação/individuação (Eriksson, 1968; Blos, 1962; Amaral Dias, 1988).

Beck (1967) desenvolveu um modelo diferente, descrevendo uma tríade cognitiva formada pela percepção negativa de si mesmo, pela interpretação negativa da própria experiência, e pela interpretação negativa do futuro. Esta tríade, estaria na origem de cognições negativas, as quais favoreceriam o sujeito a vivenciar sentimentos de desespero, de desamparo e depressão. Autores de orientação comportamental, como Seligman (1974) crêem que a depressão é um produto de uma aprendizagem, ou de uma perda de reforço, levando o sujeito a

ruminações cognitivas negativas (Lazarus, 1968; Lewinsohn, 1974). Outros autores, como Bowlby (1980), sugeriram as condições que poderão levar os jovens a este conjunto de crenças e cognições negativas; segundo Bowlby (1980), uma vinculação insegura na relação precoce mãe-bebé, a perda de um dos pais na infância (até aos 11 anos) e ter sido criado num ambiente pouco afectivo, são condições de risco para o desenvolvimento de uma depressão.

Hoffmann & Su (1998) referem que os acontecimentos de vida desencadeadores de *stress* afectam os sintomas depressivos nas raparigas, sobretudo na presença de baixa auto-estima ou, contrariamente, de elevada sensação de mestria, desempenho. No entanto, os acontecimentos de vida parecem ter mais impacto quando há fraco suporte familiar. Estes factos poderão relacionar-se com a auto-percepção de eficácia no desempenho de tarefas (Kovacks & Goldston, 1991). Segundo estes autores, os adolescentes deprimidos apresentam maiores problemas de adaptação social e de desempenho académico, os quais persistem mesmo depois da completa remissão sintomática (Kovacs & Goldston, 1991).

Fleming & Offord (1990) consideram a baixa auto-estima e a disfunção familiar como factores de risco importantes na etiopatogenia psico-social da PDM.

Baker, Milich & Manolis (1996) acreditam que o tónus afectivo experimentado na relação com os pares constitui um factor de risco determinante, ao nível das avaliações que o jovem constrói de si próprio e dos outros.

Em geral, as variáveis psico-sociais implicadas no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes parecem ser a perda de um dos pais ou irmão, os factores de suporte familiar (divórcio, separação dos pais, maus tratos, baixo nível sócio-económico), bem como a carga psicopatológica dos pais, a qual poderá modelar comportamentos, atribuições e estilos de resolução de problemas nos filhos (Kaplan *et al.*,1994).

No entanto, é sabido que influências socialmente mais vastas (e.g. aculturação) poderão acelerar o desenvolvimento de psicopatologia depressiva (Damji *et al.*,1996).

2.5 Diferenças relativas ao género

Desde o início até meados da adolescência, as raparigas aumentam a tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva que os rapazes (Giaconia, Reinharz, Silverman, Pakis, Frost & Cohen 1993). De facto, se na infância não parecem ocorrer diferenças consoante o género, na adolescência, conforme atrás citado, as raparigas têm duas vezes mais sintomatologia depressiva do que os rapazes, sem que o estado de saúde mental pubertário possa prever a ocorrência da mesma (Angold & Rutter, 1992). Como sugerem Nolen-Hoeksma & Girgus (1994), as meninas antes da adolescência poderão desenvolver mais factores de risco do que os rapazes, e por outro lado as raparigas fazem face, aparentemente, a mais desafios no início da adolescência

do que os rapazes. Segundo Gasquet (1994), os rapazes parecem apresentar depressões mais graves e numa idade mais jovem, frequentemente associadas a problemas de comportamento e com pior prognóstico. Gasquet (1994) defende igualmente que a expressão sintomática da depressão varia consoante a idade (queixas somáticas e isolamento relacional nas crianças, perda de auto-estima nos adolescentes) e consoante o género (preocupações somáticas nas raparigas e problemas sociais nos rapazes).

2.6 Co-morbilidade com outras perturbações

Estima-se que entre 40% a 70% dos adolescentes deprimidos venha a desenvolver uma perturbação adicional, com 20% a 50% a desenvolver dois ou mais diagnósticos em co-morbilidade (Cicchetti & Toth, 1998). Os problemas mais frequentemente diagnosticados em co-morbilidade são perturbações da ansiedade, comportamentos disruptivos e abuso de substâncias (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996).

Biederman, Faraone, Mick & Lelon (1995) estudaram uma amostra de 424 crianças e adolescentes e identificaram 40% dos sujeitos manifestando critérios de Perturbação depressiva *major*. Estes manifestavam sintomas típicos da perturbação, uma evolução crónica, e uma grave disfunção psico-social; além disso, apresentavam frequentemente critérios para Perturbação de hiperactividade com défice da atenção, Perturbação do comportamento, e Perturbações da

ansiedade. Biederman *et al.* (1995) verificaram que na maior parte dos casos as perturbações co-mórbidas precediam em vários anos o estabelecimento da Perturbação depressiva *major*.

Globalmente, a co-morbilidade parece aumentar o risco de recorrência do Episódio depressivo e a duração do mesmo, e pode afectar a resposta ao tratamento e aumentar o risco de suicídio (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996).

2.6.1 Perturbações da ansiedade

As Perturbações da ansiedade parecem preceder o Episódio depressivo nos adolescentes, contrariamente ao que sucede nos adultos (Kovacs, 1996). Brady & Kendall (1992) apontam para taxas de 15,9% a 61,9% de adolescentes com co-morbilidade ansiosa e depressiva, e confirmam a ideia de que a sintomatologia ansiosa tende a preceder a sintomatologia depressiva. Segundo Kendall, Kortlander, Chansky & Brady (1992), existem razões metodológicas para esta imprecisão, uma vez que as medidas para a avaliação da depressão e da ansiedade se correlacionam fortemente e sofrem das mesmas dificuldades quanto à avaliação (sintoma?, síndrome?, perturbação?). Por outro lado, Kendall *et al.* (1992) revêm os conceitos de neuroticismo e de afectividade negativa, ambos imbuídos de sintomas de ansiedade e de depressão, os quais partilham igualmente factores de risco familiares.

Last, Hansen & Franco (1997) compararam, através de um estudo prospectivo de 8 anos, o funcionamento psico-social de jovens adultos com história de co-morbilidade depressiva e ansiosa, Perturbação de ansiedade, ou sem história de doença psiquiátrica. Destes, Last *et al.* (1997) concluíram que os jovens com história de Perturbação de ansiedade estavam relativamente bem ajustados, sendo o grupo com co-morbilidade o de pior prognóstico.

2.6.2 Perturbações de abuso de substâncias

A Perturbação depressiva *major* parece preceder em 4 anos e meio o abuso de álcool e de drogas, fornecendo assim um espectro temporal de oportunidade para a prevenção do abuso de substâncias nos adolescentes (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl, Perel & Nelson, 1996). Esta distância temporal explica provavelmente porque é que Crowley, Mikulich, MacDonald, Young & Zerbe (1998) não consideram que a gravidade da sintomatologia depressiva seja suficientemente predictora do padrão de consumo de substâncias. Também Brown, Monti, Myers, Martin, Rivinus, Dubreuil & Rohsenow (1998) referem, a partir de um grupo que recebeu tratamento para abuso de cocaína, que a sintomatologia depressiva não prevê o padrão de consumo dos sujeitos no *follow-up*.

Segundo Clark, Kirisci & Tarter (1998), a Perturbação de abuso de substâncias com início na adolescência é um subtipo distinto, com mais rápido

desenvolvimento do que a de início na idade adulta. A este nível, poderão estar em jogo factores biológicos (o eventual desenvolvimento de uma tolerância mais rápida que a do adulto) e factores psico-sociais (o adolescente terá mais dificuldade do que o adulto em se libertar dos problemas associados ao consumo). Aseltine, Gore & Colten (1998) consideram que embora a co--ocorrência de depressão e abuso de substâncias pareça estar associada a maiores dificuldades no ambiente familiar e grupo de pares, o risco é mais pronunciado nas situações de baixo suporte familiar. Também Windle & Windle (1997) associam um maior consumo de drogas a baixos níveis de suporte familiar, sendo que os adolescentes utilizam, muitas vezes, substâncias ilícitas como estratégia de *coping* para lidar com estímulos desencadeadores de *stress*. Sussman, Dent & Galaif (1997) estudaram 1936 adolescentes e verificaram, igualmente, que os jovens com maiores índices de abuso de substâncias ilícitas eram os que tinham menos estratégias para lidar adequadamente com estímulos desencadeadores de *stress*.

Gruber, Pope & Brown (1996) consideram os efeitos antidepressivos da *cannabis*, abonando para a hipótese da utilização de tais substâncias para o auto--tratamento da sintomatologia depressiva.

King, Ghaziuddin, McGovern, Brand, Hill & Naylor (1996) conseguiram identificar perfis clínicos específicos em relação ao género, prevendo o abuso de drogas em adolescentes deprimidos: nos rapazes, a Perturbação depressiva *major* estaria em curso, teriam idade mais velha, e maiores dificuldades académicas; nas

raparigas, seriam as que tinham mais problemas de comportamento, Episódios depressivos mais longos, mais disfunções psico-sociais e relacionamento mais activo com rapazes. A este nível, Weiner (1995) alerta que as raparigas podem, com mais segurança do que os rapazes, utilizar a sexualidade para compensar a sintomatologia depressiva, servindo uma atitude promíscua como caminho para o contacto íntimo com outras pessoas. Como refere: "...A atenção que recebe dos rapazes e jovens que procuram os seus favores, a experiência de se sentir necessária e desejada, e as sensações de ser abraçada e acariciada podem, no seu conjunto, ajudar uma rapariga deprimida a combater os sentimentos de não ser atraente, de estar sózinha e ser mal amada" (Weiner, 1995). Whitmore, Mikulich, Thompson, Riggs, Aarons & Crowley (1997) consideram que, para os rapazes, a Perturbação do comportamento, a Perturbação depressiva *major*, e a Perturbação da hiperactividade com défice da atenção são os mais importantes concomitantes com o abuso de substâncias ilícitas, enquanto que, para as raparigas, a sintomatologia depressiva será a variável principalmente relacionada com o abuso de substâncias ilícitas. Os adolescentes sob condição de co-morbilidade depressiva e de abuso de substâncias ilícitas têm, no entanto, uma maior probabilidade de realizarem tentativas de suicídio do que os que só revelam um destes problemas (Wagner, Cole & Schwartzman, 1996). Alguma relação parece existir entre as situações de co-morbilidade e os factores subjacentes de personalidade. Grilo, Walker, Becker, Edell & McGlashan (1997) avaliaram a presença de Perturbações da personalidade em três amostras de adolescentes

internados; uma reunia 45 jovens com Perturbação depressiva *major*; outra era composta por 27 jovens com Perturbação de abuso de substâncias; uma outra reunia 42 jovens com ambas as perturbações. Grilo *et al.* (1997) concluíram que a Perturbação *borderline* da personalidade foi mais frequente e significativamente diagnosticada no grupo com co-morbilidade do que em qualquer um dos outros.

2.6.3 Consumos de álcool e de tabaco

Segundo Clark, Pollock, Bukstein, Mezzich, Bromberger & Donovan (1997), a co-morbilidade entre a Perturbação depressiva *major* e a Perturbação do comportamento caracteriza muitos dos adolescentes com dependência alcoólica. Num estudo longitudinal de 10 anos, Duncan, Alpert, Duncan & Hops (1997) avaliaram ao longo da adolescência e durante cinco anos posteriores 480 sujeitos. Segundo Duncan *et al.* (1997), a cronicidade do uso de álcool na adolescência prevê um consumo mais elevado na idade adulta, um maior número de problemas relacionados com o álcool (comportamento agressivo, roubo), e uma maior ideação suicida nos jovens adultos, para ambos os sexos. Num estudo comunitário de 1306 adolescentes, Moscato, Russell, Zielezny, Bromet, Egri, Mudar & Marshall (1997) partiram da hipótese de que a sintomatologia depressiva aumentaria os consumos de álcool nas raparigas, enquanto que nos rapazes, a sintomatologia depressiva seria uma consequência do consumo de álcool. Moscato *et al.* (1997) verificaram que nas raparigas os sintomas

depressivos prediziam problemas subsequentes de álcool, mas não encontraram suporte empírico para a mesma hipótese relativamente aos rapazes.

Relativamente aos consumos de tabaco Fergusson, Lynskey & Horwood (1996) referem que os adolescentes com Perturbação depressiva *major* ou com Perturbação distímica têm uma dependência tabágica quatro vezes maior que os adolescentes assintomáticos. Segundo Fergusson *et al.* (1996), a co-morbilidade entre a depressão e a dependência de nicotina parece estar já bem estabelecida por altura dos 16 anos e parece assentar em factores de risco comuns. Lerman, Audrain, Orleans, Boyd, Gold, Main & Caporaso (1996) realizaram um rastreio da sintomatologia depressiva em 202 fumadores que procuravam tratamento para parar de fumar. Lerman *et al.* (1996) compararam o grupo de fumadores deprimidos com o grupo de fumadores não-deprimidos, e verificaram que os primeiros tinham uma dependência de nicotina significativamente maior, bem como um maior recurso a auto-medicação.

2.7 Considerações relativas ao tratamento

Os antidepressivos tricíclicos têm em geral fraca resposta na adolescência (Ryan, 1990; Birmaher *et al.*, 1996). Uma razão para tal, segundo Kutcher *et al.* (1994), é que nos adolescentes os antidepressivos poderão demorar mais tempo até demonstrarem eficácia, uma vez que os ensaios com tricíclicos aplicam a modalidade de tratamento durante seis semanas, ou menos. Também Strober

(1992) refere que os adolescentes deprimidos demoram significativamente mais tempo a recuperar que os adultos, mesmo quando tratados com intervenções multimodais em condições óptimas. No tratamento da Perturbação distímica, Akiskal (1994) defende a utilização dos tricíclicos bem como a dos antidepressivos inibidores da mono-amino-oxídase (IMAO) e a dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRI).

Segundo Birmaher *et al.* (1996), quer as intervenções farmacológicas, quer as intervenções psicoterapêuticas poderão desempenhar um papel no tratamento agudo da PDM do adolescente. Birmaher (1998) sugere que nos adolescentes que estão incapazes ou não desejam iniciar psicoterapia, deverão ser utilizados antidepressivos.

Por outro lado, Kutcher (1997) realça que os antidepressivos tricíclicos além de não terem conseguido demonstrar eficácia, têm problemas significativos ao nível da tolerância e da segurança, pelo que os SSRI deverão ser utilizados. Dos SSRI conhecidos, Guile (1996) alerta para especial precaução no uso da sertralina, uma vez que podem ocorrer crises de agitação comportamental com doses que variam entre as 25 e as 200 mg diárias, dependendo da dose-limiar da tolerância do próprio sujeito.

Em geral, a literatura é unânime quanto à maior eficácia da psicoterapia de orientação cognitiva-comportamental em relação ao uso de qualquer anti--depressivo (tricíclicos, SSRI, IMAO, NaSSA- e.g. mirtazapina) no tratamento da PDM no adolescente (Kendall, 1993; Kutcher, Boulos, Ward, Marton, Simeon,

Ferguson, Szalai, Katic, Roberts, Dubois & Reed, 1994; Apter, Ratzoni, King, Weizman, Iancu, Binder & Riddle, 1994; Murphy, Carney, Knesevich, Wetzel & Whitworth, 1995; Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth, Iyengar & Johnson, 1997), mas, como referem Fisher & Fisher (1996), apesar da relativa unanimidade sobre a falta de eficácia da medicação antidepressiva na adolescência, o facto é que essas medicações continuam a ser amplamente utilizadas.

Uma última referência vai para a utilização da terapia electroconvulsiva (TEC). Paillere-Martinot, Zivi & Basquin (1990) consideram a TEC como um tratamento seguro e com bons resultados a curto prazo nos adolescentes. No entanto, a literatura é escassa sobre ensaios comparativos realizados a este nível.

3. Considerações teóricas sobre o suícidio na adolescência

O suicídio é indubitavelmente a pior complicação de uma perturbação afectiva. A ideação suicida, os comportamentos de auto-destruição, as tentativas e consumações do suicídio são um espectro problemático para a Saúde Pública quando se considera a população adolescente.

Nos E.U.A. mais de 12000 crianças e adolescentes são hospitalizadas todos os anos devido a comportamento suicidário ou a tentativas de suicídio, sendo que o acto consumado ocorre cinco vezes mais nos rapazes do que nas raparigas, embora a taxa de tentativas de suícidio seja, pelo menos, três vezes maior nas adolescentes do que nos adolescentes (Kaplan *et al.*, 1994). Parece, no entanto, que até à puberdade as taxas são mínimas, podendo isso revelar um efeito protector da imaturidade cognitiva quanto à elaboração de um efectivo plano de suicídio.

Como refere Weiner (1995), das 30905 mortes por suicídio *conhecidas*, em 1986, só cinco implicaram crianças com menos de 10 anos de idade, 250 tinham entre 10 e 14 anos, e 2151 tinham de 15 a 19 anos de idade. Nesse mesmo ano, esses jovens cometeram 7% dos suicídios participados a nível nacional. No entanto, perante estes valores, não há dúvidas que a taxa de suicídio aumenta repentinamente nos anos da adolescência. Ainda segundo Weiner (1995), de 1,5/ 100000, entre os 10 e os 14 anos de idade, cresce quase 7 vezes para 10,2/ 100000 nas idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Lewis, Johnson, Cohen, Garcia & Velez (1988) referem que o suicídio nos adolescentes tem aumentado a um ritmo alarmante nos E.U.A. quando comparam a evolução das taxas de suicídio para a população geral e para os adolescentes.

Entre 1960 e 1986 a taxa de suicídio na população total dos E.U.A. aumentou 20,1% ; de 10,5 para 12,8/100000. No mesmo período, a taxa de suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos triplicou de 3,6/ 100000 para 10,2/100000. Os mesmos autores referem ter havido um aumento de 20% apenas durante os anos 80. Algo que a nosso ver deverá merecer especial atenção por diversas razões: estes jovens já não estão sujeitos às tradicionais doenças infantis; provavelmente ainda não estão susceptíveis às diversas doenças crónicas que atormentam os mais velhos; o envelhecimento populacional que ocorre em países desenvolvidos como os E.U.A. deverá ser acompanhado por um decréscimo na população adolescente; como tal, é alarmante que as taxas de suicídio continuem a aumentar.

Na análise que realiza às taxas de suicídio portuguesas entre 1975 e 1990, Daniel Sampaio (1991) refere um crescimento gradual até meados da década de 80, sempre com um maior número de suicídios no sexo masculino, sendo que a partir de 1986, a taxa se manteve abaixo dos 10/100000/ano, chegando a ser inferior a 8/100000/ano em 1988 e 1989. Curiosamente, atendendo ao número de suicídios juvenis por ano, este cresce de 1986 para 1987 (N=100 para N=109), para descer em 1988 e 1989 (respectivamente N= 88 e N= 80), mas voltar a subir em 1990 (N= 92); a par disso, embora seja sempre superior o número de rapazes

que colmata o acto, o número de mortes por suicídio nas raparigas tem vindo a aumentar.

Na população adolescente americana dos 15 aos 19 anos , as três causas principais de morte são por ordem decrescente: acidentes, suicídio, e homicídio, com taxas anuais, respectivamente, de 48,3; 10,2, e 10,0 por 100000 pessoas, sendo a morte por suicídio quatro vezes mais comum do que a doença cardíaca mortal, que é a principal causa de morte na população total, e duas vezes mais comum do que a morte por cancro, a segunda causa mais frequente de morte na população geral (Weiner, 1995).

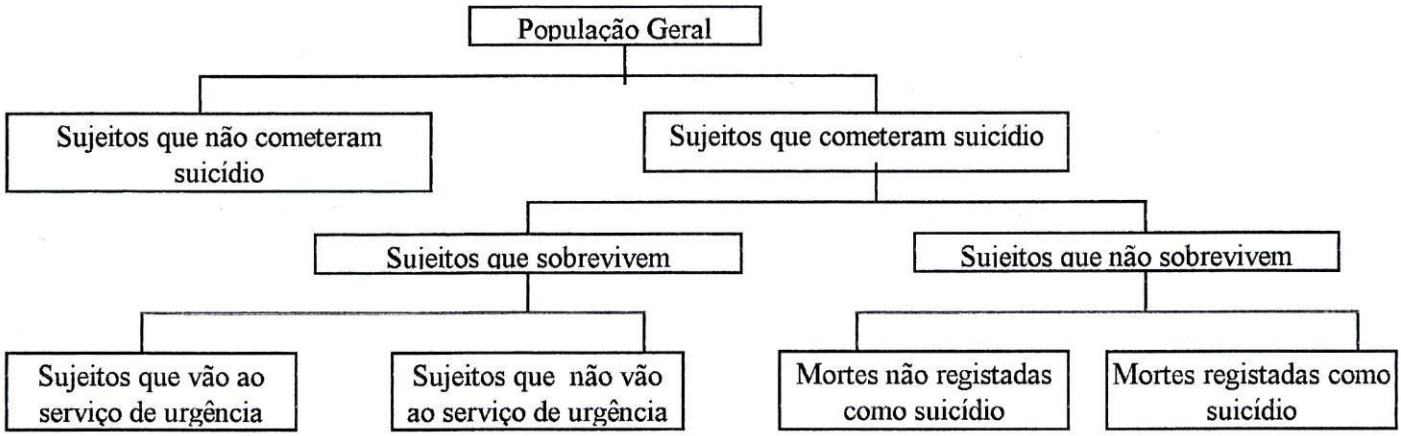
Curiosamente, a semelhança das taxas acima referidas sugere-nos duas considerações:

1. Apesar do risco do suicídio ser elevado em sujeitos com Esquizofrenia, Perturbação depressiva *major* (PDM), e Perturbação bipolar (Kaplan *et al.*, 1994), outras condições de psicopatologia, e, em especial, de co-morbilidade deverão ser tidas em conta pelos investigadores quando se dedicam ao estudo epidemiológico e etiológico do fenómeno. Apesar de muito se relacionar a sintomatologia depressiva com a ideação suicida, os sintomas depressivos acompanham por vezes outros estados. Como Frances & Ross (1999) referem, "Os sintomas depressivos acompanham habitualmente as Perturbações do comportamento. De facto, a Perturbação do comportamento é um importante indicador do risco de suicídio nos adolescentes (...) com um padrão típico, no qual os sintomas depressivos e a ideação suicida se desenvolvem rapidamente

quando o indivíduo é frustrado ou se confronta com as autoridades, depois de ter sido apanhado em falta. (...) A relação etiopatogénica entre as Perturbações do comportamento e a utilização de substâncias ilícitas é muitas vezes difícil de estabelecer: os indivíduos com Perturbação de comportamento têm tendência para o abuso de substâncias ilícitas de uma forma precoce, persistente e grave. Por outro lado, os indivíduos que abusam de substâncias ilícitas podem envolver--se em problemas resultantes ou da desibinição inerente à intoxicação, ou da necessidade de obterem meios para sustentar o abuso de substâncias". Como tal, e em especial para as populações desta idade, uma avaliação multi-axial segundo a DSM-IV (APA, 1994) poderia vir a resultar em novos dados na investigação sobre o suicídio.

2. Por outro lado, e por mais dramáticos que pareçam estes dados, eles subestimam provavelmente o verdadeiro número de adolescentes que se suicida na realidade. Weiner (1995) alerta para os casos não contabilizados, em que a morte por suicídio é registada de forma diferente, para aliviar a dor de uma família, ou mesmo para limitar a responsabilidade de um serviço ou instituição que poderiam ser considerados responsáveis. A este nível, Manuela Fazenda Martins (1990) faz referência a:... "Ás tentativas individuais de ocultação do suicídio, acrescentam-se as variações segundos critérios religiosos, culturais e sociais da avaliação ética do suicídio, conducentes a um permanente processo de dissimulação". Na sua obra e mais adiante (Martins, 1990), podemos encontrar

um esquema compreensivo para esta segunda consideração, esquema esse, elaborado a partir da permissa de Atkinson (1978, cit in Martins, 1990):... "Muitas coisas podem acontecer nos diferentes estadios que conduzem determinado indivíduo a aproximar-se ou afastar-se da etapa seguinte e a ser registado numa estatística oficial".



O método utilizado na tentativa de suicídio influencia a morbilidade e a taxa de consumações de suicídio, independentemente da gravidade da intenção de morrer ou da ideação suicida do sujeito. Assim, nos E.U.A. o método mais vulgarmente utilizado, quer nos rapazes, quer nas raparigas, é o uso de arma de fogo (o qual é responsável por 2/3 das mortes por suicídio nos rapazes e por quase metade dos suicídios nas raparigas), sendo o enforcamento o segundo método mais utilizado pelos rapazes (cerca de 1/4 dos casos), enquanto que nas raparigas, o envenenamento parece ser o segundo método preferencial (Weiner, 1995). Estes valores parecem caricaturar as políticas de Saúde Pública adolescente norte-americana, uma vez que, por exemplo, decorre uma acérrima

luta ao consumo de tabaco e no entanto, as armas de fogo continuam a ter a maior disponibilidade de utilização.

No caso dos adolescentes portugueses, podemo-nos referir à amostra de tentativas de suicídio estudada por Martins (1990) com as devidas reservas, uma vez que aqui se trata de "sobreviventes". Assim, quer nos rapazes, quer nas raparigas, o método preferencial mais utilizado (e eventualmente responsável pela sobrevivência dos jovens) foi a intoxicação medicamentosa, logo seguido pelo envenenamento, a flebotomia e a defenestração nas raparigas, e pelo uso de arma de fogo e flebotomia nos rapazes (Martins, 1990).

Também Sampaio (1991), baseando-se na investigação de adolescentes portugueses que praticaram a tentativa de suicídio, conclui ser a intoxicação medicamentosa o mais frequente método utilizado para o recurso à auto--destruição. Infelizmente, não tivemos acesso a dados oficiais de suicídios consumados na população adolescente portuguesa. Apesar disso, questionámo--nos quanto às crenças de letalidade depositadas na ingestão de fármacos, uma vez que as próprias crenças referentes à acção directa dos mesmos poderão estar distorcidas. Saliente-se ainda que nas amostras de adolescentes portugueses que tentaram o suicídio (Martins, 1990; Sampaio, 1991) a utilização apriorística de métodos mais letais (enforcamento, arma de fogo) é muito reduzida, daí ser difícil extrair conclusões válidas e generalizá-las à população adolescente (e.g. a crença de sobrevivência será certamente diferente ao ingerir 50 comprimidos de clomipramina a 25 mg do que ao apontar uma arma de fogo de calibre 9 mm. do

interior da boca para o centro do crâneo). Parece-nos, no entanto, que as motivações subjacentes à tentativa de suicídio podem discriminar duas classes (e uma outra, consequencial) do comportamento suicidário, com inerentes componentes: a tentativa de suicídio planificada, com total motivação para morrer e com engenhosa actividade cognitiva para implementar o plano; a tentativa de suicídio alternativa, sem motivação para morrer, adoptando o comportamento suicidário como alternativa a mudanças imperiosas que teriam de realizar ou a difíceis problemas aos quais deveriam dar resposta (neste caso, o jovem avançaria em direcção à morte mas com esperança de não morrer - correria um risco); por último, e resultante das duas anteriores, teríamos a tentativa de suicídio contingencial, aquela que seria o resultado expresso em morbilidade do método escolhido (nesta estariam incluídos os jovens que planificaram motivados o seu fim mas que, devido ao método escolhido, falharam o suicídio, bem como outros, que verdadeiramente não queriam morrer, mas que, uma vez mais devido ao método, encontraram a morte). Provavelmente, as amostras de adolescentes portugueses que tentaram o suicídio apenas possuem representantes da segunda e terceira classes expostas. Seria curioso estudar eventuais relações entre a primeira e as Perturbações de personalidade, do Comportamento, e do Abuso de substâncias ilícitas; bem como entre a segunda, a tentativa de suicídio alternativa, e as Perturbações do humor, da Adaptação, e de Déficits de competências na resolução de problemas.

3.1 Perspectivas Etiopatogénicas

De acordo com Kaplan *et al.* (1994), a incapacidade de sintetizar soluções para os problemas e a falta de estragégias de *coping* para lidar com estímulos desencadeadores de *stress* imediatos constituem características universais nos adolescentes suicidários. Daí que uma visão mais limitada das opções disponíveis para lidar com frequentes discussões familiares, rejeição ou falhanço, contribua para a decisão de cometer suicídio.

3.1.2 Factores genéticos

Os estudos que avaliam o risco de suicídio em famílias têm evidenciado uma contribuição genética para o comportamento suicidário. Uma história familiar de suicídio está associada a um maior risco, quer de tentativas de suicídio, quer de consumação (Roy, Rylander & Sarchiapone, 1997). Por outro lado, parece existir uma maior concordância para o suicídio em gémeos monozigóticos do que em gémeos dizigóticos (Kaplan *et al.*,1994; Roy *et al.*, 1997). Os estudos de adopção, como referem Roy *et al.* (1997) parecem igualmente sugerir o envolvimento de factores genéticos no suicídio. Como salientam Kaplan *et al.* (1994), embora o risco de suicídio seja elevado em doentes com perturbações mentais, o mesmo é bastante maior nos familiares que têm perturbações afectivas do que nos familiares que têm esquizofrenia.

Estudos recentes de genética molecular revistos por Roy *et al.* (1997) são peremptórios quanto à existência de uma associação entre polimorfismos descobertos no gene percursor da triptofanohidroxílase e o comportamento suicidário.

3.1.3 Factores biológicos

As descobertas neuroquímicas evidenciam alguma sobreposição entre pessoas com comportamentos agressivos e impulsivos e pessoas com comportamento suicidário. Mann, Arango & Underwood (1990) reportam baixos níveis de serotonina (5-HT) e do seu principal metabolito, o ácido 5-hidroxi--indolacético (5-HIAA) nos cérebros dos suicidas estudados *post mortem.* Também no liquido céfalo-raquidiano de indivíduos que realizaram tentativas de suicídio utilizando métodos violentos, foram relatados baixos níveis de 5-HIAA. Como salientam Kaplan *et al.* (1994) o uso de álcool e de outras substâncias psicoactivas pode baixar o 5-HIAA e com isso aumentar eventualmente a vulnerabilidade para o comportamento suicidário numa pessoa já predisposta. Os mesmos autores aconselham prudência no retirar de conclusões, uma vez que os valores baixos de serotonina podem ser um marcador em vez de uma causa de comportamento agressivo e da propensão suicidária (Kaplan *et al.*, 1994).

A função catecolaminérgica (noradrenérgica e dopaminérgica) tem sido, no entanto, pouco avaliada. Pitchot, Hansenne, Gonzalez-Moreno, Wauthy &

Ansseau (1995) compararam a resposta da hormona de crescimento à clonidina e à apomorfina em 22 doentes com PDM e história de tentativas de suicídio; e em 22 outros com PDM, mas sem história de tentativas de suicídio. Os grupos diferiram significativamente na resposta à apomorfina. Pitchot *et al.* (1995) concluiram que uma hipoactividade dopaminérgica poderá ser considerada como marcador biológico do comportamento suicidário, enquanto que o sistema noradrenérgico não deverá desempenhar um papel de relevo.

O DST tem produzido resultados algo controversos em crianças e adolescentes. Alguns estudos indicam uma associação entre a não-supressão do DST e potenciais tentativas de suicídio (Casat, Arana & Powell, 1989; Kovacs, Goldston & Gatsonis, 1993). Embora os adultos tendam a segregar mais cortisol quando estão deprimidos (Asnis, Halbreich, Rabinovich, Ryans, Sachar, Nelson, Puig-Antich & Novacenko, 1985; Sachar, Puig-Antich & Ryan, 1985), alguns autores têm verificado que as crianças e adolescentes deprimidos tendem a segregar menos cortisol (Dahl, Ryan, Puig-Antich, Nguyen, Al-Shabbout, Meyer & Perel, 1991; Kutcher & Marton, 1989).

Dahl, Ryan, Williamson, Ambrosini, Rabinovich, Novacenko, Nelson & Puig-Antich (1992) referem não encontrar diferenças no DST entre adolescentes com PDM e controlos normais. No entanto, quando dividiram o grupo com PDM segundo a base de risco para suicídio (plano definido ou tentativa) encontraram um embotamento significativo da hormona de crescimento no grupo de risco. Dahl *et al.* (1992) interpretaram esses resultados considerando provas de

desregulação no início do sono e as influências do desenvolvimento no sono e na regulação da hormona de crescimento.

Num outro estudo, Dahl, Kaufman, Ryan, Perel, Al-Shabbout, Birmaher, Nelson & Puig-Antich (1992) não encontraram diferenças significativas em qualquer medida do cortisol pós-DST de adolescentes com PDM e controlos normais, considerando a presença de risco de suicídio. Dahl *et al.* (1992) interpretaram esses resultados questionando a adequabilidade da dose (1 mg de Dexametasona) para os adolescentes, e discutindo os efeitos do *stress* nos resultados de estudos realizados com o DST.

3.1.4 Factores sociais

Os adolescentes são vulneráveis a ambientes negligentes, abusivos, ou extremamente caóticos. Um grande leque de sintomas psicopatológicos poderá ocorrer como resultado de experimentarem ambientes familiares violentos e abusivos (Kaplan *et al*, 1994; Rotheram-Borus, 1993; Mitchell, McCauley, Burke, Calderon & Schloredt, 1989).

Dos factores de risco mais vulgarmente assinalados destacam-se a perda de um dos pais (ou dos dois) e o insuficiente suporte familiar. Morano, Cisler & Lemerond (1993) afirmam inclusivamente que o baixo suporte familiar e o luto são os melhores preditores da tentativa de suicídio adolescente.

O conflito conjugal e familiar parece vulnerabilizar igualmente o adolescente, provavelmente por nele ser incluído com frequência ou por ter de tomar partido por um dos pais (Downey & Coyne, 1990; Beardslee & Podorefsky, 1988).

Intimamente relacionado (provavelmente consequencial) a todos estes factores, bem como à ideação suicida, parece estar o sentimento de desespero. De facto Steer, Kumar & Beck (1993) verificaram na sua amostra de 108 doentes adolescentes com diagnósticos diversificados, que o sentimento de desespero está positiva e fortemente associado com a ideação suicida. Mesmo depois de terem controlado os resultados para a variável "depressão", Steer *et al.* (1993) observaram a mesma tendência. Esse mesmo sentimento de falta de esperança parece constituir assim um outro predictor da tentativa de suicídio adolescente (Morano *et al.*, 1993; Steer *et al.*, 1993).

3.1.5 Factores de personalidade

Uma última consideração deverá salientar os adolescentes que têm Perturbações da personalidade. Estas não são referidas, estranhamente, por vários autores (e.g. Kaplan *et al.*, 1994; Weiner, 1995) quando abordam a temática do suicídio, parecendo ignorar as influências que um diagnóstico do Eixo II da DSM-IV poderá ter no fenómeno.

Apesar dos adolescentes com risco de suicídio parecerem ser aqueles que sofreram a morte parental (especialmente se esta foi consequência de acto suicidário) e que não dispõem de um suficiente suporte familiar, os jovens com estruturas de personalidade psicóticas e *borderline* estão igualmente vulneráveis devido a algumas dificuldades do seu *self*: sentido distorcido da realidade, traços marcantes de impulsividade, e fraca tolerância à frustração (Mishne, 1986).

Os jovens sem auto-disciplina estão à mercê dos seus impulsos, sendo que, no outro lado do *continuum* estão os jovens "sobreprogramados", aqueles que, segundo Brody (1984, cit in Mishne, 1986), se sentem obrigados a ganhar prémios académicos elevados e a ter sucesso em todas as actividades, não conseguindo tolerar o seu incompleto preenchimento.

Por outro lado, Mishne (1986) chama a atenção para o isolamento na adolescência, referindo que muitos jovens com este padrão têm sido pouco reconhecidos como deprimidos durante anos, recebendo, em vez disso, diagnósticos como "esquizóide" ou mesmo "esquizofrénico".

Na abordagem que realiza a adolescentes suicidários, Kernberg (1989) salienta que há um risco particular nos pacientes que apresentam, simultaneamente, ideias e projectos suicidários, lentificação depressiva, e sintomas biológicos de depressão. Alerta ainda para os casos de impulsividade e para os casos de labilidade afectiva geral, os quais, segundo Kernberg (1989): ... "Podem suscitar a impressão falaciosa de que o Episódio depressivo não é grave".

No plano clínico, e ainda segundo Kernberg (1989), os comportamentos de auto-mutilação e/ou os actos suicidários destinam-se frequentemente a estabelecer ou reestabelecer o controlo do sujeito sobre o ambiente, de modo a suscitar nos outros sentimentos de culpabilidade (e.g. quando se rompe a relação com um parceiro, ou quando os pais se opõem fortemente aos desejos do paciente), algo que é tipicamente frequente nas estruturas de personalidade *borderline*, anti-social e psicótica.

4. Alguns estudos com adolescentes utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Numa tentativa de avaliar se a sobreposição de conteúdo dos itens do Inventário de Depressão de Beck (BDI) inflacionava a relação entre cognições negativas e disforia, McPherson & Lakey (1993) estudaram quatro amostras de estudantes (N = 645) com uma média de idades de 18 anos. Curiosamente, o estudo não apresenta as médias de pontuação do BDI das amostras, passando os autores a correlacionar directamente as variáveis.

Um estudo de validade discriminante de um novo instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva (Inventário para o Diagnóstico da Depressão), conduzido por Haaga, McDermut & Ahrens (1993), administrou o BDI a 115 estudantes, com uma média de idades de 19 anos. Descritivamente, a média (M) de pontuações no BDI desta amostra foi de 7,3 com um desvio-padrão (DP) de 6,2.

Connelly, Johnston, Brown, Mackay & Blackstock (1993) avaliaram com o BDI a prevalência de depressão numa população não-clínica de 2698 adolescentes canadianos (49% eram rapazes, 51% raparigas) com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos. Sendo relevantes, quer a dimensão amostral, quer o rigor do procedimento do estudo, são de considerar os dois efeitos principais da idade e do género na variância das pontuações, como se pode verificar a partir da análise do Quadro 1:

Quadro 1

Pontuações médias no BDI: idade e género

	Idade							
Género	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**Total**
Masculino	5,76	5,02	6,58	7,48	7,38	7,33	9,35	6,93
Feminino	7,91	8,09	9,72	10,86	9,59	9,60	11,27	9,58
Total	7,00	6,60	8,14	9,15	8,56	8,68	10,18	8,29

N = 2698

Num estudo que pretendia avaliar componentes de assertividade e sintomatologia depressiva, Chan (1993) administrou o BDI a 183 estudantes (134 rapazes e 49 raparigas) com uma média de idades de 19,56 anos e DP= 0,91. As pontuações totais no BDI variaram entre 0 e 44, com uma média de 10,64 e DP = 7,07 sem existirem diferenças significativas quanto ao género.

Num curioso estudo que pretendia descobrir eventuais relações entre alexitimia e preferências cinéfilas, Berenbaum (1993) administrou o BDI (entre outros instrumentos) a uma amostra de 186 estudantes, 92 rapazes e 94 raparigas (M idades = 18,4; DP = 1,2). No entanto, apesar de não apresentarem as médias das pontuações totais do BDI, os autores discriminaram um efeito de género nos resultados, com as raparigas a apresentarem pontuações totais significativamente superiores aos rapazes ($t(184) = 3,48$; $p < 0,005$).

Baron & Campbell (1993) avaliaram com o BDI uma amostra de 153 adolescentes no sentido de estudarem eventuais diferenças relativas ao género, na

expressão de sintomatologia depressiva. A amostra era constituída por 98 raparigas e 55 rapazes com M de idades igual a 14,9 anos. A média total das pontuações do BDI da amostra foi de 9,39 (DP = 8,08), sendo de 10,66 (DP = 9,07) para as raparigas e de 7,16 (DP = 5,33) para os rapazes. Baron & Campbell (1993) consideraram esta diferença estatísticamente significativa.

Num estudo que comparava a influência do género nas medidas de auto--avaliação de sintomatologia ansiosa e depressiva Jolly, Wiesner, Wherry, Jolly & Dykman (1994) administraram o Inventário de Depressão de Beck-Revisto (BDI-R), conjuntamente com outros instrumentos a uma amostra clínica de 75 adolescentes que haviam tido internamento psiquiátrico. Cerca de 46,7% da amostra era do sexo masculino, enquanto 53,3% era do sexo feminino; a média de idades era de 13,9 anos, variando entre os 12 e os 17 anos. A amostra apresentou uma média de pontuações de 12,9 no BDI-R com um DP de 10,2. Curiosamente, os autores concluem que a convergência de pontuações entre os sujeitos e os observadores (internos de psiquiatria) era significativamente mais fraca para os rapazes, interpretando esses resultados como o facto de as raparigas possuirem maior auto-consciência que os rapazes, podendo estes últimos não comunicar sintomas subjectivos de depressão (e.g. culpa) aos observadores.

Na tentativa de examinarem se as mães adolescentes deprimidas experimentavam mais fontes de *stress* que outras mães não deprimidas, e de discriminarem quais dessas fontes seriam as mais preditivas de depressão, Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi & Rahdert (1994), administraram o BDI e

um instrumento que avalia as áreas de funcionamento psicossocial (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers - POSIT) a 154 adolescentes parturientes, com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos. Das 154 adolescentes, os autores obtiveram duas sub-amostras: cerca de 105 (68,2%) consideradas "deprimidas" com valores médios de BDI de 18,0 com DP = 5,0; e cerca de 49 (31,8%) consideradas "não deprimidas" com M = 6,4 e DP = 2,4. Parece-nos, no entanto, existir uma inflação do número de mães adolescentes deprimidas - cerca de 68,2% - a qual poderá ser explicada por uma razão metodológica: é que Prodromidis *et al.* (1994), utilizaram a classificação de 13 no BDI como ponto de corte discriminativo. De qualquer modo, importa ainda acrescentar que, segundo Prodromidis *et al.* (1994), as fontes mais preditivas da depressão em mães adolescentes seriam o estado de saúde mental, as relações familiares e o nível de competências sociais, sendo que a acção sinergética destas mesmas fontes é que contribuiria para um progressivo isolamento durante a gravidez e um consequente desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Numa outra investigação, que pretendia comparar a sintomatologia de Perturbações alimentares e estados de co-morbilidade afectiva e ansiosa em adolescentes e adultos com anorexia e bulimia Heebink, Sunday & Halmi (1995) administraram o BDI conjuntamente com outros instrumentos a 250 doentes do sexo feminino. Destes, Heebink *et al.* (1995) formaram quatro subgrupos: 10 jovens no início da adolescência, com M de idades = 12,7 anos e DP = 0,48; 57 jovens nos meados da adolescência com M idades = 15 anos e DP = 0,82; 62

jovens no final da adolescência com M idades = 17,98 anos e DP = 0,84; e 121 adultos com M idades = 25,62 e DP = 5,46. Infelizmente, não se podem extrapolar os resultados médios do BDI, uma vez que os autores fazem sucessivos agrupamentos quanto às categorias de diagnóstico de Perturbação alimentar.

Num outro estudo que explora as relações entre personalidade oral (dependente, imatura) e perturbações do pensamento em sujeitos com pesadelos frequentes Levin & Masling (1995) compararam 30 jovens que tinham frequentemente pesadelos (M idades = 19 e DP não referido), com um grupo de controlo de 30 jovens (M idades = 19 e DP não referido) utilizando diversos instrumentos de avaliação psicométrica, entre os quais o BDI. O primeiro grupo apresentou pontuações totais do BDI com M = 4,8 e DP = 5,1; enquanto o segundo grupo apresentou pontuações totais do BDI com M = 2,9 e DP = 2,6.

Creamer, Foran & Bell (1995) administraram em dois momentos espaçados por 7 semanas o BDI, bem como outros instrumentos (o Inventário de Ansiedade de Beck; o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberg) a uma amostra não-clínica de 326 estudantes, na tentativa de avaliarem as propriedades psicométricas do Inventário de Ansiedade de Beck. A amostra era predominantemente feminina (73%), com uma média de idades de 21 anos para os rapazes e de 19 para as raparigas. As médias da pontuação total do BDI da amostra foram de 9,1 (DP = 7,4) para o primeiro momento e de 8,6 (DP = 7,3) para o segundo momento de avaliação.

Após terem realizado um rastreio inicial de Perturbações do comportamento alimentar numa população escolar de 995 estudantes, Dancyger & Garfinkel (1995) constituíram 3 sub-amostras: 51 estudantes com Perturbações de alimentação, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos (M = 16,9; DP = 1,2); 51 estudantes sem Perturbações de alimentação (M idade = 16,9; DP = 1,6). As médias de pontuações globais no BDI para cada sub-amostra foram, respectivamente de 17,2 (DP = 9,3), 6,5 (DP = 5,1) e 25,9 (DP = 10,7).

Na tentativa de testarem e validarem uma estrutura factorial de segunda ordem para o BDI-R Byrne, Baron, Larsson & Melin (1995), administraram o BDI-R em três amostras não-clínicas independentes de adolescentes suecos, sendo a primeira representativa de um grande centro metropolitano (N= 661, 51% de rapazes, 49% de raparigas; M idade: 15,5), a segunda representativa de um pequeno centro urbano (N= 239, com 49% de rapazes e 51% de raparigas; M idade = 15,5), e a terceira, representativa de um meio rural (N=196, com 53% de rapazes e 47% de raparigas; M idades= 14,9). Infelizmente, os resultados não vêm explicitados em termos de médias de pontuações totais, mas em valores de curtose média[1], sendo estes de 8,15; 9,17, e de 6,97, respectivamente para cada grupo, o que leva a crer que a amostra no meio rural é mais homogénea e a que mais se aproxima de valores distribuídos normalmente.

[1] A curtose média permite obter informação sobre a distribuição de uma amostra. Assim, se o valor for igual a 1, a amostra subjacente tem uma distribuição normal; se inferior a 1, a amostra subjacente tem uma distribuição platicúrtica, revelando frequências muito dispersas; se superior a 1, a amostra subjacente tem uma distribuição leptocúrtica, o que revela frequências agregadas em torno das medidas de tendência central.

Kumar, Steer & Deblinger (1996) administraram diversos instrumentos de avaliação psicométrica, entre os quais o BDI-R, a uma amostra clínica de 111 adolescentes internados, na tentativa de discriminar através da psicopatologia relatada adolescentes que haviam sofrido abuso sexual. Os adolescentes tinham idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos (M idade= 15,28; DP= 1,25), compreendendo a amostra 46% de rapazes e 54% de raparigas - uma vez mais os autores não apresentam os resultados em médias de pontuação total, passando a correlacionar as diversas medidas de psicopatologia com os dois grupos (jovens que tinham e não tinham sofrido abuso sexual). Kumar *et al.* (1996) não conseguiram obter correlações significativas com qualquer dos instrumentos de avaliação utilizados.

Na tentativa de testar a estrutura factorial da versão sueca do BDI-R separadamente para rapazes e raparigas Byrne, Baron, Larsson & Melin (1996) administraram o BDI-R a 559 rapazes e 537 raparigas, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. No entanto, e uma vez mais,os resultados não vêm expressos em médias de pontuações totais, passando Byrne *et al.* (1996) a utilizar o CFI (Índice de Adequação Comparativa), um valor que se for superior a 0,90 indica uma adequabilidade psicométrica dos dados.

Joseph, Lewis & Olsen (1996) ao realizarem o estudo de validade convergente da sua escala de depressão, administraram o BDI a 194 estudantes com uma média de idades de 20 anos e um DP de 3,2. Como tal, alguma precaução deverá tomar-se na interpretação dos resultados obtidos, uma vez que

já não se trata de uma verdadeira amostra de adolescentes. Joseph *et al.* (1996) encontraram uma média de pontuações totais de 7,33 com DP = 6,54.

Pretendendo identificar as queixas físicas mais comuns numa amostra de adolescentes com recusa escolar e perturbações co-mórbidas ansiosas ou depressivas Bernstein, Massie, Thuras, Perwien, Borchardt & Crosby (1997) aplicaram, entre outros, o BDI a 44 adolescentes (17 rapazes e 27 raparigas) com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, os quais pertenciam a um plano de tratamento para recusa escolar. A média de pontuações totais no BDI foi de 13,5 com DP = 10,8. Refira-se, por último, o estudo de Coelho *et al.* (1999) em que, conjuntamente com o SCL-90-R, os autores administraram o BDI a uma amostra de estudantes adolescentes portugueses. É sabido que o uso de determinados fármacos (e.g. corticóides) está associado com o aumento de prevalência de sintomatologia depressiva. Como tal, Coelho *et al.* (1999) compararam pontuações totais de 82 adolescentes asmáticos (45 rapazes e 37 raparigas) com as de 84 adolescentes sem asma (41 rapazes e 43 raparigas), com médias de idades de 16 anos e desvios-padrões de 1,68 e 1,49 respectivamente. As médias de pontuações totais no BDI foram de 8,2 (DP= 7,4) para os adolescentes asmáticos com e sem tratamento com corticóides e de 8,5 (DP= 7,1) para os adolescentes sem asma. Os autores concluiram que os resultados não mostravam diferenças entre os grupos relativamente à sintomatologia depressiva.

PARTE II

CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

1. *Objectivos do Estudo*

1. Objectivos do estudo

A presente contribuição empírica pretendeu obedecer aos seguintes objectivos:

1. Avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva numa amostra da população adolescente portuguesa, através da administração duma versão em Português do BDI-II.

2. Testar as seguintes hipóteses:

"A prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pela versão portuguesa do BDI-II ..."

a) será maior nas raparigas que nos rapazes.

b) será superior nos jovens com insucesso escolar.

c) será menor nos jovens com maior suporte familiar.

d) será superior nos jovens que manifestam uma percepção de autoridade educativa parental como "muito autoritária" ou "nada autoritária", reflectindo isso uma postura de, respectivamente, excessivo controlo ou desinteresse, adoptada como protagonismo educativo dos filhos.

e) acompanhará a variação dos consumos de álcool e de tabaco.

3. Avaliar a adequabilidade e a fiabilidade de utilização da versão portuguesa do BDI-II com adolescentes portugueses, no propósito de proceder à sua validação. Não se pretendeu, no entanto, estudar a estrutura factorial da mesma, uma vez que é produto de retro-tradução da original inglesa - esta, com uma estrutura factorial já bem estabelecida e caracterizada (Beck *et al.*, 1996).

1. Descrição da amostra estudada[1]

A amostra de adolescentes estudada, num total de 824 jovens, constituíu-se por 312 rapazes e 512 raparigas, uma distribuição observável no gráfico seguinte.

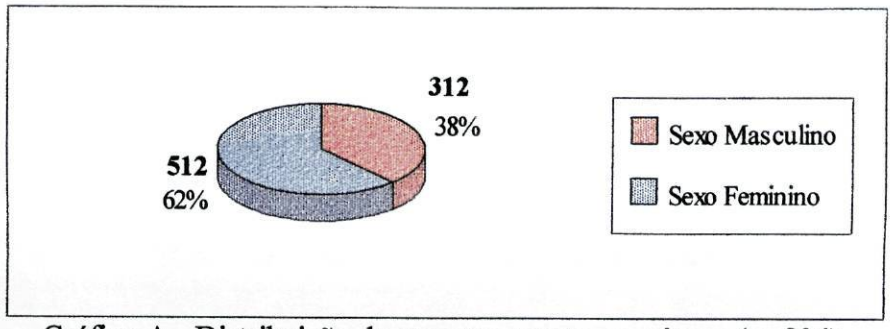


Gráfico A - Distribuição da amostra quanto ao género **(n=824)**.

Da amostra, 324 adolescentes frequentavam uma escola inserida num meio urbano, enquanto 500 frequentavam uma escola inserida num meio rural. A média total de idades da amostra foi de 16,92 anos, com um desvio-padrão de 1,25 anos. Pode observar-se a distribuição por idades no gráfico B.

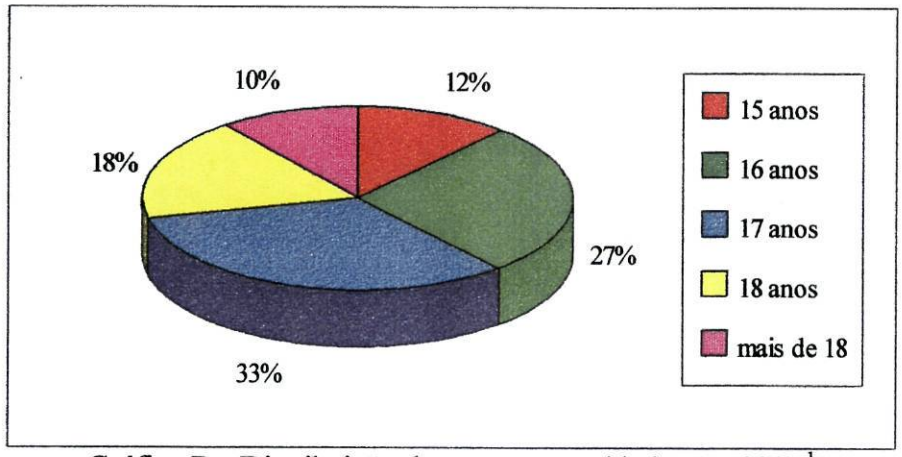


Gráfico B - Distribuição da amostra por idades **(n=823)**.[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

A presente amostra era constituída por 200 alunos do 10º ano de escolaridade, 303 do 11º, e 321 do 12º ano, como se pode observar no gráfico C.

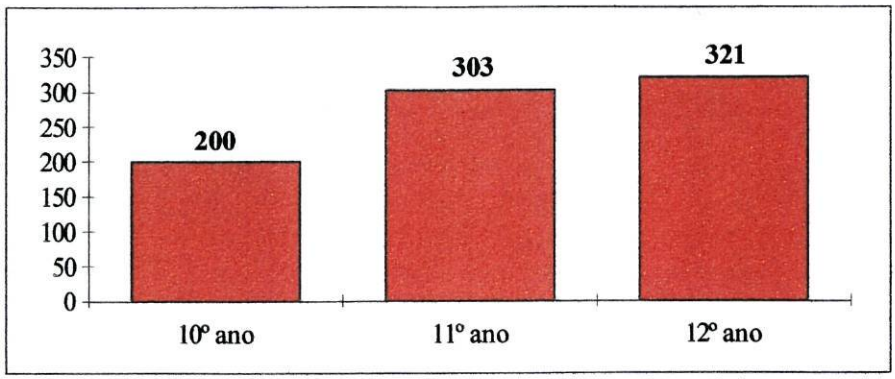


Gráfico C - Distribuição por anos de escolaridade dos sujeitos **(n=824)**.

A média de peso dos alunos foi de 60,59 Kg, com um desvio-padrão de 9,36 Kg. A altura média dos alunos foi de 1,69 m, com um desvio-padrão de 0,08 m. As alturas diferiram significativamente quanto ao género, sendo os rapazes mais altos ($p < 0,001$).

Cerca de 96 alunos não tinham irmãos, 459 tinham um irmão, 174 tinham 2 irmãos, 56 tinham 3 irmãos, e 39 tinham mais de 3 irmãos. Pode observar-se a distribuição por número de irmãos no gráfico D.

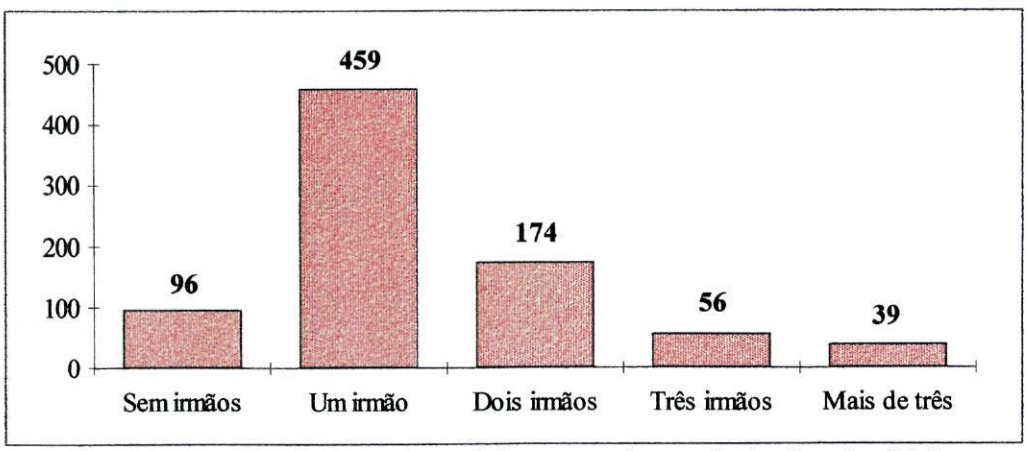


Gráfico D - Distribuição dos sujeitos por número de irmãos **(n=824)**.

De todos os jovens, 491 (59,6%) nunca reprovaram, enquanto 333 (40,4%) já sofreram pelo menos uma retenção académica. Pode observar-se a frequência de retenções da amostra na tabela seguinte.

Nº de reprovações	Frequência	Percentagem
0	491	59,7%
1	239	29,1%
2	71	8,6%
3	18	2,2%
4	3	0,4%
Total	822	100%

Tabela 1- Frequência de reprovações dos respondentes.[1]

Dos sujeitos que reprovaram, 77 foram retidos a primeira vez durante o 1º ciclo, 69 durante o 2º ciclo, e 187 sofreram retenção durante o 3º ciclo. Na amostra do estudo, os rapazes reprovaram significativamente mais que as raparigas ($p < 0,05$). Por outro lado, são também os rapazes quem falta com mais frequência às aulas ($p < 0,001$). Obviamente, foi encontrada uma forte associação entre 'Faltar às aulas' e 'Reprovar' para ambos os sexos ($p < 0,001$, para ambos os sexos).

Cerca de 623 sujeitos afirmaram ter quarto próprio, enquanto 199 afirmaram não o ter[1]. Quando se ajustou a variável 'Quarto' para o 'Número de irmãos', verificou-se que os sujeitos que não tinham quarto tinham significativamente mais irmãos do que os que tinham ($p< 0,001$). Na tabela

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

seguinte pode observar-se a frequência do número de pessoas que compõem o agregado familiar dos sujeitos.

Nº de pessoas	Frequência	Percentagem
1	17	2,1%
2	112	13,7%
3	307	37,4%
4	217	26,5%
5	99	12,1%
6 ou mais	68	8,2%
Total	820	100%

Tabela 2 - Distribuição do nº de pessoas que compõem o agregado familiar dos sujeitos.[1]

Relativamente à prática de uma religião, de todos os respondentes (n=785), 634 jovens (80,8%) admitiram praticar uma religião, enquanto 151 (19,2%) afirmaram não praticar qualquer religião. Não se encontraram diferenças na distribuição dos vários anos de escolaridade relativamente à prática religiosa (p=0,08).

Relativamente aos horários de deitar e levantar da amostra, observem-se as tabelas seguintes (Tabelas 3 e 4).

Hora de deitar	Frequência	Percentagem
20.00 / 22.30	252	31,0%
23.00 / 23.30	368	45,2%
00.00 / 02.00	185	22,7%
02.30 / 04.00	9	1,1%
Total	814	100%

Tabela 3 - Frequência de sujeitos por intervalo de horas de deitar.[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

Hora de levantar	Frequência	Percentagem
05.00 / 06.50	25	3,1%
07.00 / 07.50	535	65,8%
08.00 / 09.30	216	26,6%
10.00 / 14.00	37	4,5%
Total	813	100%

Tabela 4 - Frequência de sujeitos por intervalo de horas de levantar.[1]

Relativamente à qualidade do sono dos sujeitos, atente-se aos gráficos das próximas variáveis.

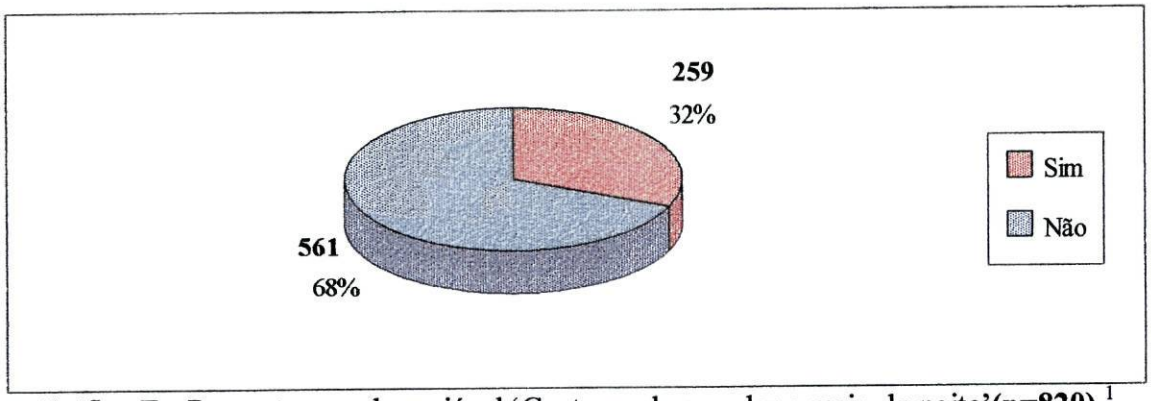


Gráfico E - Percentagens da variável 'Costume de acordar a meio da noite'**(n=820)**.[1]

Em relação à variável 'Costume de acordar a meio da noite', dos 820 respondentes, 259 admitiram fazê-lo, enquanto os restantes 561 referiram que tal não acontecia (Gráfico E).

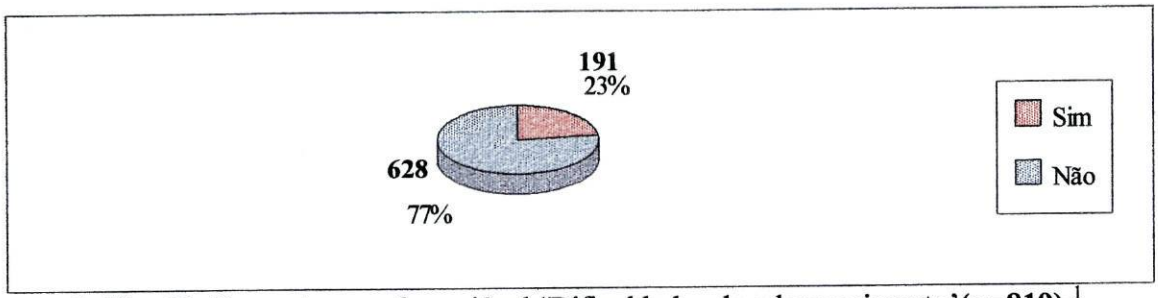


Gráfico F - Percentagens da variável 'Dificuldades de adormecimento'**(n=819)**.[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

Dos 819 respondentes, 191 referiram ter dificuldade em adormecer, enquanto 628 referiram não ter esse problema (Gráfico F).

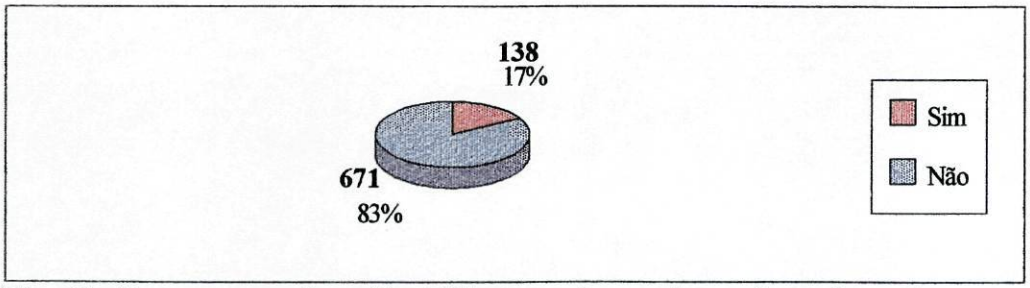


Gráfico G - Percentagens da variável 'Costume de acordar muito cedo e não conseguir retomar o sono'**(n=809)**.[1]

Em relação à variável 'Costume de acordar muito cedo e não conseguir retomar o sono', dos 809 respondentes, 138 afirmaram que isso lhes acontecia, enquanto 671 sujeitos afirmaram não ter este problema.

As idades dos pais dos sujeitos encontram-se sumariadas nos gráficos seguintes (Gráficos H e I).

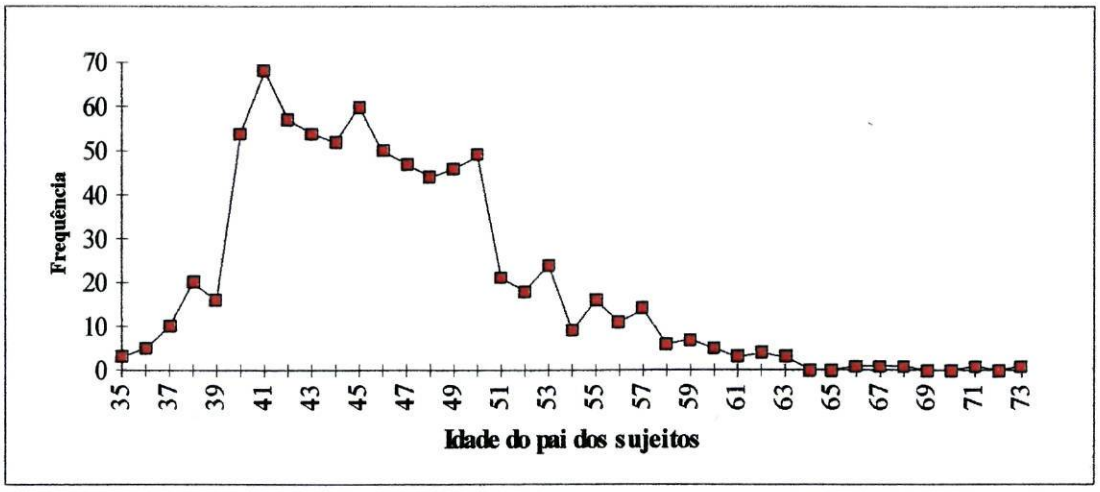


Gráfico H - Distribuição da frequência de idades dos pais dos sujeitos **(n=781)**.[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

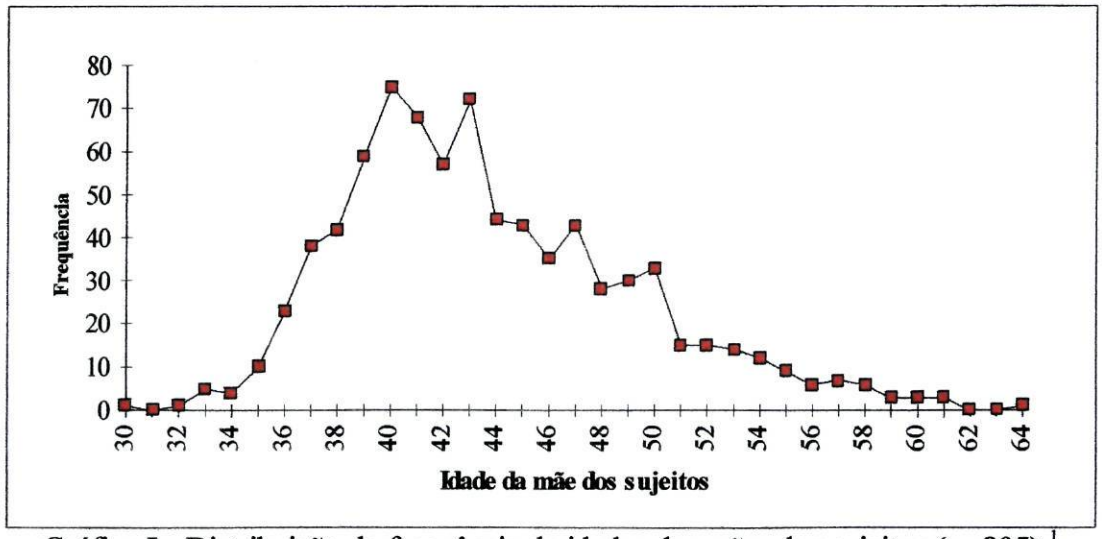


Gráfico I - Distribuição da frequência de idades das mães dos sujeitos **(n=805).**[1]

Assim, e apesar de alguma diferença do número de respondentes, a moda de idades do pai dos sujeitos situou-se nos 41 anos, enquanto que a moda de idades da mãe dos sujeitos se situou nos 40 anos.

Relativamente à escolaridade dos pais, observem-se os gráficos seguintes (Gráficos J e K).

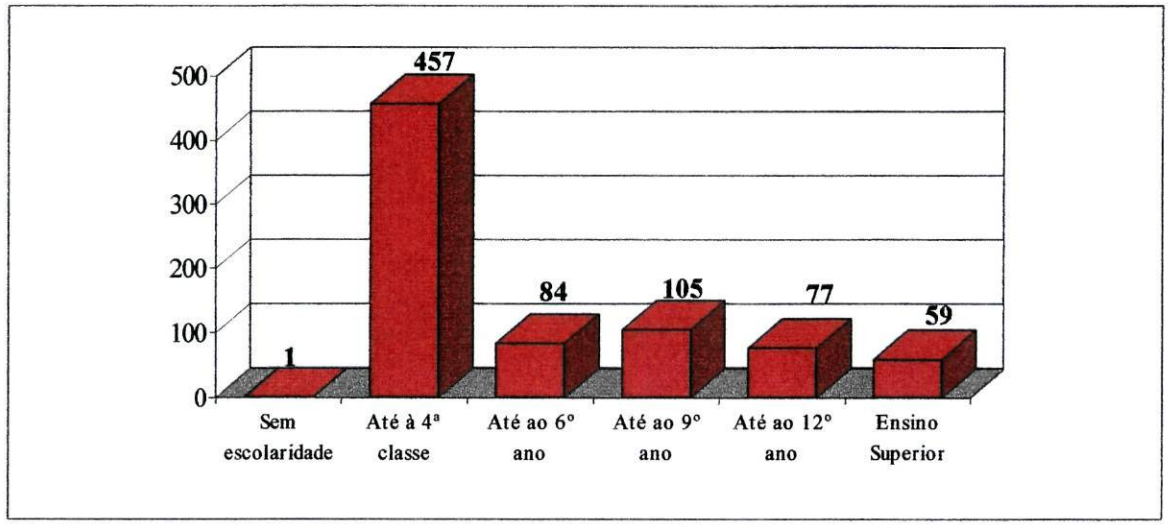


Gráfico J - Distribuição da frequência de escolaridade dos pais dos sujeitos **(n=783).**[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

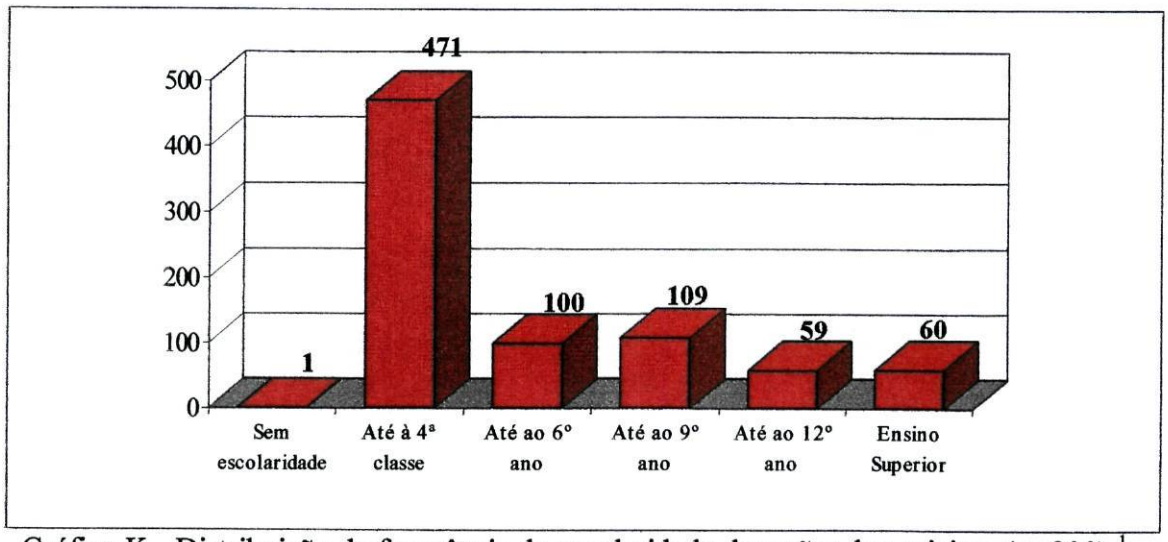


Gráfico K - Distribuição da frequência de escolaridade das mães dos sujeitos **(n=800)**.[1]

Relativamente à situação conjugal dos pais dos sujeitos, e dada a diversidade de respostas, os dados foram agrupados em duas categorias, nomeadamente, viver com os dois pais, ou não viver com os dois pais. Pode observar-se a caracterização da amostra no gráfico seguinte (Gráfico L).

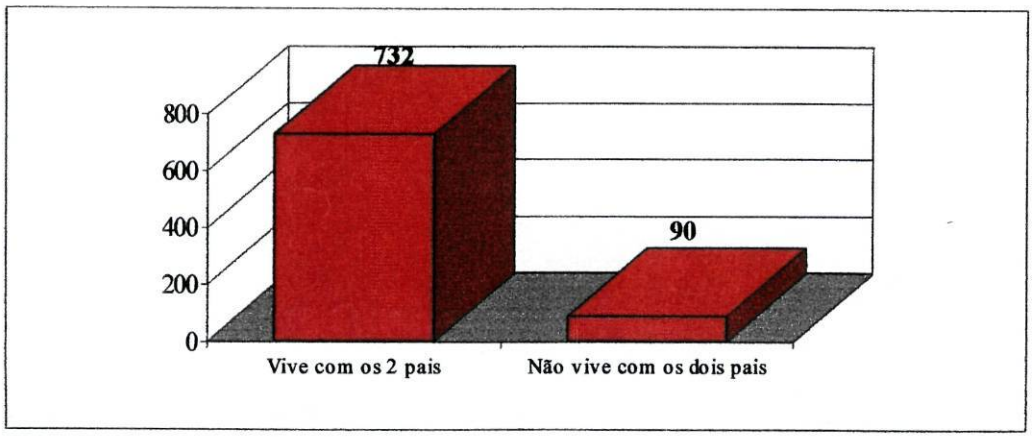


Gráfico L - Distribuição da frequência de suporte parental dos sujeitos **(n=822)**.[1]

Assim, enquanto 732 dos sujeitos vivem com ambos os progenitores, cerca de 90 sujeitos não vivem com os dois pais.

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

Relativamente às profissões dos pais, utilizou-se a classificação de profissões usada pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da U. P. (ver anexos), podendo analisar-se as suas distribuições nos gráficos seguintes (Gráficos M e N).

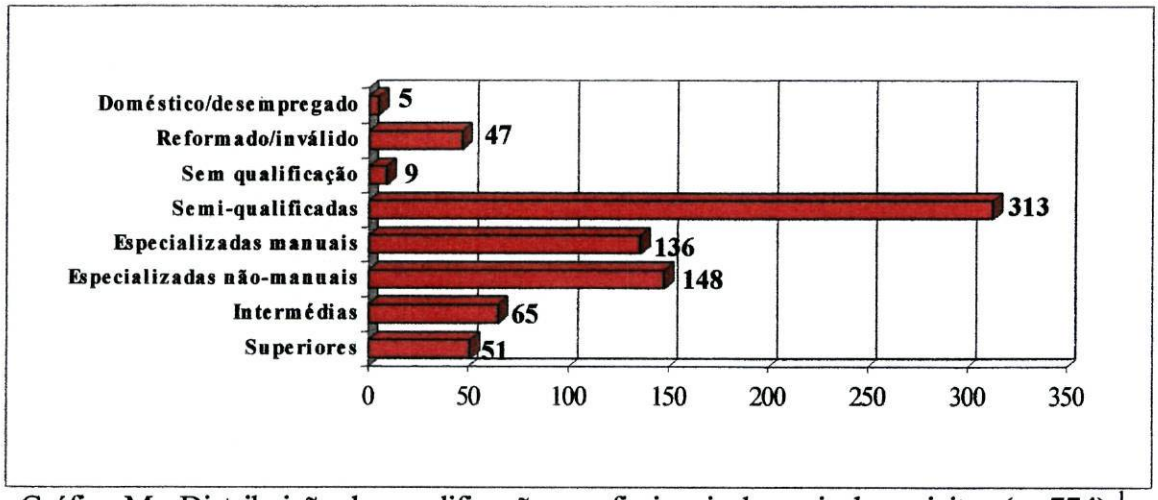


Gráfico M - Distribuição das qualificações profissionais dos pais dos sujeitos **(n=774).**[1]

Como se pode verificar pela observação do gráfico M, as qualificações profissionais dos pais dos sujeitos mais frequentes são as profissões semi--qualificadas.

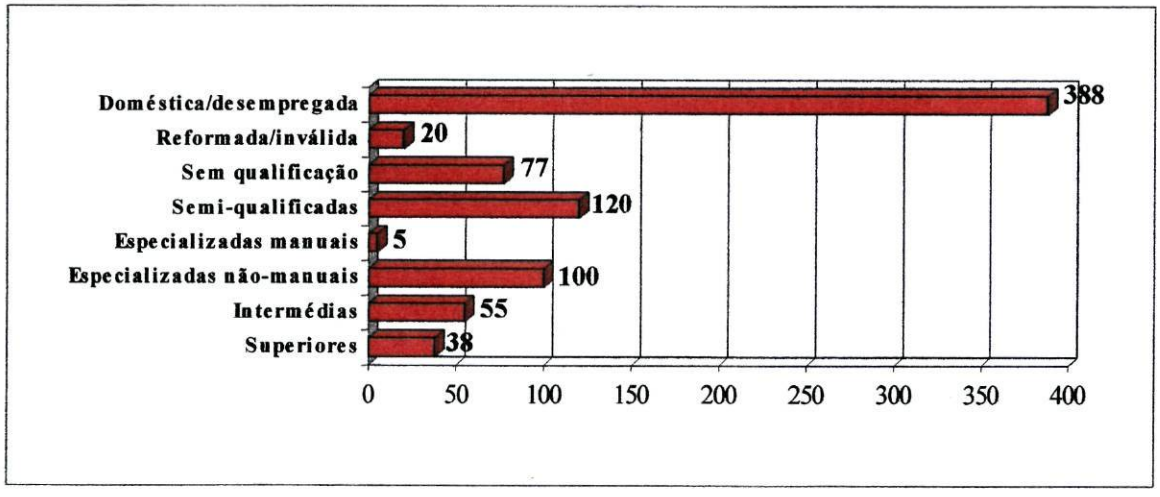


Gráfico N - Distribuição das qualificações profissionais das mães dos sujeitos **(n=803).**[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

Já no que se refere às mães dos sujeitos, verifica-se pela observação do gráfico N, que a maioria se encontra em casa, assumindo funções domésticas ou estando desempregada. De seguida, pode observar-se qual a situação laboral de ambos os pais dos sujeitos (Gráficos O e P).

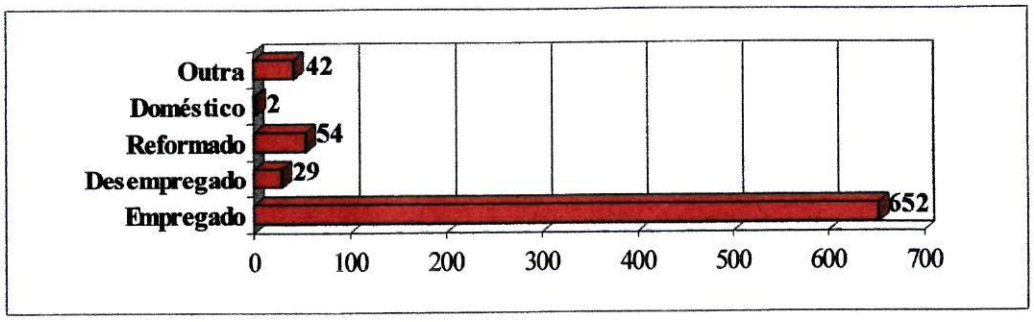


Gráfico O - Distribuição das situações laborais dos pais dos sujeitos **(n=779)**.[1]

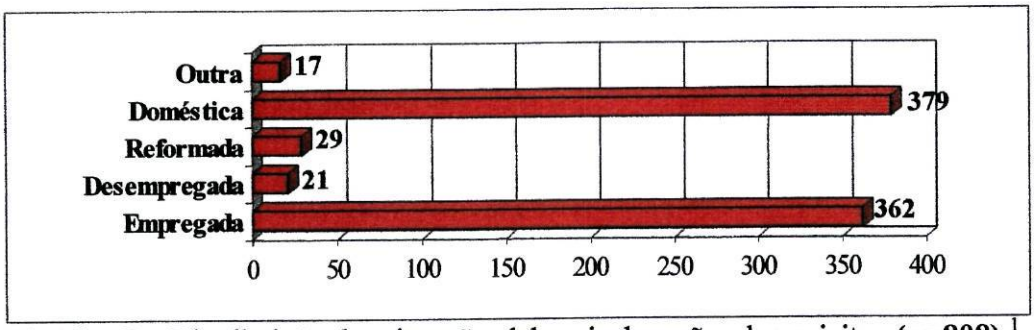


Gráfico P - Distribuição das situações laborais das mães dos sujeitos **(n=808)**.[1]

A partir da análise dos gráficos O e P pode verificar-se que, enquanto a grande maioria dos pais dos sujeitos se encontra empregada, as mães encontram-se maioritariamente divididas entre os seus empregos e a lida da casa.

A próxima tabela refere-se à percepção que os adolescentes têm dos estilos educativos dos seus pais (Tabela 5).

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

Estilo educativo	Pai Frequência/percentagem	Mãe Frequência/percentagem
Demasiado autoritário	**42** (5,4%)	**34** (4,2%)
Autoritário	**386** (49,9%)	**345** (42,9%)
Pouco autoritário	**291** (37,6%)	**352** (43,7%)
Nada autoritário	**54** (7%)	**74** (9,2%)
Total	**773**	**805**

Tabela 5 - Distribuição dos estilos educativos parentais.[1]

Como se pode verificar a partir da observação da tabela 5, os pais são vistos, em geral, como figuras mais autoritárias do que as mães.

Relativamente aos consumos tabágicos, atente-se aos gráficos seguintes (Gráficos Q a T).

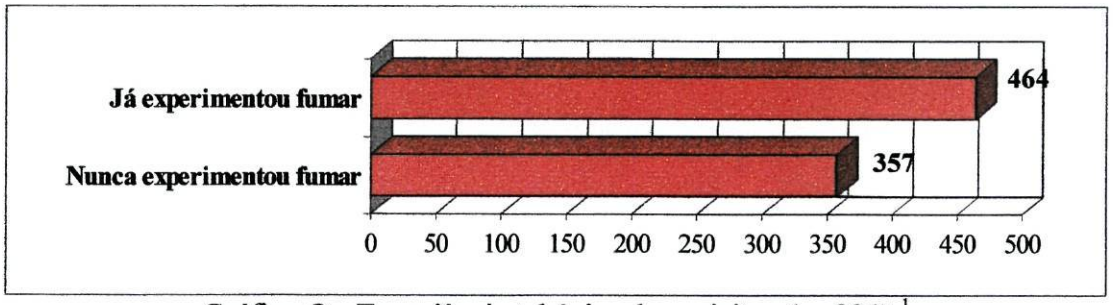


Gráfico Q - Experiência tabágica dos sujeitos **(n=821)**.[1]

Pela observação do gráfico Q verifica-se que 464 sujeitos (56,5%) já experimentaram fumar, enquanto que 357 (43,5%) nunca o fizeram. Dos sujeitos que admitem fumar, apresenta-se de seguida um gráfico elucidativo do número diário de cigarros que, em média, consomem por dia (Gráfico R).

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

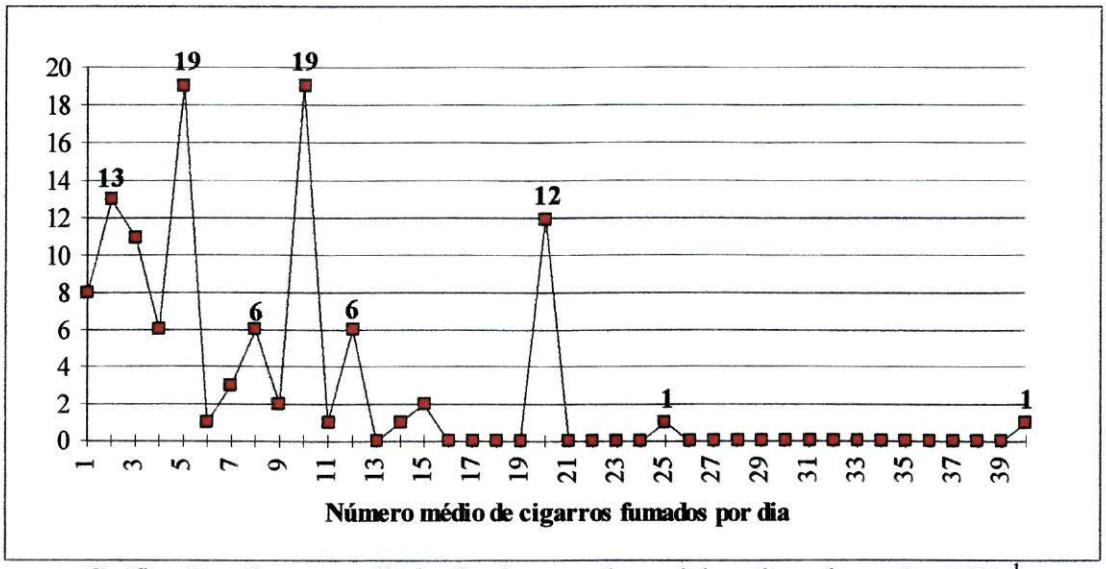


Gráfico R - Consumo diário de cigarros dos sujeitos fumadores **(n=112)**.[1]

Analisando-se o gráfico R, podem verificar-se dois grandes picos de consumo, 5 e 10 cigarros por dia. Por outro lado, muitos sujeitos *afirmam* consumir apenas 1, 2, 3, ou 4 cigarros por dia, o que poderá ser um efeito de *desejabilidade social*. Acrescente-se que dos 270 sujeitos que admitiram fumar, cerca de 158 não assinalaram quantos cigarros consomem, em média, diariamente; daí se explica o reduzido valor de sujeitos conhecidos para esta variável (n=112). Analisem-se agora os gráficos relativos ao padrão de consumo e sua variação no último mês e durante a semana (Gráficos S e T).

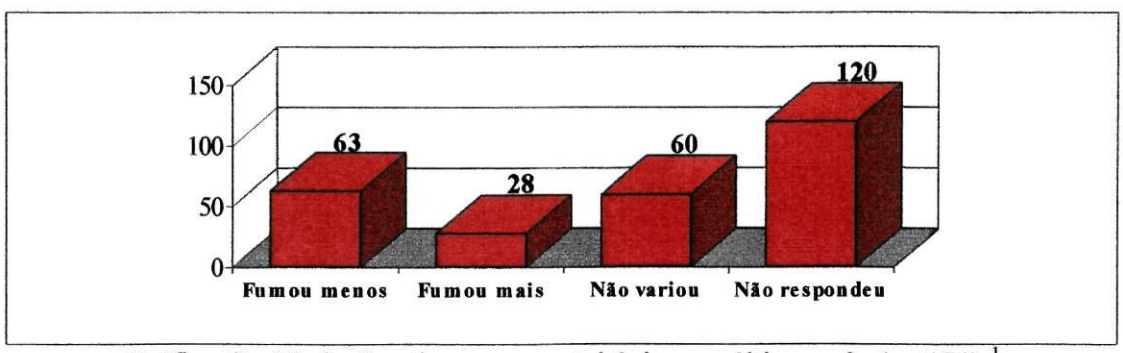


Gráfico S - Variações do consumo tabágico no último mês **(n=151)**.[1]

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

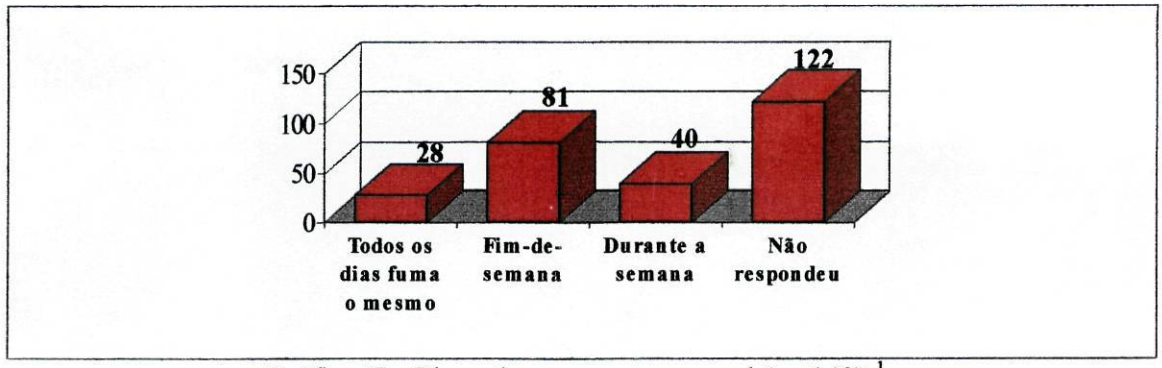


Gráfico T - Picos de consumo semanal **(n=149)**.[1]

Pela observação dos dois gráficos anteriores pode extrair-se a ideia de que é ao fim-de-semana que os jovens tendem a fumar mais, facto que, provavelmente, acompanha as saídas nocturnas e outros consumos e que é condicionado pelos momentos de maior sobrecarga de estudo. Analisem-se agora os gráficos respeitantes ao consumo de álcool (Gráficos U e V).

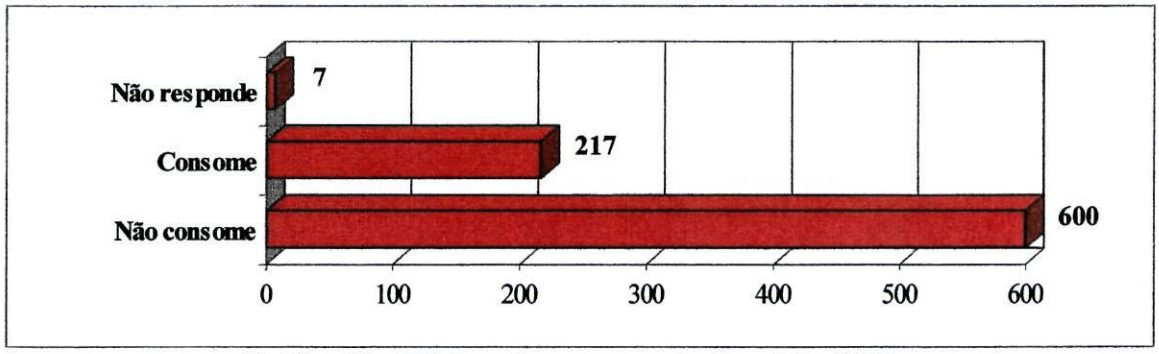


Gráfico U - Hábitos de consumo de álcool **(n=817)**.

Cerca de 600 sujeitos (72,8%) não têm hábitos de consumo de álcool, 7 sujeitos não respondem (0,8%), enquanto 217 (26,3%) afirmam consumir álcool (Gráfico U). Destes últimos, veja-se agora com que frequência consomem álcool no próximo gráfico. Note-se que, dos jovens que afirmam beber, 21 não caracterizaram o consumo (9,7 % do grupo de consumidores).

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

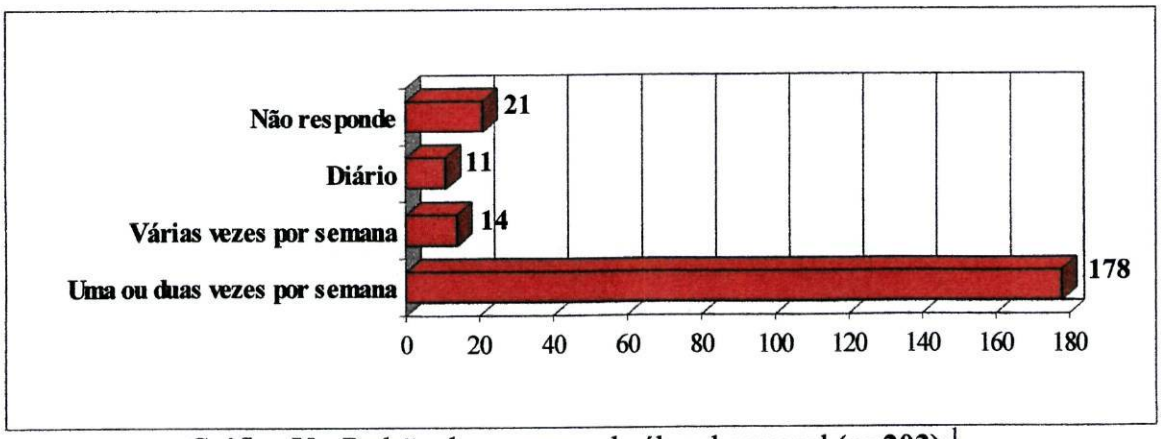


Gráfico V - Padrão de consumo de álcool semanal **(n=203)**.[1]

Pode observar-se no Gráfico V que o padrão de consumo de álcool da maioria dos jovens consumidores tende a ser esporádico durante a semana. No entanto, além do número de não-respostas, não deverá ser esquecido um possível viés dum efeito de *desejabilidade social.*

[1] Se o número total amostral não corresponder ao total de sujeitos avaliados, deverá considerar-se falta de informação nas respectivas variáveis analisadas.

2. Instrumentos de medida

2.1 Questionário de informação sócio-demográfica

Utilizou-se um questionário para a recolha de informações relativas às variáveis pessoais e sócio-demográficas (ver Anexos). Trata-se de um conjunto de perguntas "fechadas", de fácil resposta e curto tempo de administração, as quais permitem uma melhor caracterização da amostra a estudar.

2.2 Inventário de Depressão de Beck II

Uma recente revisão efectuada por Chris Piotrowski (1996) indica que o Inventário de Depressão de Beck (BDI) original (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) e revisto (BDI-R; Beck & Steer, 1987; Beck, Steer & Garbin, 1988) é um dos testes mais frequentemente utilizados na prática clínica, situando-se seguramente entre os doze testes psicológicos mais utilizados.

O BDI foi obtido a partir da observação clínica das atitudes e sintomas de doentes psiquiátricos com depressão e tem como objectivo a avaliação das manifestações comportamentais da depressão. Trata-se de uma escala de auto-avaliação que consiste em 21 categorias de sintomas e atitudes, cada categoria é composta por uma série de 4 a 6 afirmações a partir das quais se pede ao sujeito que escolha a que melhor descreve a forma como ele se sente. A pontuação de cada item varia de 0 a 3, representando o "3" a maior intensidade de presença de sintomatologia depressiva.

O BDI tem sido uma medida valiosa e fiável na triagem de sintomatologia depressiva em amostras clínicas e não-clínicas de adolescentes.

O seu vasto uso em populações adolescentes (*e. g.* Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi & Rahdert, 1994; Lester & Akande, 1995; Damji *et al.*, 1996) e o facto de estar extensamente testado relativamente às suas propriedades psicométricas (Strober, Green & Carlson, 1981; Ambrosini, Metz, Bianchi, Rabinovich & Undie, 1991) parece abonar à adequabilidade da sua utilização na avaliação da sintomatologia depressiva em adolescentes, nomeadamente em Portugal (Martins, Coelho & Barros, 1997; Coelho, Braga-Oliveira, Martins, Prata & Barros, 1999).

O BDI-R mereceu algumas críticas metodológicas de Moran & Lambert (1983) quando o compararam com os critérios de diagnóstico da DSM-III para as perturbações afectivas (American Psychiatric Association, 1980) : o inventário só contemplava 6 dos 9 critérios; não fornecia informações sobre possíveis perturbações no apetite e no sono; não incluía qualquer item que avaliasse a agitação e a actividade psicomotora.

Com o advento das DSM-III-R e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987, 1994), Beck e os seus colaboradores decidiram modificar o BDI-R em consonância com os novos critérios da DSM-III-R e da DSM-IV, surgiu então o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) como uma versão actualizada do BDI-R (Beck, Steer & Brown, 1996).

Os items relativos à DSM-IV que não estavam incluidos no BDI-R são os seguintes: *Agitação, dificuldades de concentração,* e *sentimentos de inutilidade.* Os seguintes items do BDI-R: *perda de peso, alteração na imagem corporal, preocupações somáticas* foram substituídos no BDI-II pelos items de *dificuldades de concentração, sentimentos de inutilidade,* e *perda de energia.* O item de *retraímento social* do BDI-R que avaliava apenas relacionamentos interpessoais, enfatiza no BDI-II quer pessoas, quer actividades, passando então a designar-se como *perda de interesse.*

Houve igualmente alterações nas instrucções do inventário. Assim, enquanto o BDI-R pedia aos respondentes para se reportarem "*à última semana, incluindo hoje*", o BDI-II solicita "*às duas últimas semanas, incluindo hoje*". No geral, a estrutura e a cotacção do instrumento mantêem-se, com a ressalva para a introdução das opções de acréscimos no sono e no apetite. De acordo com a proposta de Beck *et al.* (1996), as pontuações globais de 0 a 13 representam sintomatologia depressiva "mínima", as de 14 a 19 representam sintomatologia "ligeira", as pontuações globais de 20 a 28 deverão ser indicadoras de sintomatologia "moderada", e, por último, as pontuações globais de 29 a 63 deverão ser consideradas como reveladoras de sintomatologia depressiva "grave".

No manual de utilização, Beck *et al.*(1996) fornecem igualmente dados que sugerem o BDI-II possuir fiabilidade e validade para a utilização clínica (grau de confiança teste-reteste elevado, com $r = 0,93$; $p < 0,001$). Relativamente à validade convergente e discriminante, o BDI-II está mais fortemente

correlacionado com a Escala de Hamilton para a Depressão (r = 0,71) do que com a Escala de Hamilton para a Ansiedade (r = 0,47). Num estudo recente conduzido por Robert Steer (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1997) é examinada igualmente a validade de constructo do BDI-II. Este foi administrado conjuntamente com o SCL-90-R de Derogatis (Derogatis, 1976; Derogatis, 1977; Derogatis, 1983) a 210 doentes psiquiátricos em ambulatório. O BDI-II estava mais correlacionado com a sub-escala de depressão do SCL-90-R (r = 0,89) do que com a sub-escala de ansiedade (r = 0,71), como seria de esperar.

Um estudo recente introduziu uma crítica importante e que merece ser investigada em relação ao BDI. Segundo Beebe, Finer & Holmbeck (1996) o BDI é um instrumento que tende a ter baixa especificidade nos extremos das pontuações. Os mesmos autores verificaram que os respondentes ao BDI que tinham pontuações entre 0 e 1 evidenciavam um acréscimo significativo de respostas de fingimento no perfil *fakegood* (conjunto de itens de controlo da veracidade de resposta) do Inventário da Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI) em relação aos respondentes que se situaram na faixa de pontuação entre 2 e 9. Tal poderá sugerir uma negação de sintomas ou um eventual erro metodológico. No entanto, parece levantar a necessidade de precauções rigorosas no extrapolar de conclusões a partir dos resultados do BDI. Beebe *et al.* (1996) sugerem que a melhor forma de ultrapassar o problema em investigação será complementar a administração do inventário com uma entrevista clínica. Tal sugestão parece-nos importante dada a necessidade de avaliar a congruência das

respostas ao BDI-II, daí que a incluímos como objectivo metodológico na presente investigação.

Infelizmente, parece ainda não existirem estudos conduzidos com o BDI-II em adolescentes. Como tal, esse foi o primordial objectivo da presente investigação: *avaliar a sintomatologia depressiva numa população não-clínica de adolescentes portugueses através do BDI-II.*

3. Procedimentos

Inicialmente, procurou-se obter o consentimento de Aaron Beck para a utilização do seu mais recente inventário. Para tal, contactou-se o autor, que nos forneceu um posterior contacto do representante da *Psychological Corporation* em Portugal. Paralelamente, obteve-se o consentimento da Direcção Regional de Educação do Norte para a prossecução do estudo nas escolas da área de Viana do Castelo, bem como a aprovação do estudo pelos Conselhos Directivos das mesmas.

Procedeu-se de seguida à retro-tradução do BDI-II, tendo esta sido efectuada por dois professores de um Instituto de Inglês, de nacionalidades, respectivamente, portuguesa e inglesa.

Os estudantes responderam (ou não) aos instrumentos por vontade expressa entre os colegas.

Procedeu-se à administração conjunta do questionário sócio-demográfico e do BDI-II através da colaboração dos directores de turma das diferentes turmas

de cada escola. A recolha dos instrumentos foi efectuada pelos próprios directores de turma que, posteriormente, nos contactavam .

Os instrumentos foram recolhidos e pontuados. Constituiu-se depois uma sub-amostra de 83 adolescentes, que foram posteriormente submetidos a uma entrevista clínica, regida pelos critérios de diagnóstico da DSM-IV (APA, 1994) no sentido de avaliar o poder de sensibilidade e especificidade do BDI-II.

4. Instrumentos de análise dos resultados

A análise foi conduzida para as pontuações no inventário de depressão, tendo-se realizado análise discriminante dos resultados das mesmas, separando por sexo, quando tal se justificava.

Em cada análise discriminante, além do significado conjunto, avaliado por um F de *Snedecor*, avaliou-se igualmente a contribuição de cada variável através do valor do respectivo coeficiente.

Aproveitaram-se como resultados parciais as médias aritméticas e os desvios-padrões de cada variável, correspondentes a cada um dos sexos. As variáveis foram comparadas mediante o teste de diferenças de médias obtido pelo t de *Student*, sendo as frequências de ambos os sexos comparadas através do qui--quadrado com a correcção de *Yates*.

Para o teste das hipóteses acima descritas, efectuou-se ainda análise de variância, tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II, para células com frequências diferentes.

Procedeu-se igualmente à determinação de coeficientes de correlação entre as respostas a cada item e o valor de pontuação total no BDI-II (correlações item--total). De igual forma, utilizaram-se inter-correlações entre os itens para averiguar, comparativamente aos resultados obtidos por Beck *et al.*(1996), quais os items que mais consistentemente se associavam no sentido de resposta ao BDI-II.

O nível de significância estatística foi considerado ser $p<0,05$, sendo todas as provas bilaterais.

Todo o procedimento de análise estatística foi conduzido nos programas estatísticos "EPI-VI (World Health Organization)" e "SPSS-Statistical Package for the Social Sciences".

3. Resultados

Os resultados que se seguem constituem uma tentativa de resposta aos objectivos acima descritos.

3.1 Prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II

A média (M) de pontuações totais no BDI-II da presente amostra foi de 10,31, com um desvio-padrão (DP) de 8,43. O coeficiente alfa da escala foi de 0,89, revelando uma boa fiabilidade para a sua utilização.

3.2 Resultados relativos às hipóteses estimadas

3.2-a) Variáveis "género" e "idade"

As raparigas obtiveram pontuações totais significativamente superiores às dos rapazes ($p<0,001$), como se depreende da análise da Tabela 6, pelo que todos os resultados tiveram de ser sistematicamente ajustados para o factor sexo.

Tabela 6 - Pontuações totais do BDI-II para a variável género.

Sexo	*Média*	*Desvio-Padrão*	*p*
Masculino	8,45	7,39	< 0,001
Feminino	11,48	8,83	

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

As pontuações totais do BDI-II por classes etárias podem ser observadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Pontuações totais do BDI-II por classes etárias.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*15-16 anos*	*17-18 anos*	*+ de 18 anos*	*p*
Sexo Masculino	8,36±7,23	8,31±7,54	9,48±7,47	0,48
Sexo Feminino	10,95±8,58	11,99±9,09	10,71±8,34	0,40

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Pela observação da Tabela 7, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição da depressão pelas várias idades em ambos os sexos.

3.2-b) Variáveis de "insucesso escolar"

A Tabela 8 apresenta os resultados relativos ao número de reprovações dos sujeitos.

Tabela 8 - Pontuações totais do BDI-II por reprovações.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Nunca reprovou*	*Reprovou uma vez*	*Reprovou mais de uma vez*	*p*
Sexo Masculino	7,75±6,78	9,21±8,35	9,63±7,38	0,198
Sexo Feminino	10,90±8,53	12,81±8,75	11,34±10,72	0,058

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Uma vez mais não se verificaram diferenças estatísticamente significativas, apesar de os jovens que já reprovaram evidenciarem mais sintomatologia depressiva.

Analise-se agora a Tabela 9, que apresenta os resultados relativos ao hábito de faltar às aulas.

Tabela 9 - Pontuações totais do BDI-II para o hábito de faltar às aulas.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Não falta*	*Falta*	*p*
Sexo Masculino	8,05±7,18	9,63±8,07	0,091
Sexo Feminino	10,76±8,38	15,31±10,23	< 0,001

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Apesar dos jovens que faltam às aulas apresentarem mais sintomatologia depressiva, esta parece estar consistentemente associada às raparigas ($p<0,001$).

3.2-c) Variáveis de "suporte familiar"

A Tabela 10 apresenta os resultados relativos à existência de irmãos.

Tabela 10 - Pontuações totais do BDI-II para a existência de irmãos.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Não têm*	*Têm*	*p*
Sexo Masculino	10,97±9,10	8,18±7,10	0,047
Sexo Feminino	8,31±7,64	11,90±8,90	0,002

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Pela análise da Tabela 10 pode verificar-se que enquanto o facto de ter irmãos constitui um elemento protector quanto à presença de sintomatologia depressiva para os rapazes ($p<0,05$), esse efeito reverte-se para as raparigas ($p<0,05$).

A Tabela 11 apresenta os resultados relativos à variável "viver ou não com os dois pais".

Tabela 11 - Pontuações totais do BDI-II para a variável "viver ou não com os dois pais".

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Não vivem*	*Vivem*	*p*
Sexo Masculino	11,03±8,53	8,15±7,20	0,015
Sexo Feminino	14,44±9,81	11,14±8,67	0,019

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Pela análise da Tabela 11 verifica-se que, quer para os rapazes quer para as raparigas, viver com os dois pais é um factor protector quanto à possível presença de sintomatologia depressiva ($p<0,05$).

A Tabela 12 apresenta os resultados referentes à percepção que os jovens têm dos estilos educativos dos seus pais.

Tabela 12 - Pontuações totais do BDI-II por estilos educativos parentais.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Pai muito autoritário*	*Pai autoritário*	*Pai pouco autoritário*	*Pai nada autoritário*	*p*
Sexo Masculino	10,24±8,71	8,40±7,41	7,90±6,64	8,58±7,28	0,676
Sexo Feminino	13,10±9,34	11,56±9,31	11,03±8,32	11,91±7,60	0,776
Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Mãe muito autoritária*	*Mãe autoritária*	*Mãe pouco autoritária*	*Mãe nada autoritária*	*p*
Sexo Masculino	11,42±6,71	8,58±7,46	7,71±6,72	8,79±7,14	0,217
Sexo Feminino	13,76±8,51	11,03±9,17	10,88±8,25	15,77±9,61	0,005

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Pela observação da Tabela 9, verifica-se que os jovens que percepcionam ambos os pais como "muito autoritários" ou "nada autoritários" apresentam mais sintomatologia depressiva. No entanto, só para a figura parental feminina e apenas para o sexo feminino é que esta associação adquire significância estatística ($p<0,05$).

3.2-d) Variáveis de "qualidade do sono"

A Tabela 13 apresenta os resultados para as variáveis de qualidade do sono.

Tabela 13 - Pontuações totais do BDI-II para as variáveis de qualidade do sono.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Interrompem sono e têm dificuldade em voltar a dormir*	*Não interrompem sono nem têm dificuldade em voltar a dormir*	*p*
Sexo Masculino	11,63±9,06	7,47±6,50	< 0,001
Sexo Feminino	14,26±9,92	10,00±7,94	< 0,001
Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Têm dificuldade de adormecimento inicial*	*Não têm dificuldade de adormecimento inicial*	*p*
Sexo Masculino	13,20±9,22	7,42±6,47	< 0,001
Sexo Feminino	14,83±9,81	10,37±8,22	< 0,001
Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Acordam cedo demais e não conseguem voltar a adormecer*	*Não acordam cedo demais*	*p*
Sexo Masculino	11,54±9,09	7,84±6,86	0,0025
Sexo Feminino	13,81±10,22	10,98±8,43	0,0245

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

Como se pode verificar na Tabela 13, a sintomatologia depressiva está fortemente associada com as alterações do sono, para ambos os sexos ($p<0,001$ para as duas primeiras variáveis; $p<0,05$ para a terceira).

3.2-e) Variável "consumos de álcool e tabaco"

Observe-se agora a Tabela 14 que expõe os resultados relativos aos consumos de álcool e tabaco.

Tabela 14 - Pontuações totais do BDI-II para os consumos de álcool e tabaco.

Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Não bebem*	*Bebem*	*p*
Sexo Masculino	8,09±7,29	9,04±7,50	0,2416
Sexo Feminino	10,99±8,64	13,93±9,49	0,0079
Depressão (BDI-II) Média ±Desvio-Padrão	*Não fumam*	*Fumam*	*p*
Sexo Masculino	7,89±7,03	9,34±7,77	0,1558
Sexo Feminino	10,87±8,70	15,90±10,96	0,0042

***BDI-II**: Inventário de Depressão de Beck-II*

A Tabela 11 evidencia uma forte associação entre os consumos de álcool e tabaco e a sintomatologia depressiva expressa apenas para as raparigas ($p<0,05$).

3.3 Resultados relativos às análises de fiabilidade e validade da versão portuguesa do BDI-II

As entrevistas de diagnóstico (N=83) foram realizadas contemplando uma grande amplitude de valores de pontuação total no BDI-II. Resultantes destas, constituiram-se de seguida os agrupamentos de estado sintomático que o Quadro 2 regista.

Quadro 2 – Estado sintomático final dos 83 entrevistados

Diagnóstico (DSM-IV)	*N*	%
Não preenchem critérios de sintomatologia depressiva	**43**	**51,81**
Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo	**12**	**14,46**
Episódio Depressivo Major, em remissão	**5**	**6,02**
Episódio Depressivo Major, decorrente	**5**	**6,02**
Perturbação Depressiva Major, com Características Atípicas	**4**	**4,82**
Perturbação Depressiva Major, com Características Melancólicas	**6**	**7,23**
Perturbação Distímica	**8**	**9,64**

3.3.1 Resultados relativos à validação do Inventário

Procedeu-se ao cálculo da curva ROC[2] para a escala. A curva ROC é um gráfico construído a partir dos valores de sensibilidade (taxa de verdadeiros positivos) por taxa de falsos positivos (1-especificidade) para os diversos pontos de corte de um teste (Brown, R. & Beck, J., 1994). Para a área da curva obtiveram-se os valores expostos no Quadro 3.

Quadro 3 - Área sob a Curva ROC

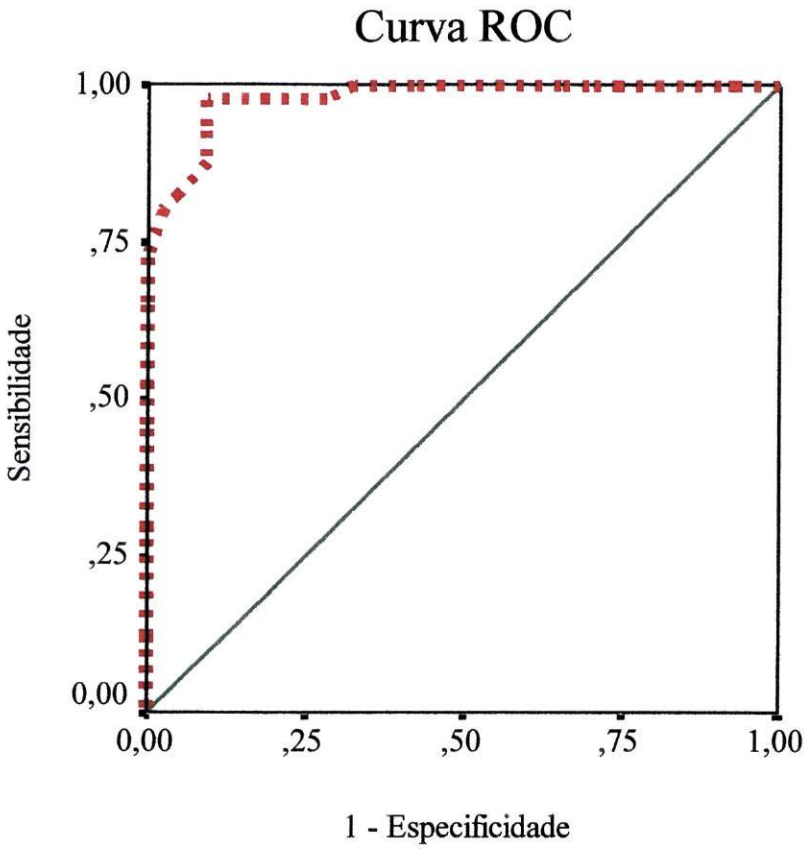
Área	DP	Sig.	Intervalo de Confiança de 95%	
			Limite inferior	Limite superior
,978	,012	,000	,954	1,002

Sig : Significância estatística do intervalo de confiança.

[2] *Receiver-Operator Characteristic (ROC) Curve*

Pela análise do Quadro 3, pode verificar-se que a área da curva de ROC é estatísticamente significativa, com um $p < 0{,}001$. Observe-se, de seguida, a respectiva curva.

Gráfico X – Representação da distribuição dos valores de Sensibilidade e 1-Especificidade



Pela observação da curva, verifica-se que os valores de sensibilidade aumentam até determinado momento, em que, a partir daí, começa a aumentar o valor da relação de 1 – especificidade (taxa de falsos positivos). Esse será o ponto de corte a considerar para a escala da presente versão do BDI-II. O Quadro 4, que apresenta os valores de sensibilidade e as taxas de falsos positivos para cada ponto de corte considerado, ajudará ao esclarecimento correcto do seu preciso valor. O ponto de corte ideal será aquele que apresente uma elevada sensibilidade, a par de uma reduzida taxa de falsos positivos.

Quadro 4 - Coordenadas da Curva ROC[a]

Variável de resultado do teste: pontuação total do BDI-II		
Positivo se	**Sensibilidade**	**1 - Especificidade**
-1,00	1,000	1,000
,50	1,000	,930
1,50	1,000	,907
2,50	1,000	,814
3,50	1,000	,744
4,50	1,000	,698
5,50	1,000	,651
6,50	1,000	,558
7,50	1,000	,465
8,50	1,000	,419
9,50	1,000	,326
10,50	,975	,279
11,50	,975	,186
13,00	**,975**	**,093**
14,50	,925	,093
15,50	,875	,093
16,50	,825	,047
17,50	,800	,023
18,50	,725	,000
19,50	,650	,000
20,50	,525	,000
22,00	,500	,000
23,50	,450	,000
24,50	,425	,000
26,00	,300	,000
27,50	,275	,000
28,50	,250	,000
30,50	,225	,000
32,50	,125	,000
34,00	,100	,000
35,50	,075	,000
36,50	,050	,000
38,00	,000	,000

a) O menor valor de ponto de corte é obtido a partir do mínimo valor observado para o teste menos 1, enquanto o maior valor de ponto de corte é obtido a partir do máximo valor observado para o teste mais 1. Todos os outros valores de pontos de corte são as médias de dois valores observados para o teste, ordenados consecutivamente.

Pela análise do Quadro 4 pode verificar-se que o ponto de corte em 13 será o que melhores condições reúne para o equilíbrio entre os valores de especificidade e a taxa de falsos positivos, conforme atrás referido.

3.3.2 Resultados relativos à fiabilidade do Inventário

3.3.2 a) Consistência interna – "*Reliability Analysis*"

O Quadro 5 apresenta as médias, os desvios padrões, as percentagens de sujeitos que referiram as opções sintomáticas 1, 2, ou 3, e as correlações corrigidas item-total, dos 21 items do BDI-II para os 775 sujeitos da amostra que preencheram totalmente o inventário.

Quadro 5 - Médias (M), Desvios Padrões (DP), Percentagens de escolhas sintomáticas (%), e Correlações corrigidas item-total (R_{tot}) dos 21 items do BDI-II da amostra.

Sintoma	*M*	*DP*	*%*	R_{tot}
Tristeza	0,50	0,65	43,6	0,66
Pessimismo	0,53	0,68	45,5	0,54
Fracassos Passados	0,48	0,68	38,6	0,56
Perda de Prazer	0,33	0,65	24,8	0,56
Sentimentos de Culpa	0,55	0,60	50,9	0,49
Sentimentos de Punição	0,47	0,84	30,9	0,57
Auto-Depreciação	0,39	0,79	23,3	0,63
Auto-Criticismo	0,73	0,96	44,0	0,55
Pensamentos ou Desejos Suicidas	0,23	0,59	17,1	0,56
Choro	0,55	0,98	29,4	0,59
Agitação	0,59	0,84	42,4	0,47
Perda de Interesse	0,35	0,67	26,5	0,56
Indecisão	0,52	0,72	40,2	0,56
Sentimentos de Inutilidade	0,29	0,64	20,3	0,64
Perda de Energia	0,54	0,72	41,4	0,62
Alterações no Padrão de Sono	0,73	0,74	58,3	0,40
Irritabilidade	0,41	0,65	33,7	0,56
Alterações no Apetite	0,68	0,82	50,5	0,50
Dificuldades de Concentração	0,82	0,82	59,6	0,59
Cansaço ou Fadiga	0,64	0,80	47,5	0,63
Perda de Interesse Sexual	0,11	0,45	6,7	0,39

Nota: Para o estudo das propriedades psicométricas do BDI-II apenas se consideraram os inventários que estavam completamente preenchidos; como tal o valor de *N* (número de sujeitos considerados) decaíu para 775.
% = Percentagem total de respostas sintomáticas, contemplando escolhas de 1, 2, ou 3 para cada item.
R_{tot} = Correlações corrigidas item-total.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala, para a presente amostra de estudo foi de 0,89, valor que sugere uma boa consistência interna para 775 sujeitos, quando comparado com o de 0,93 do original norte-americano, para uma amostra bem inferior à presente amostra (N=120).

Todas as correlações corrigidas item-total para os 21 itens do BDI-II evidenciaram ser significativas ($p < 0,05$, teste unicaudal), mesmo após a aplicação de um ajustamento de *Bonferroni* (alfa/21), utilizado para controlar a taxa de erros por familiaridade dos itens.

3.3.3 Resultados relativos à validade factorial do Inventário

As validades de conteúdo, de constructo, e discriminante foram pressupostas, dados os resultados do original americano. No entanto, e não sendo objectivo do presente estudo, pretendeu-se averiguar se a versão portuguesa do BDI-II apresentava validade factorial. Para tal, seguiram-se os procedimentos descritos por Beck *et al.* (1996). Segundo estes autores, a existência de intercorrelações entre todos os 21 itens do inventário fornece suporte empírico da validade factorial do mesmo.

Em conformidade com estes autores, procedeu-se ao cálculo da matriz de intercorrelações para os 21 itens da versão portuguesa. Todos os itens do inventário revelaram, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$), um consistente padrão de intercorrelações, sendo mesmo este comparável ao seu congénere norte-americano. Dados os constrangimentos de edição, as matrizes de intercorrelações dos itens, respectivamente, da versão portuguesa do BDI-II e da versão original norte-americana, serão apresentadas nas duas páginas seguintes.

Quadro 6 - Intercorrelações dos itens do BDI-II da amostra.

Sintoma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Tristeza	1,00																				
2. Pessimismo	0,36	1,00																			
3. Fracassos Passados	0,39	0,30	1,00																		
4. Perda de Prazer	0,42	0,35	0,34	1,00																	
5. Sentimentos de Culpa	0,26	0,18	0,30	0,22	1,00																
6. Sentimentos de Punição	0,40	0,23	0,30	0,30	0,23	1,00															
7. Auto-Depreciação	0,41	0,31	0,42	0,40	0,25	0,34	1,00														
8. Auto-Criticismo	0,28	0,25	0,36	0,26	0,27	0,27	0,48	1,00													
9. Pensamentos ou Desejos Suicidas	0,35	0,33	0,30	0,29	0,17	0,26	0,33	0,24	1,00												
10. Choro	0,39	0,24	0,31	0,29	0,30	0,28	0,32	0,32	0,27	1,00											
11. Agitação	0,20	0,16	0,17	0,17	0,17	0,16	0,18	0,15	0,23	0,22	1,00										
12. Perda de Interesse	0,35	0,30	0,24	0,40	0,19	0,27	0,30	0,21	0,30	0,31	0,12	1,00									
13. Indecisão	0,29	0,27	0,25	0,27	0,29	0,28	0,32	0,29	0,21	0,29	0,23	0,27	1,00								
14. Sentimentos de Inutilidade	0,39	0,34	0,40	0,42	0,32	0,32	0,47	0,31	0,34	0,35	0,18	0,36	0,39	1,00							
15. Perda de Energia	0,39	0,28	0,27	0,29	0,25	0,32	0,36	0,32	0,27	0,37	0,16	0,38	0,35	0,38	1,00						
16. Alterações no Padrão de Sono	0,21	0,16	0,12	0,10	0,21	0,20	0,14	0,13	0,13	0,18	0,26	0,14	0,16	0,19	0,24	1,00					
17. Irritabilidade	0,33	0,24	0,20	0,26	0,15	0,30	0,30	0,21	0,28	0,30	0,27	0,32	0,26	0,22	0,35	0,24	1,00				
18. Alterações no Apetite	0,26	0,17	0,20	0,19	0,17	0,23	0,21	0,19	0,22	0,24	0,23	0,29	0,21	0,27	0,30	0,28	0,26	1,00			
19. Dificuldades de Concentração	0,30	0,26	0,25	0,26	0,25	0,28	0,33	0,25	0,22	0,35	0,25	0,35	0,33	0,35	0,34	0,26	0,32	0,30	1,00		
20. Cansaço ou Fadiga	0,33	0,30	0,27	0,34	0,24	0,30	0,35	0,24	0,31	0,27	0,24	0,34	0,29	0,38	0,44	0,24	0,35	0,28	0,38	1,00	
21. Perda de Interesse Sexual	0,29	0,28	0,15	0,20	0,19	0,18	0,19	0,11	0,28	0,19	0,17	0,26	0,13	0,23	0,17	0,11	0,24	0,15	0,18	0,24	1,00

Nota: Para o estudo das propriedades psicométricas do BDI-II apenas se consideraram os inventários que estavam completamente preenchidos; como tal o valor de N (número de sujeitos considerados) decaíu para 775.

Quadro 7 - Intercorrelações dos itens do BDI-II da amostra de estudantes (N=120) referida por Beck *et al.*, (1996).

Sintoma	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*
1. Tristeza	1,00																				
2. Pessimismo	0,55	1,00																			
3. Fracassos Passados	0,44	0,49	1,00																		
4. Perda de Prazer	0,47	0,41	0,37	1,00																	
5. Sentimentos de Culpa	0,42	0,38	0,42	0,41	1,00																
6. Sentimentos de Punição	0,41	0,27	0,36	0,41	0,62	1,00															
7. Auto-Depreciação	0,51	0,49	0,45	0,49	0,58	0,61	1,00														
8. Auto-Criticismo	0,48	0,45	0,41	0,43	0,50	0,38	0,61	1,00													
9. Pensamentos ou Desejos Suicidas	0,40	0,32	0,48	0,34	0,20	0,28	0,38	0,32	1,00												
10. Choro	0,38	0,23	0,40	0,31	0,39	0,46	0,45	0,41	0,28	1,00											
11. Agitação	0,34	0,39	0,41	0,32	0,40	0,32	0,42	0,29	0,25	0,37	1,00										
12. Perda de Interesse	0,50	0,35	0,29	0,58	0,44	0,41	0,50	0,49	0,30	0,39	0,30	1,00									
13. Indecisão	0,44	0,39	0,43	0,54	0,47	0,42	0,54	0,47	0,35	0,50	0,45	0,43	1,00								
14. Sentimentos de Inutilidade	0,53	0,50	0,56	0,49	0,46	0,40	0,55	0,48	0,43	0,44	0,38	0,42	0,61	1,00							
15. Perda de Energia	0,37	0,45	0,45	0,54	0,41	0,41	0,53	0,42	0,25	0,31	0,40	0,54	0,48	0,38	1,00						
16. Alterações no Padrão de Sono	0,20	0,24	0,17	0,21	0,18	0,10	0,22	0,23	0,25	0,23	0,28	0,28	0,30	0,18	0,38	1,00					
17. Irritabilidade	0,46	0,38	0,41	0,53	0,51	0,52	0,61	0,54	0,26	0,46	0,52	0,54	0,60	0,51	0,56	0,24	1,00				
18. Alterações no Apetite	0,12	0,18	0,25	0,21	0,13	0,23	0,28	0,07	0,27	0,09	0,26	0,25	0,12	0,13	0,37	0,37	0,13	1,00			
19. Dificuldades de Concentração	0,43	0,56	0,53	0,56	0,47	0,36	0,53	0,37	0,31	0,38	0,43	0,54	0,55	0,54	0,62	0,33	0,45	0,34	1,00		
20. Cansaço ou Fadiga	0,33	0,39	0,35	0,43	0,37	0,38	0,51	0,28	0,24	0,36	0,41	0,47	0,50	0,36	0,71	0,30	0,56	0,28	0,55	1,00	
21. Perda de Interesse Sexual	0,18	0,06	0,21	0,26	0,14	0,29	0,06	0,05	0,18	0,11	0,29	0,29	0,25	0,19	0,16	0,07	0,36	0,12	0,12	0,22	1,00

Nota: A amostra estimada é de N = 120.

De seguida, procedeu-se à averiguação da adequabilidade amostral da matriz de intercorrelações. Para tal, calculou-se a medida de adequabilidade amostral de Kaiser, Meyer e Olkin (KMO), a qual permite julgar se uma análise factorial pode ser feita, bem como o Teste de Esfericidade de Bartlett, o qual informa sobre o grau de adequação dos dados à aplicação deste tipo de análise (Reis, 1997).

Tabela 15 – Medida de KMO e Teste de Bartlett

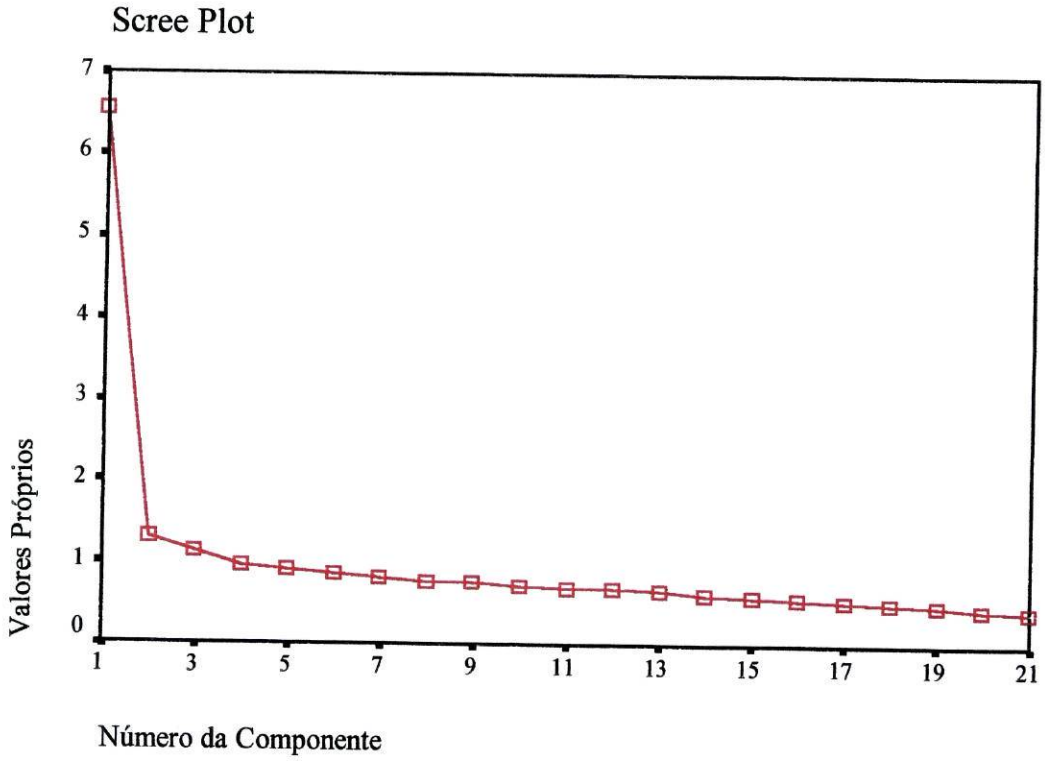
Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequabilidade amostral		**,936**
Teste de Esfericidade de Bartlett	*Qui-quadrado*	**4236,789**
	Graus de liberdade	**210**
	Significância	**,000**

Com base na análise da Tabela 15 pode verificar-se que a análise factorial tem suporte estatístico, e que os dados são adequados a este tipo de análise – o Teste de Esfericidade de Bartlett é estatisticamente significativo ($p<0,001$) e o valor da Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequabilidade amostral é de 0,936, valor esse considerado "excelente" por diversos autores actuais (Tenenhaus, 1994; Reis, 1997; Pereira, 1999), sendo mesmo superior ao valor de 0,91 obtido por Beck *et al.* (1996) para a amostra de 120 estudantes.

A extração dos factores submeteu-se ao critério de análise do *scree plot*[3] de variâncias explicadas pelos valores próprios de cada variável (Cattell,1966), tal como o procedimento de Beck *et al.* (1996), bem como ao critério de Kaiser (1958), que obriga à exclusão das componentes cujos valores próprios são inferiores a 1, quando a análise é realizada a partir duma matriz de correlações. Os primeiros cinco valores próprios das componentes principais da amostra foram 6,56, 1,32, 1,13, 0,96, 0,91. Atendendo aos

[3] O *scree plot* é uma representação gráfica dos pontos das variâncias respectivas a cada componente.

critérios anteriores, três componentes deverão ser retidas. Apresenta-se, de seguida o *scree plot* da presente amostra.



De seguida procedeu-se à rotação repetida das componentes segundo o método de rotação Promax, o método utilizado por Beck *et al.* (1996) para a rotação das mesmas. Os valores próprios para a matriz reduzida de correlações utilizada na análise repetida de componentes principais foram 5,30, 5,16, e 4,13. Na Tabela 16 podem consultar-se os valores de correlação entre as três componentes.

Tabela 16 – Matriz de Correlações entre as Componentes

Componente	1	2	3
1	*1,000*		
2	*,605*	*1,000*	
3	*,473*	*,496*	*1,000*

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais.
Método de Rotação: Promax com Normalização de Kaiser.

A matriz padrão dos coeficientes estandartizados de regressão que contribuem para cada um dos três factores que sofreram a rotação Promax é apresentada na Tabela 17. Os coeficientes salientes são aqueles ≥ 0,35, apresentados com destaque.

Tabela 17 – Coeficientes estandartizados de regressão da rotação repetida Promax de factores principais e comunalidades finais (h^2) da versão portuguesa do BDI-II para a amostra em estudo.

	Factor I	Factor II	Factor III	h^2
Sintomas				
Tristeza	,275	**,468**	3,979E-02	,480
Pessimismo	,110	**,629**	-,117	,420
Fracassos Passados	**,727**	8,508E-02	-,187	,502
Perda de Prazer	,290	**,540**	-,180	,452
Sentimentos de Culpa	**,595**	-,278	,261	,374
Sentimentos de Punição	,327	,190	,154	,319
Auto-Depreciação	**,702**	,130	-,113	,543
Auto-Criticismo	**,805**	-,187	-2,177E-02	,489
Pensamentos ou Desejos Suicídas	,131	**,549**	-8,877E-03	,400
Choro	**,420**	4,629E-02	,235	,362
Agitação	7,896E-02	-8,994E-02	**,594**	,350
Perda de Interesse	-7,761E-02	**,681**	8,386E-02	,463
Indecisão	**,491**	-7,741E-02	,262	,372
Sentimentos de Inutilidade	**,530**	,264	-3,263E-02	,496
Perda de Energia	,258	,196	,319	,408
Alterações no Padrão de Sono	-8,011E-02	-,166	**,795**	,491
Irritabilidade	-,171	**,396**	**,472**	,436
Alterações no Apetite	-3,640E-02	,113	**,565**	,373
Dificuldades de Concentração	,131	,130	**,483**	,411
Cansaço ou Fadiga	6,648E-02	,330	**,385**	,439
Perda de Interesse Sexual	-,309	**,787**	1,551E-02	,428

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais.
Método de Rotação: Promax com Normalização de Kaiser.
Nº de sujeitos = 775.

Os coeficientes estandartizados de regressão mais salientes do primeiro factor foram os dos itens 'Fracassos Passados', 'Sentimentos de Culpa', 'Auto-Depreciação', 'Auto-Criticismo', 'Choro', 'Indecisão' e 'Sentimentos de Inutilidade'. Estes poderão representar uma dimensão Cognitiva do auto-relato da depressão, estando o sintoma 'Choro' intimamente ligado a esta, provavelmente de uma forma consequencial.

Os coeficientes estandartizados de regressão mais salientes do segundo factor apresentaram-se nos itens 'Tristeza', 'Pessimismo', 'Perda de Prazer', 'Pensamentos ou

Desejos Suicídas', 'Perda de Interesse', 'Irritabilidade', e 'Perda de Interesse Sexual'. Estes últimos poderão representar uma segunda dimensão da sintomatologia depressiva auto-referida, nomeadamente, uma dimensão de Abatimento Afectivo.

Para o terceiro factor, os coeficientes estandartizados de regressão mais salientes foram os dos itens 'Agitação', 'Alterações no Padrão de Sono', 'Irritabilidade', 'Alterações no Apetite', 'Dificuldades de Concentração', e 'Cansaço ou Fadiga'. Estes sintomas são essencialmente somáticos, e, como tal, poderão reflectir uma terceira dimensão, Somática, da sintomatologia depressiva expressa por auto-relato. Refira-se, por último, que o item 'Irritabilidade' é saliente para o segundo e terceiro factores.

3.4 Resultados relativos às variáveis estudadas para o ponto de corte obtido

Na tentativa de melhor esclarecer a influência das variáveis acima estudadas procedeu-se a uma segunda análise, na qual se dividiu a presente amostra em duas sub--amostras, considerando-se o ponto de corte obtido.

Existiram novamente diferenças estatisticamente significativas quanto à variável 'Género'($p<0,001$), pelo que os resultados, uma vez mais, tiveram de ser controlados para a mesma, sendo apresentados separadamente por género. A análise comparou as diferenças de frequências de células, a partir do teste do Qui-quadrado com a correcção de *Yates*. Registaram-se os valores de p (medida de significância estatística) respeitantes a cada variável analisada por sub-grupos de hipotética sintomatologia[4], controlando-se a variável 'Género'.

Apresenta-se de seguida um resumo dos valores de p associados a cada variável estudada nos grupos 'Com sintomatologia depressiva' , por género.

[4] Considerou-se a sub-amostra de adolescentes com pontuações totais ≤ 13 na versão portuguesa do BDI--II como 'Sem sintomatologia depressiva'; a sub-amostra de adolescentes com pontuações > 13 foi considerada como 'Com sintomatologia depressiva'.

Tabela 18 – Valores de probabilidade (*p*) associados às variáveis estudadas nos adolescentes 'Com sintomatologia depressiva' por género.

Variáveis	Género	
	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Idade	*0,67 n.s.*	*0,93 n.s.*
Reprovações	$p<0,05$	$p<0,05$
Faltas às aulas	$p<0,05$	*0,35 n.s.*
Ter irmãos	$p<0,05$	*0,24 n.s.*
Viver com ambos os pais	$p<0,05$	*0,39 n.s.*
Estilo Educativo do Pai	*0,88 n.s.*	*0,98 n.s.*
Estilo Educativo da Mãe	$p<0,05$	*0,19 n.s.*
Acordar a meio da noite	$p<0,001$	$p<0,05$
Dificuldades de adormecimento	$p<0,001$	$p<0,001$
Acordar muito cedo	$p<0,05$	*0,15 n.s.*
Consumo de tabaco	$p<0,05$	*0,26 n.s.*
Consumo de álcool	$p<0,05$	$p<0,05$

***n.s.*= Sem significância estatística.**

A partir desta análise pôde chegar-se a um perfil de variáveis que estão associadas com a sintomatologia depressiva por género.

Assim, as jovens do grupo 'Com sintomatologia depressiva' não diferem na idade em relação às suas colegas 'Sem sintomatologia depressiva', mas têm um número significativamente maior de reprovações e de faltas às aulas, o que se traduzirá, provavelmente, num pior aproveitamento escolar. Por outro lado, a proporção de jovens com irmãos é significativamente superior no grupo 'Com sintomatologia depressiva', bem como a proporção de jovens que não vivem com ambos os pais. A avaliação do estilo educativo do pai não difere entre os grupos, o mesmo já não acontecendo com a avaliação do estilo educativo da mãe, obtendo este proporções significativamente maiores no grupo de raparigas 'Com sintomatologia depressiva' para os extremos 'Demasiado autoritária' e 'Nada autoritária'. A proporção de jovens do grupo 'Com

sintomatologia depressiva' que referem queixas nas três variáveis de qualidade do sono é também significativamente maior. A proporção de jovens fumadoras e consumidoras de álcool é igualmente maior, com significância estatística, no grupo 'Com sintomatologia depressiva'.

Relativamente aos rapazes, não se verificaram diferenças entre as proporções das classes etárias dos dois grupos. Ao nível do aproveitamento escolar, a proporção de jovens que já reprovaram é significativamente superior no grupo 'Com sintomatologia depressiva', mas já as proporções de jovens que afirmam faltar às aulas são semelhantes entre os grupos. A proporção de jovens com irmãos também não difere entre os grupos, bem como a proporção de jovens que não vivem com ambos os pais. A avaliação do estilo educativo do pai, tal como a avaliação do estilo educativo da mãe apresenta proporções semelhantes entre ambos os grupos. Relativamente às variáveis de qualidade do sono, os jovens do grupo 'Com sintomatologia depressiva' apresentam uma proporção de queixas de interrupção do sono e de dificuldades de adormecimento significativamente superior à dos seus colegas 'Sem sintomatologia depressiva', o mesmo não acontecendo para as queixas de 'Acordar muito cedo e não voltar a adormecer'. Ao nível dos consumos de álcool e tabaco, apenas o consumo de álcool está consistentemente associado aos jovens 'Com sintomatologia depressiva', grupo que apresenta uma proporção de consumidores significativamente superior.

4.1 Discussão da Metodologia

Uma das limitações do presente estudo, inerente ao meio escolar, foi a de não ter conseguido abranger toda a população adolescente das escolas que constituíram a base amostral, uma vez que existiu uma margem aproximada de 200 alunos que não responderam ao instrumento, quer por terem faltado no dia em que este foi administrado, quer por haverem já anulado a matrícula, ou ainda por se encontrarem matriculados em poucas disciplinas. Por outro lado, uma vez que a base amostral se constituiu com alunos dos 10º, 11º, e 12º anos de escolaridade, outros adolescentes - aqueles que estão no início da adolescência ou que devido às retenções de ano se encontram ainda nos 7º, 8º e 9º anos de escolaridade - ficaram por avaliar.

Um outro aspecto que aqui importa realçar foi o facto de o investigador não ter estado presente na fase de administração do instrumento, tendo esta sido efectuada pelos directores de turma. Se, por um lado, ao optarmos por este procedimento tentamos salvaguardar qualquer viés na análise dos dados, por outro, não nos permitiu controlar possíveis efeitos de *testing* (por exemplo, casos em que o director de turma tenha pressionado os alunos a responder com o máximo de brevidade).

Relativamente à questão instrumental, e apesar do questionário sócio-demográfico utilizado garantir o anonimato, era necessário que os alunos indicassem o seu número e turma de forma a serem posteriormente localizados para a entrevista clínica. No entanto, muitos alunos evitaram fazê-lo, talvez por recearem qualquer fuga de informação, inviabilizando assim um posterior contacto.

A presente investigação não indagou sobre os hábitos de consumo de substâncias dos pais dos sujeitos, o que poderá traduzir uma limitação, uma vez que parece existir

uma modelagem familiar nos hábitos de consumo no sentido do desenvolvimento de psicopatologia, sobretudo em jovens com hábitos instituídos e com uma maior prevalência de hábitos de consumo de álcool (Fergusson *et al.*, 1996). De igual modo, não se indagou sobre o estado de saúde mental dos pais dos sujeitos, algo que podería trazer mais informações à interpretação dos resultados, uma vez que é conhecido o aumento de risco para a depressão em filhos de pais deprimidos (Kaplan *et al.*, 1994).

Ao nível das codificações da pontuação dos items "alterações no padrão de sono" e "alterações no apetite", não se assinalaram os aumentos ou diminuições dos mesmos, uma vez que estes têm apenas interesse para diagnóstico, não alterando a pontuação total.

Em relação às entrevistas clínicas realizadas (N=83), o seu número poderá parecer reduzido, mas este foi condicionado por constrangimentos temporais (disponibilidade do investigador se deslocar à escola; disponibilidade do aluno) e físicos (cedência, por parte dos conselhos directivos, de um espaço físico tranquilo e com boas condições de conforto e luminosidade para o decurso da entrevista). Por outro lado, poderia ter-se optado por contratar entrevistadores, mas tal significaria uma despesa incontornável. Uma outra hipótese seria a utilização de uma entrevista estruturada como a de Spitzer (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990). Porém, além de esta vir a acarretar os mesmos constrangimentos, Beck *et al.*(1996) sugerem cautela na sua utilização relativamente à fiabilidade de sobreposição de critérios do eixo 1 da DSM-III-R para a DSM-IV, uma vez que não há conhecimento de uma entrevista estruturada que incorpore os critérios de diagnóstico de eixo 1 da DSM-IV. Como tal, optou-se pela realização de uma entrevista clínica seguindo os critérios da DSM-IV, efectuando-se o

diagnóstico diferencial entre diversos quadros clínicos envolvendo sintomatologia depressiva (ver anexos).

4.2 Discussão dos Resultados

Os resultados acima descritos abonam à adequabilidade de utilização da versão portuguesa do BDI-II em adolescentes portugueses.

4.2.1 Discussão dos Resultados relativos à prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pela versão portuguesa do BDI-II

A média obtida de pontuações totais no BDI-II de 10,31 (DP = 8,43) vai de encontro aos estudos efectuados com o BDI e BDI-R (Connelly *et al.*, 1993; Chan, 1993; Baron *et al.*, 1993; Creamer *et al.*, 1995) que apresentam médias semelhantes em populações não-clínicas. E, no sentido destes mesmos estudos, a média de pontuações totais da versão portuguesa do BDI-II diferiu consoante a variável 'Género', com as raparigas a apresentarem uma média de pontuações totais significativamente superior à dos rapazes.

4.2.2 Discussão dos Resultados relativos às hipóteses estimadas

A influência significativa da variável 'Género', com as raparigas a pontuarem na versão portuguesa do BDI-II, em média, significativamente mais, é congruente com alguma literatura publicada em relação a versões anteriores do inventário (e.g., Connelly *et al.*, 1993; Berenbaum, 1993; Baron *et al.*, 1993). Uma curiosa explicação para tal é referida por Jolly *et al.* (1994). Segundo estes autores, na fase da adolescência as raparigas possuiriam uma maior auto-consciência do que os rapazes, podendo estes não comunicar os sintomas subjectivos de depressão. Esta poderá ser uma questão pertinente, uma vez que o BDI-II e as suas anteriores versões obtêm pontuações totais a

partir do auto-relato. A este nível, a inclusão da entrevista clínica suportará sempre os estudos a serem efectuados.

Relativamente à possibilidade de ocorrência de diferenças derivadas do efeito da variável 'Idade', e após o ajustamento da análise de resultados para a variável 'Género', não se verificou o referido efeito, conforme aconteceu noutro estudo (Connelly *et al.*, 1993).

Em relação às variáveis de aproveitamento escolar, quem reprovou e quem costuma faltar às aulas apresentou mais sintomatologia depressiva, estando o hábito de faltar às aulas associado à sintomatologia depressiva, de uma forma consistente, para as raparigas. Uma eventual explicação poderá assentar no facto de o decréscimo de auto--estima ter repercussões no auto-conceito académico das jovens, optando estas pelo isolamento, pelo retraímento face aos colegas como forma de lidar com a sua apatia. De facto, alguns autores defendem que os acontecimentos de vida desencadeadores de *stress* afectam a sintomatologia depressiva nas raparigas, sobretudo na presença de baixa auto-estima ou, pelo contrário, de elevada sensação ou expectativa de mestria e de desempenho, sobretudo académico (Kovacs *et al.*, 1991; Hoffmann *et al.*, 1998).

O horário de deitar, que poderia significar a exposição a comportamentos de risco, não apresentou associação estatisticamente significativa.

A existência de irmãos pareceu estar fortemente associada à sintomatologia depressiva de um modo inverso para ambos os sexos. Assim, ter irmãos, parece funcionar como um factor protector para os rapazes – ajudando, eventualmente, a combater o seu isolamento ou as suas 'indefinições' – enquanto que, para as raparigas, parece funcionar como factor agravante – provavelmente, por um acréscimo de trabalho nas rotinas familiares diárias.

A variável 'Viver ou não com os dois pais' exibiu uma influência sistemática para ambos os sexos na prevalência de sintomatologia depressiva auto-relatada. Assim, quem não vive com ambos os pais tem pontuações mais elevadas no BDI-II, o mesmo acontecendo para quem percepciona os estilos educativos parentais como 'Muito autoritários' ou 'Nada autoritários', sendo tal estatisticamente significativo para as raparigas em relação à figura materna. Estes resultados consubstanciam a importância dos factores de suporte familiares e parentais no considerar da etiopatogenia da depressão, importância essa já realçada por outros autores (Bowlby, 1973; Kovacs *et al.*, 1991; Kaplan *et al.*, 1994).

As variáveis de qualidade do sono apresentaram-se intimamente associadas à sintomatologia depressiva, para ambos os sexos, com os jovens que relataram mais dificuldades em iniciar e/ou manter e/ou repôr o sono pontuando significativamente mais no BDI-II. A este nível parece ser explicativa a relação estreita entre a própria etiopatogenia das Perturbações Depressivas e a qualidade do sono (Kaplan *et al.*, 1994).

Relativamente aos resultados dos consumos de álcool e tabaco do presente estudo, estes parecem ter uma forte associação a maior sintomatologia, sobretudo para as raparigas. Funcionando ou não como causalidade culpabilizante ou como estratégia de *coping* com a sintomatologia, o facto é que alguns autores constataram que os sintomas depressivos nas raparigas, mas não nos rapazes, predizem problemas subsequentes de abuso de álcool (Moscato *et al.*, 1997). Para os consumos tabágicos, outros estudos referem uma maior dependência do tabaco em adolescentes com Perturbações Depressivas, relativamente a jovens assintomáticos, e independentemente do género (Fergusson *et al.*, 1996; Lerman *et al.*, 1996).

4.2.3 Discussão dos Resultados relativos às análises de fiabilidade e validade da versão portuguesa do BDI-II

4.2.3.1 Discussão dos Resultados relativos à validação do Inventário

O procedimento utilizado para o estudo dos diversos pontos de corte da pontuação total da versão portuguesa do BDI-II é considerado como 'o mais recomendável para o estudo de um teste' (Brown, R. & Beck, J., 1994). Assim, a curva ROC calculada para os valores de pontuação total da versão portuguesa do BDI-II dos 83 adolescentes entrevistados obteve limites de confiança e área estatisticamente significativos ($p<0,001$), o que abona favoravelmente à validação da versão em estudo. Através do cálculo das coordenadas da curva verificou-se que o ponto de corte de '13' foi o que reuniu a maior taxa de sensibilidade a par da menor taxa de falsos positivos, devendo assim ser considerado como discriminador clínico para a versão portuguesa do BDI-II. De uma forma coincidente, também Beck *et al.* (1996) consideraram o ponto de corte de '13' para as suas amostras avaliadas com o BDI-II.

4.2.3.2 Discussão dos Resultados relativos à fiabilidade do Inventário

Os procedimentos de análise da consistência interna da prova revelaram ser constituída por itens muito intercorrelacionados. Os itens que revelaram correlações mais fortes com a pontuação total foram os seguintes: 'Tristeza', 'Auto-Depreciação', 'Sentimentos de Inutilidade', 'Perda de Energia', 'Cansaço ou Fadiga'. O item 'Perda de Interesse Sexual' apresentou a mais fraca correlação com a pontuação total, bem como a menor percentagem de respostas sintomáticas. Como sugerem Baron *et al.* (1993), deverá ser considerada uma eventual alteração neste item, de forma a tornar-se

mais adequado ao uso em populações adolescentes. Os mesmos autores sugerem a troca de 'Perda de Interesse Sexual' por 'Perda de Interesse Pelos Rapazes/Raparigas'.

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala (0,89) avaliada na presente amostra revelou que a prova tem uma boa consistência interna, dado o número de sujeitos, uma vez que Beck *et al.* (1996) referem o valor de 0,93 mas para uma amostra bem mais reduzida (N=120) e com sujeitos mais velhos. O presente coeficiente demonstra igualmente que a versão portuguesa não foi afectada pelo facto de ser um produto de uma retro-tradução.

As correlações corrigidas item-total para os 21 itens revelaram significância estatística ($p<0,05$, teste unicaudal) e foram todas submetidas ao ajustamento de *Bonferroni* de forma a 'filtrar' eventuais erros de resposta por familiaridade dos itens. Mesmo após o ajustamento evidenciaram o mesmo nível de significância.

4.2.3.3 Discussão dos Resultados relativos à validade factorial do Inventário

A este nível seguiram-se rigorosamente os mesmos procedimentos descritos por Beck *et al.* (1996). A primeira evidência de validade factorial da prova foi demonstrada pela obtenção de uma matriz de intercorrelações entre os itens, sendo todas estas estatisticamente significativas para $p<0,05$. A mesma matriz apresenta-se semelhante à obtida por Beck *et al.* (1996), apesar de não ter intercorrelações tão fortes. Uma explicação para tal prende-se com o facto de o grau de dispersão de respostas ser naturalmente maior numa amostra quase 6,5 vezes maior. No entanto, o valor da adequabilidade amostral da matriz de intercorrelações da amostra portuguesa foi excelente (Tenenhaus, 1994; Reis, 1997; Pereira, 1999), e inclusivamente superior ao da amostra americana, com um Teste de Esfericidade de Bartlett estatisticamente

significativo para $p<0,001$, o que revelou que os dados da versão portuguesa são altamente adequados a uma análise factorial.

A análise factorial seguiu o método de análise em componentes principais e obedeceu aos diversos critérios de procedimento estatístico. As componentes foram rodadas repetidamente até à obtenção de factores mais simplificados utilizando o mesmo método utilizado por Beck *et al.* (1996), o método de rotação Promax. Curiosamente, enquanto Beck *et al.* (1996) obtiveram dois factores para as suas amostras – que designaram de, respectivamente, 'Dimensão Somática-Afectiva' e 'Dimensão Cognitiva' para a amostra de doentes psiquiátricos, e de 'Dimensão Somática' e 'Dimensão Cognitiva-Afectiva' – foram obtidos três para a presente. Uma possível explicação poderá residir no facto de Beck *et al.* (1996) terem submetido os valores próprios iniciais da análise de componentes principais ao critério do *scree plot* de Cattell (1966) mas não ao de Kaiser (1958), que obriga, quando a análise é realizada a partir de uma matriz de correlações, à exclusão das componentes cujos valores próprios são inferiores a 1 e à inclusão das componentes com valores próprios superiores a 1. Assim, e tomando como exemplo os valores próprios iniciais da amostra americana de doentes psiquiátricos (8,55, 1,56, 1,03, 0,91, e 0,83), três componentes devem ser extraídas considerando ambos os critérios referidos.

De qualquer modo, foi possivel identificar três dimensões de sintomatologia depressiva auto-referida: uma 'Cognitiva', constituída pelos itens 'Fracassos Passados', 'Sentimentos de Culpa', 'Auto-Depreciação', 'Auto-Criticismo', 'Choro', 'Indecisão', e 'Sentimentos de Inutilidade', na qual o sintoma 'Choro' poderá constituir uma consequência das ruminações cognitivas; uma outra dimensão 'Afectiva', constituída pelos itens 'Tristeza', 'Pessimismo', 'Perda de Prazer', 'Pensamentos ou Desejos Suicídas', 'Perda de Interesse', 'Irritabilidade', e 'Perda de Interesse Sexual'; e uma

terceira dimensão 'Somática', constituída pelos itens 'Agitação', 'Alterações no Padrão de Sono', 'Irritabilidade', 'Alterações no Apetite', 'Dificuldades de Concentração', e 'Cansaço ou Fadiga'. O item 'Irritabilidade' é saliente quer para a dimensão 'Afectiva' quer para a dimensão 'Somática', mas obtém um coeficiente estandartizado superior para esta última.

Este procedimento de análise permitiu assim demonstrar que a versão portuguesa do BDI-II tem validade factorial, bem como identificar três dimensões clínicas da depressão nos adolescentes.

4.2.3.4 Discussão dos Resultados relativos às variáveis estudadas para o ponto de corte obtido

A preocupação com o isolamento de características clínicas da depressão nos adolescentes da presente amostra prolongou-se pela análise factorial e pelo estudo dos jovens definidos como 'Com sintomatologia depressiva' a partir do ponto de corte obtido, de modo a obter-se um perfil específico de variáveis associadas. Assim, a variável 'Género' pareceu determinante quanto ao impacto de variáveis socio--demográficas na adolescência, o que vai no sentido da literatura actual (Angold & Rutter, 1992; Giaconia *et al.*, 1993; Nolen-Hoeksma & Girgus, 1994; Gasquet, 1994).

A variável 'Idade' não apresentou qualquer associação com a sintomatologia depressiva, quer para os rapazes, quer para as raparigas, contrariamente ao estudo de Connelly *et al.* (1993).

As raparigas 'Com sintomatologia depressiva' apresentam no seu perfil um maior número de reprovações e de faltas às aulas e, eventualmente, um pior aproveitamento escolar. Também os rapazes 'Com sintomatologia depressiva' apresentam um maior número de reprovações, apesar de não se distinguirem dos seus

colegas assintomáticos relativamente às faltas às aulas. Estes dados vão no sentido da opinião de Kovacs & Goldston (1991), que afirmam que a área do desempenho cognitivo e académico é a primeira a ser afectada socialmente por uma Perturbação Depressiva e que mesmo depois desta ser ultrapassada, o desempenho cognitivo e académico continua a manifestar problemas.

A existência de irmãos está associada à sintomatologia depressiva nas raparigas, eventualmente por um acréscimo de tarefas a realizar em casa, as quais contribuirão para o agravamento da sensação de fadiga das jovens.

A avaliação dos estilos educativos parentais não tem qualquer associação para os rapazes, enquanto que as raparigas 'Com sintomatologia depressiva' tendem a avaliar o estilo educativo da mãe de uma forma mais extremista, como 'Nada Autoritária' ou como 'Muito Autoritária'. Tal poderá reflectir um erro cognitivo decorrente da própria sintomatologia ou uma mãe que contribui para sentimentos de, respectivamente, desamparo ou de pouca autonomia.

Enquanto que para os rapazes não existiu uma forte associação com a variável 'Viver com os dois pais', as raparigas 'Com sintomatologia depressiva' revelaram mais frequentemente não viverem com ambos os pais, o que é suportado pela literatura ao nível do suporte familiar obtido, o qual poderá funcionar como factor de resiliência ou no sentido inverso (Kaplan *et al.*, 1994).

Os problemas de qualidade do sono afectam rapazes e raparigas 'Com sintomatologia depressiva' e estão eventualmente ligados à propria etiopatogenia das Perturbações Depressivas (Kaplan *et al.*, 1994).

Relativamente aos consumos de álcool e tabaco, ambas as substâncias são consumidas em maior quantidade pelas raparigas 'Com sintomatologia depressiva', enquanto que nos rapazes 'Com sintomatologia depressiva' apenas o álcool apresenta

um maior consumo. Estes resultados não são totalmente coincidentes com a literatura actual, uma vez que se defende que as Perturbações Depressivas aumentam a probabilidade de consumos de álcool e tabaco, mas para ambos os sexos (Fergusson *et al.*, 1996; Clark *et al.*, 1997; Duncan *et al.*, 1997; Moscato *et al.*, 1997). Uma possível explicação poderá residir no facto de os rapazes estabelecerem padrões de consumo de tabaco mais cedo do que as raparigas, ficando esses mesmos padrões menos vulneráveis à sintomatologia depressiva por já estarem plenamente enraizados.

4.3 Do Modelo Cognitivo de Beck a um Modelo Pessoal de Depressão na Adolescência

Beck e os seus colaboradores desenvolveram um modelo teórico das origens e do papel das cognições negativas na etiopatogenia da depressão. O mesmo sempre suportou a dificuldade de ser avaliado pelo facto de ser uma teoria clínica. "O modelo cognitivo concebe os outros sinais e sintomas da síndrome depressiva como consequências da activação de padrões cognitivos negativos. Por exemplo, se o paciente pensa incorrectamente que está a ser rejeitado, ele reagirá com o mesmo afecto negativo (por exemplo, tristeza, raiva) que ocorreria numa verdadeira rejeição." (Beck *et al.*, 1979, pág. 11).

O modelo cognitivo tem levantado, no entanto, alguns problemas conceptuais. Um deles prende-se à questão do pensamento negativo ser antecedente aos sentimentos depressivos. Autores cognitivos actuais defendem que o pensamento negativo é antes uma consequência de sentimentos depressivos (Teasdale & Barnard, 1993).

Outra questão problemática, a qual não convence plenamente os clínicos prende-se ao facto de o modelo cognitivo de Beck defender que a vulnerabilidade à depressão depende de suposições, crenças, e atitudes disfuncionais. Segundo Teasdale & Barnard (1993), apesar das medidas de atitudes disfuncionais serem elevadas durante os episódios de depressão, elas voltam a níveis normais com a recuperação do estado de saúde, o que demonstra não serem tão irremediáveis.

O modelo cognitivo de Beck parece sugerir que os acontecimentos ambientais podem ser apenas importantes no sentido em que despoletam as estruturas cognitivas disfuncionais; como tal, o desenvolvimento da depressão é primariamente uma função destas estruturas "activadas" por acontecimentos conjugados. Esta perspectiva perpetua

alguns traços essencialmente "intrapsíquicos" dos modelos de orientação psicodinâmica, e tem sido fortemente criticada pela negligência da importância demonstrada por factores sociais e ambientais na etiopatogenia da depressão (Barnett & Gotlib, 1988).

O modelo de Beck reconhece apenas um nível de significado, tendo por essa razão dificuldades na distinção entre crenças "emocionais" e crenças "intelectuais". Alguns clínicos consideram isto inconveniente, uma vez que consideram a crença "emocional" como algo qualitativamente distinto da crença "intelectual", e funcionalmente mais importante (Teasdale & Barnard, 1993).

A forma original do modelo cognitivo de Beck, apesar do seu enorme valor heurístico na criação de um tratamento psicológico eficaz (Williams, 1992) e um corpo de pesquisa considerável tem as suas limitações. Algumas das abordagens teóricas que as tentaram colmatar, no seguimento estratégico do cognitivismo, foram, por exemplo a Teoria de Redes Associativas de Bower, ou a abordagem dos Sub-sistemas Cognitivos Interactivos, de Teasdale.

As dificuldades conceptuais do modelo cognitivo de Beck tornam-se particularmente evidentes na fase da adolescência, por diversas razões: por um lado, o sistema de representações internas não está ainda plenamente definido no adolescente, uma vez que se verifica uma "ebulição" e um contínuo questionamento das suas atribuições pessoais, dependendo a definição do seu *Self* do ajustamento sócio-emocional que efectua quer ao nível da construcção da identidade pessoal, quer ao nível das suas relações interpessoais com os pares, pais e professores (agentes de modelagem); por outro lado, a valência do ajustamento dos diversos sistemas biológicos pós-

-pubertários terá provavelmente uma maior importância e, inclusivamente, influenciará, no início da adolescência, a construção do sistema de representações internas.

O modelo aqui apresentado referenciou-se às diversas interacções entre sistemas biológicos e psicológicos no aparecimento de sintomatologia depressiva, no sentido proposto por Cicchetti & Toth (1998) e que podem ser observadas nas figuras 4.3.1 e 4.3.2. da página seguinte. Por outro lado o presente modelo beneficiou dos conceitos de "factor de vulnerabilidade" e "factor de resiliência" propostos por Goldberg & Huxley (1996), e que podem ser visualizados na figura 4.3.3 da página 114.

O modelo por nós aqui proposto não poderia deixar de considerar, antes de mais, um sujeito em desenvolvimento ontogenético numa fase de importantes transformações biológicas (eg., processos fisiológicos e alterações neuroendócrinas decorrentes da puberdade, com influências indirectas no desenvolvimento de circuitos neurotransmissores, assimetrias de activação hemisférica, etc...) as quais acompanharão diferentes tarefas de negociação do sujeito com diversos sistemas em que, directa ou indirectamente se encontra inserido (eg., o jovem não pertence ao sistema laboral ou profissional dos pais, mas pode ser afectado por este, por exemplo, se os pais tiverem vários ordenados atrasados, aumentando a tensão sobre o sistema parental e, consequentemente, familiar).

Essas mesmas tarefas assentarão em zonas de comunicação específicas relativas às diversas áreas de desenvolvimento , as quais são interdependentes, apesar de terem uma importância pregnante e variável ao longo do desenvolvimento ontogenético do adolescente.

Figura 4.3.1

Integração de Sistemas Biológicos e Psicológicos no Aparecimento de uma Organização Depressotípica

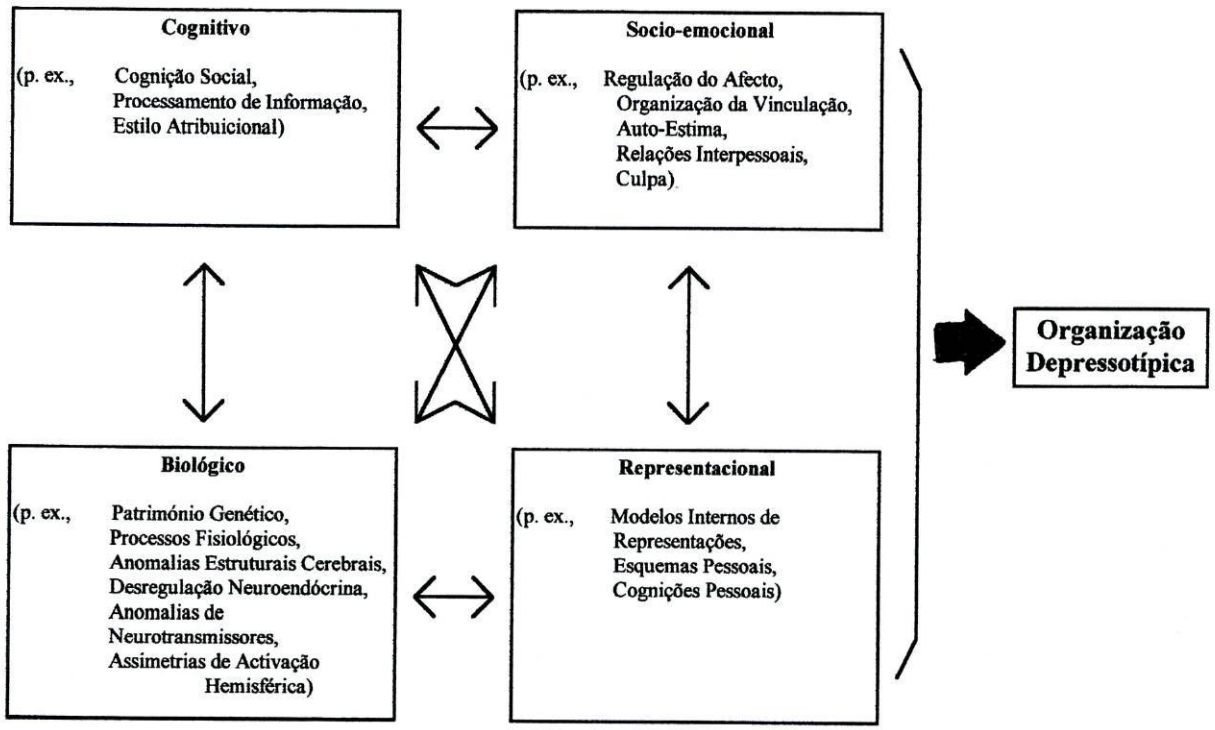


Figura 4.3.2

Transacção de Processos Potenciadores e Compensatórios no Desenvolvimento da Organização Depressotípica e Sintomatologia Depressiva

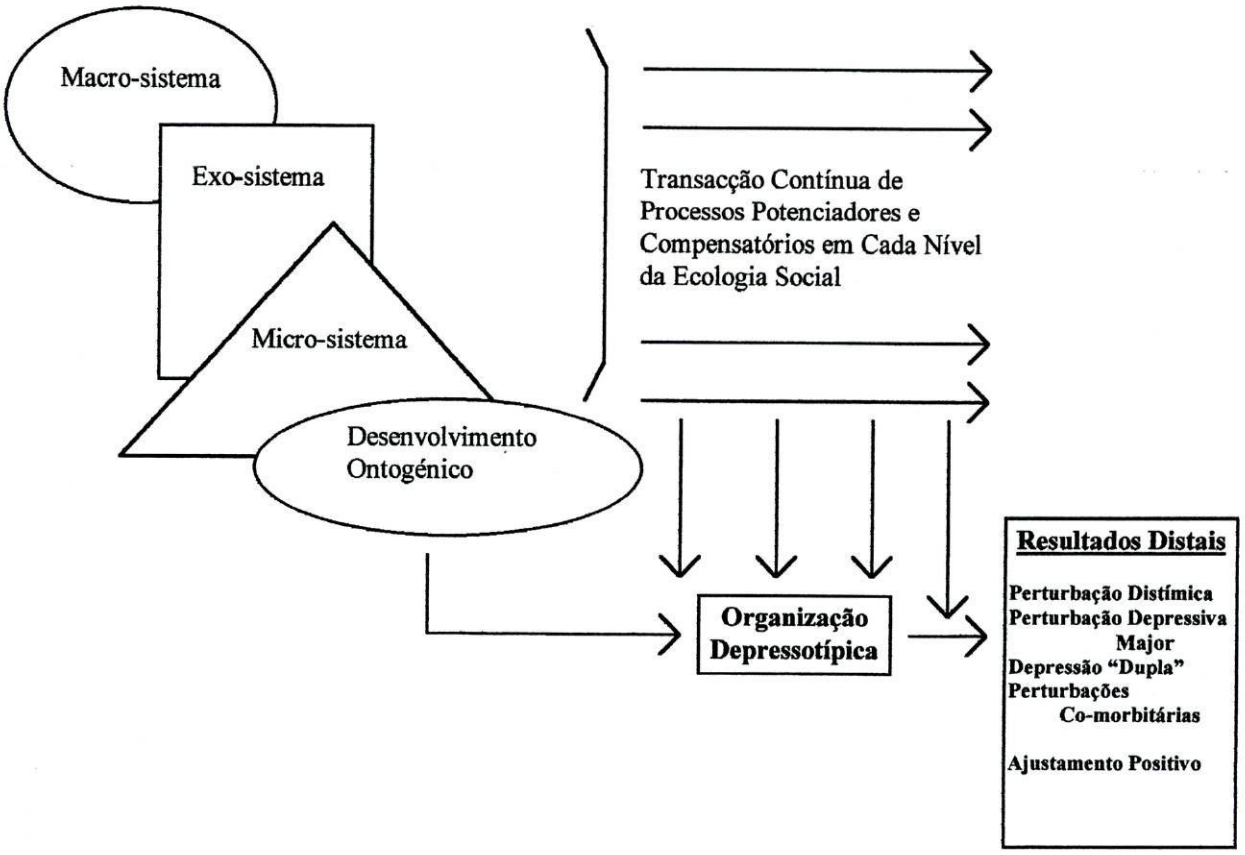
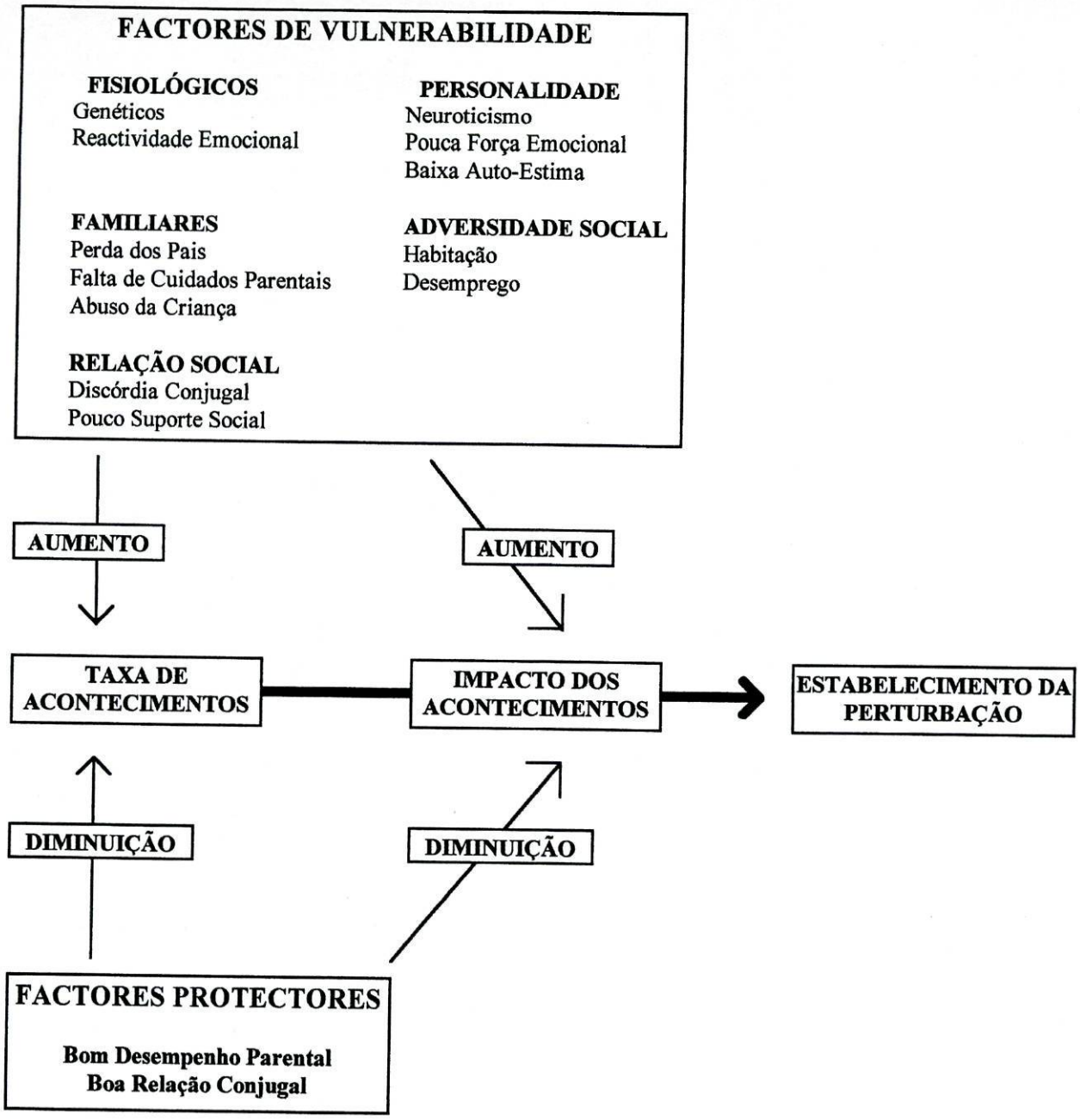


Figura 4.3.3
A Relação Entre Factores Protectores e Factores de Vulnerabilidade
in Goldberg, D., & Huxley, P. (1996)



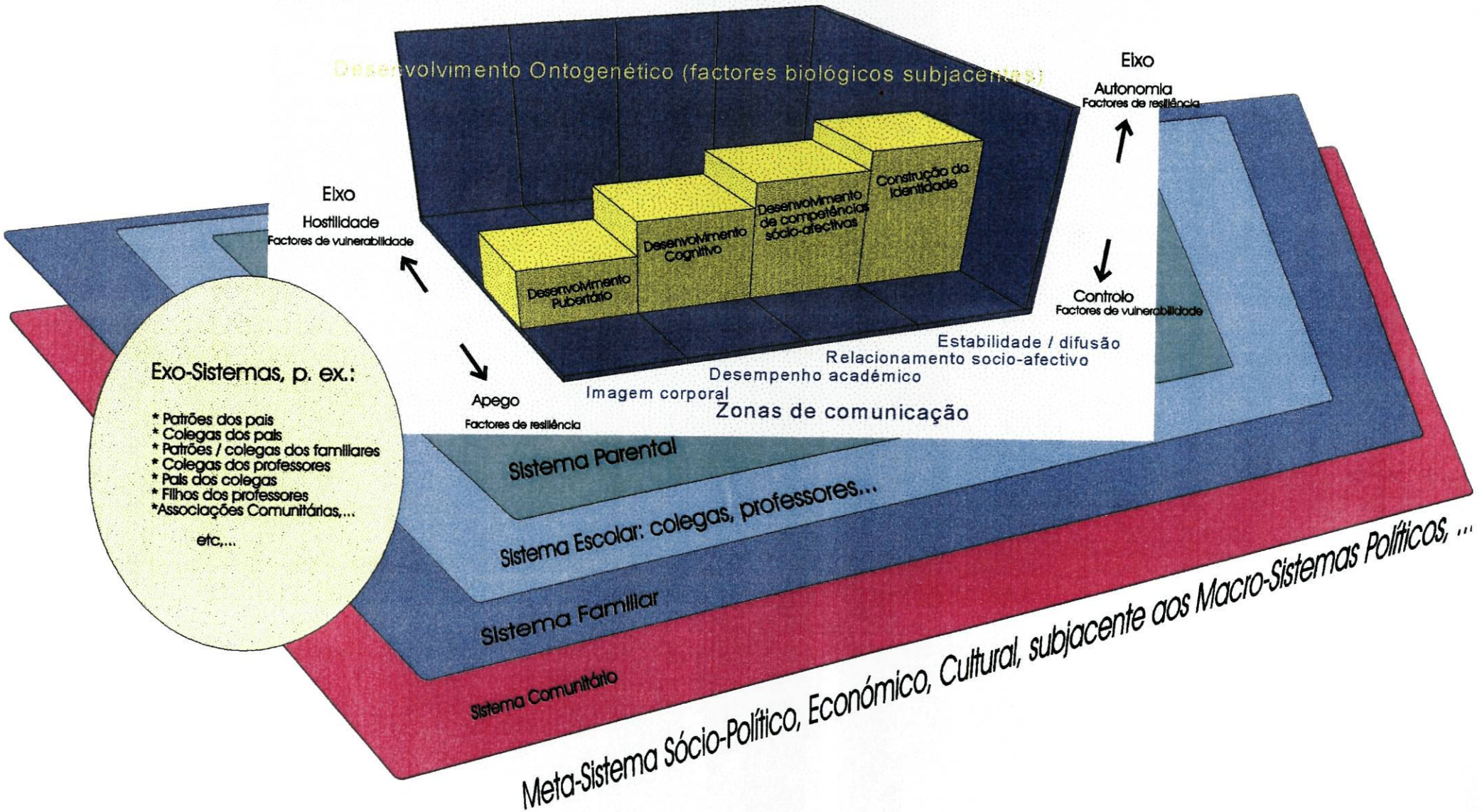
Assim, se no início da adolescência a área de maior importância a ser negociada será o desenvolvimento pubertário, através da sua zona de comunicação "imagem corporal", outras áreas ganharão posterior relevo no decorrer do percurso ontogenético do jovem - o desenvolvimento cognitivo, através da zona de negociação "desempenho académico", o desenvolvimento de competências sócio-afectivas, através da zona de comunicação "relacionamento sócio-afectivo, etc...

Para além destes aspectos estruturais organizadores, este modelo apresenta-se também dinâmico, uma vez que concebe dois eixos orientadores do relacionamento do jovem com os contextos e figuras de identificação, o eixo "hostilidade/apego" e o eixo "controlo/autonomia", os mesmos já referidos por Sampaio (1993, pp.102), sendo do balanço dos mesmos que o jovem orientará mais o seu comportamento para determinado contexto ou figura.

Sendo também um modelo que concebe o aspecto sistémico, concordamos com o posicionamento teórico de Pio-Abreu quando refere que "quanto mais tenso é o estado, mais restrito é o campo perceptivo e menos entradas novas são aceites pelo organismo" (...) "mas em contraste com o estreitamento das entradas, o estado tenso produz um grande número de saídas, o que aos nossos olhos aparece como agitação." (Pio-Abreu, 1993, pp. 73). Assim, pensamos que o curso da sintomatologia depressiva do adolescente passa inicialmente por uma fase agitada em que o sujeito procura ansiosamente responder à sua situação. À medida que o mesmo constata a ineficácia das respostas que emite, vai entrando numa fase de abatimento, com uma diminuição de interesse pela realidade física social (e proprioceptiva) - "uma diminuição de entradas novas". A partir daqui acontece o desânimo, a alteração da previsibilidade e poder

antecipatório do sujeito que, a um nível existencial, passa a questionar as suas próprias representações sobre o real, sobre o comportamento dos outros e sobre o seu próprio comportamento. A mesma consciência reflexiva e a actividade intencional que outrora edificaram o seu *Self* pela experiência fenomenológica, colocam-no em risco pela actual, "limitando-se a consciência reflexiva a uma imagem deformada do seu comportamento e a uma imagem parcelar da realidade externa" (Pio-Abreu, 1993, pp. 89).

Proposta de Modelo Integrativo das Perturbações na Adolescência



A presente investigação começou com uma revisão teórica relativa à adolescência e aos seus concomitantes,às Perturbações Depressivas, e ao suicídio como a mais perturbadora das suas consequências.

Como instrumento de avaliação para o despiste de sinomatologia depressiva, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dos testes psicológicos mais frequentemente utilizados. O presente estudo pretendeu avaliar a sintomatologia depressiva numa amostra não--clínica de adolescentes portugueses através da administração da versão mais recente do BDI, o BDI-II. 775 adolescentes com uma média de idades de 16,9 anos (DP=1,25) preencheram totalmente o BDI-II e um questionário sócio-demográfico. 83 sujeitos com uma vasta gama de pontuações totais no BDI-II foram então submetidos a uma entrevista clínica segundo os critérios clínicos da DSM-IV,de forma a cumprir os procedimentos de validação.

A média de pontuações totais no BDI-II da presente amostra foi de 10.31 (SD=8.3). O coeficiente alfa da escala foi de 0,89, revelando uma fiabilidade adequada para a sua utilização. A curva ROC foi utilizada para a obtenção do ponto de corte ideal, resultando no valor de "13" da pontuação total do BDI-II. Foi então calculada uma matriz de intercorrelações demonstrando provas da existência de validade factorial. Procedeu-se a uma Análise Factorial de Componentes Principais repetidos e rodados segundo o método Promax para investigar a validade factorial da escala e indagar sobre características clínicas do peso dos itens. Foram extraídas três componentes principais de sintomatologia depressiva auto--relatada e daí identificadas, nomeadamente, uma dimensão cognitiva, uma somática e uma dimensão afectiva, com diferentes itens contribuindo para cada uma. Dos resultados obtidos, algumas variáveis evidenciaram associações consistentes com a sintomatologia depressiva, especialmente o género, as variáveis relativas ao suporte familiar e à qualidade do sono. Curiosamente, os consumos de álcool e de tabaco pareceram associar-se com a sintomatologia depressiva apenas para as raparigas.

Os resultados são discutidos considerando as investigações actuais relativas à análise dos diversos factores etiopatogénicos psicossociais na depressão do adolescente.

The present investigation began with a theoretical overview concerning adolescence and its concomitants, depressive disorders, and suicide as these last' most upsetting consequence.

As an assessment tool for screening depressive symptoms, the Beck Depression Inventory (BDI) is one of the most frequently used psychological tests. The present study aimed to assess depressive symptoms among a non-clinical Portuguese adolescent sample by the BDI' utmost version's administration. 775 adolescents, with a mean age of 16,9 years (SD=1,25) completely filled BDI-II and a social-demographic questionnaire. 83 subjects with a wide range of BDI-II total scores were then submitted to a clinical interview regarding DSM-IV clinical criteria, in order to accomplish the validation procedures.

BDI-II mean total score for the present sample was 10,31 (SD=8,43). Scale's Cronbach alpha coefficient was 0,89, a measure which reveals a fitful reliability for its use. A receiver-operator characteristic curve was performed to obtain an ideal cut score, which was determined to be a BDI-II total score of '13'. An intercorrelation matrix was then calculated, providing evidence of factorial validity. A Promax-Rotated Iterated Principal Factor Analysis was proceeded to investigate the factorial validity of the scale, and to ascertain about clinical characteristics of item loadings. Three main components of self-reported symptoms of depression were extracted and therefore identified, namely, a cognitive, a somatic, and an affective dimension, with different items loading on each one. From the results, some variables showed consistent associations with depressive symptoms, specially a gender effect, familiar support variables, and quality of sleep related variables. Curiously, alcohol and tobacco consumption seemed to be related with depressive symptoms only for girls.

The results are discussed concerning present investigations examining the multiple psychosocial aetiopathogenical factors related to adolescent depression.

Achenbach, T., Connors, C., Quay, H., Verhulst, F., & Howell, C. (1989). Replication of Empirically Derived Syndromes As A Basis For Taxonomy Of Child/Adolescent Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323.

Akiskal, H. (1994). Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 46-52

Akiskal, H. (1995). Developmental Pathways to Bipolarity: Are Juvenile-Onset Depressions Pre-Bipolar? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* ,34, 754-763.

Ambrosini, P. J., Metz, C., Bianchi, M. D., Rabinovich, H., & Undie, A. (1991). Concurrent Validity and Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory in Outpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 51-57.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington DC: A.P.A.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington DC: A.P.A.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: A.P.A.

Angold, A. (1988). Childhood and Adolescent Depression I. Epidemiological and Aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.

Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of Age and Pubertal Status on Depression in a Large Clinical Sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5-28.

Apter, A., Ratzoni, G., King, R., Weizman, A., Iancu, I., Binder, M., & Riddle, M. (1994). Fluvoxamine Open-Label Treatment of Adolescent Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder or Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 342-348.

Aseltine, R., Gore, S., & Colten, M. (1998). The Co-Occurrence of Depression and Substance Abuse in Late Adolescence. *Development and Psychopathology*, 10, 549-570.

Asnis, G. M., Halbreich, U., Rabinovich, H., Ryan, N., Sachar, E. J., Nelson, B., Puig-Antich, J., & Novacenko, H. (1985). Cortisol Response To Desipramine In Endogenous Depressives And Normal Controls: Preliminary Findings. *Psychiatry Research*, 14,225-233.

Baker, M., Milich, R., & Manolis, M. (1996). Peer Interactions of Dysphoric Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 241-255.

Bandura, A. (1972). "The Stormy Decade: Fact or Fiction". *in* Rogers (ed.), *Issues in Adolescent Pathology*.(pp.45-67) New York: Appleton-Century Crofts.

Barnett, P., & Gotlib, I. (1988). Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.

Baron, P., & Campbell, T. (1993). Gender Differences in the Expression of Depressive Symptoms in Middle Adolescents: An Extension of Earlier Findings. *Adolescence*, 28, 903-911.

Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective And Other Psychiatric Disorders: The Importance Of Self-Understanding And Relationships. *American Journal of Psychiatry*, 139, 193-198.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects.* (pp.3-44) New York: Harper & Row.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).*Cognitive Therapy of Depression.*(pp.3-85). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IR and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.

Beebe, D. W., Finer, E., & Holmbeck, G. N. (1996). Low-End Specifity of Four Depression Measures: Findings and Suggestions for the Research Use of Depression Tests. *Journal of Personality Assessment*, 67, 272-284.

Berenbaum, H. (1993). Alexithymia and Movie Preferences. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 59, 173-178.

Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M., & Crosby, R. D. (1997). Somatic Symptoms in Anxious-Depressed School Refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 661-668.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric Comorbidity Among Referred Juveniles With Major Depression: Fact or Artifact ? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 579-590.

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996a). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-39.

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., & Kaufman, J. (1996b). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-83.

Birmaher, B., Kaufman, J., Brent, D., Dahl, R., Perel, J., A-Shabbout, M., Nelson, B., Stahl, S., Rao, U., Waterman, G., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Neuroendocrine Response to 5-Hydroxy-L-Tryptophan in Prepubertal Children at High Risk of Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1113-1119.

Birmaher, B. (1998). Should We Use Antidepressant Medications For Children And Adolescents With Depressive Disorders? *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 35-39.

Blos, P. (1962). *On Adolescence*.(pp.62-65) London: Free Press.

Botteron, K., & Geller, B. (1997). Refractory Depression in Children and Adolescents. *Depression and Anxiety*, 5, 212-223.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol I & II. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*: vol III. *Loss*. New York: Basic Books.

Brady, E., & Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.

Brent, D., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., & Johnson, B. (1997). A Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression Comparing Cognitive, Family, and Supportive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.

Bribing, E. (1965). "The mechanism of depression". *in* Greenacre, P. (ed.). *Affective Disorders*(pp.13-48). New York: International Universities Press.

Brown, R., Beck, J. (1994). "Medical Statistics on Personal Computers". (pp. 87-98). (2nd ed.). Plymouth:

Brown, R., Monti, P., Myers, M., Martin, R., Rivinus, T., Dubreuil, M., & Rohsenow, D. (1998). Depression Among Cocaine Abusers in Treatment: Relation to Cocaine and Alcohol Use and Treatment Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155, 220-225.

Byrne, B. M., Baron, P., Larsson, B., & Melin, L. (1995). The Beck Depression Inventory: Testing and Cross-validating a Second-order Factorial Structure for Swedish Non-clinical Adolescents. *Behavior, Research, and Therapy*, 33, 345-356.

Byrne, B. M., Baron, P., Larsson, B., & Melin, L. (1996). Measuring Depression for Swedish Non-clinical Adolescents: Factorial Validity and Equivalence of the Beck Depression Inventory Across Gender. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 37-45.

Casat, C. D., Arana, G. W., & Powell, K. (1989). The DST in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 503-512.

Chan, D. W. (1993). Components of Assertiveness: Their Relationships With Assertive Rights and Depressed Mood Among Chinese College Students in Hongkong. *Behavior, Research, and Therapy*, 31, 529-538.

Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and Self-Regulatory Structures of the Mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533-549.

Cicchetti, D. & Toth, S. (1998). The Development of Depression in Children and Adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.

Clark, D., Pollock, N., Bukstein, O., Mezzich, A., Bromberger, J., & Donovan, J. (1997). Gender and Comorbid Psychopathology in Adolescents With Alcohol Dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1195-1203.

Clark, D., Kirisci, L., & Tarter, R. (1998). Adolescent Versus Adult Onset and the Development of Substance Use Disorders in Males. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 115-121.

Coelho, R., Braga-Oliveira, L., Martins, A., Prata, J., & Barros, H. (1999). Factores Psico-Sociais e Asma Brônquica na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 131-143.

Coleman, J. C. (1974). *Relationships In Adolescence*. London: Routledge & Kegan Paul.

Compas, B., Ey, S., & Grant, K. (1993). Taxonomy, Assessment, and Diagnosis of Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.

Connelly, B., Johnston, D., Brown, I., Mackay, S., & Blackstock, E. (1993). The Prevalence of Depression in a High School Population. *Adolescence*, 28, 149-158.

Cordeiro, J. D. (1988). *Os Adolescentes Por Dentro.*(pp.96-103) Lisboa: Edições Salamandra.

Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a Non-clinical Sample. *Behavior, Research, and Therapy*, 33, 477-485.

Crowley, T., Mikulich, S., MacDonald, M., Young, S., & Zerbe, G. (1998). Substance-Dependent, Conduct-Disordered Adolescent Males: Severity of Diagnosis Predicts 2-Year Outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 225-237.

Da Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia* (vol.I).(pp.340-341). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dahl, R. E., Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Nguyen, N. A., Al-Shabbout, M., Meyer, V. A., Perel, J. (1991). 24-Hour Cortisol Measures In Adolescents With Major Depression: A Controlled Study. *Biological Psychiatry*, 30, 25-36.

Dahl, R. E., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Ambrosini, P. J., Rabinovich, H., Novacenko, H., Nelson, B., & Puig-Antich, J. (1992). Regulation of Sleep and Growth Hormone in Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 615-621.

Dahl, R. E., Kaufman, J., Ryan, N. D., Perel, J., Al-Shabbout, M., Birmaher, B., Nelson, B., & Puig-Antich, J.,(1992). The Dexamethasone Suppression Test In Children And Adolescents: A Review And A Controlled Study. *Biological Psychiatry*, 32, 109-126.

Damji, T., Clémente, R., & Noels, K. (1996). Acculturation Mode, Identity Variation, and Psychosocial Adjustment. *The Journal of Social Psychology*, 136, 493-500.

Dancyger, I., & Garfinkel, P. (1995). The Relationship of Partial Syndrome Eating Disorders to Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1025.

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A Step In The Validation Of A New Self-report Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures. Manual I. For the Revised Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.

Derogatis, L. R. (1983). *Description and Bibliography for the SCL-90-R*. Maryland: Clinical Psychometric Research.

Dias, C. A. & Vicente, T. N. (1984). *A Depressão Do Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.

Dias, C. A. (1988).*Para uma Psicanálise da Relação*.(pp.209-211) Porto: Edições Afrontamento.

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Duncan, S., Alpert, A., Duncan, T., & Hops, H. (1997). Adolescent Alcohol Use Development and Young Adult Outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 39-48.

Erikson, E. (1968). *Identity, Youth, and Crisis*. New York: Norton.

Fergusson, D., Lynskey, M., & Horwood, L. (1996). Comorbidity Between Depressive Disorders and Nicotine Dependence in a Cohort of 16-Year-Olds. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1043-1047.

Fisher, R., & Fisher, S. (1996). Antidepressants for children. Is scientific support necessary? *Journal of Nervous & Mental Disease*,184, 99-102.

Fleming, J., & Offord, D. (1990). Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.

Fleming, M. (1992). O Processo de Separação/Individuação Adolescente: Contribuições da Teoria Psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 10-11, 89-101.

Frances, A., & Ross, R. (1999). *DSM-IV: Casos Clínicos - Guia Para o Diagnóstico Diferencial*.(pp.45-46) Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Freud, A. (1958). "Adolescence". *The Psychoanalytical Study of the Child*, XIII, 255--278.

Gasquet, I. (1994). Approche epidemiologique de l'evolution avec l'age et le sexe de la depression infanto-juvenile. *Psychiatrie de l Enfant*, 37, 533-566.

Giaconia, R., Reinharz, H., Silverman, A., Pakis, B., Frost, A.,& Cohen, E. (1993). Ages of Onset of Psychiatric Disorders in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.

Goldberg, D. & Huxley, P. (1996). "Perturbações Mentais Comuns".(pp. 82-101). Lisboa: Climepsi.

Gorard, D., Gomborone, J., Libby, G., & Farthing, M. (1996). Intestinal Transit In Anxiety And Depression. *Gut*, 39, 551-555.

Grilo, C., Walker, M., Becker, D., Edell, W., & McGlashan, T. (1997). Personality Disorders in Adolescents With Major Depression, Substance Use Disorders, and Coexisting Major Depression and Substance Use Disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 328-332.

Gruber, A., Pope, H., & Brown, M. (1996). Do Patients Use Marijuana As An Antidepressant ? *Depression*, 4, 77-80.

Guile, J. (1996). Sertraline-induced behavioral activation during the treatment of an adolescent with major depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 6, 281-285.

Haaga, D. A., McDermut, W., & Ahrens, A. H. (1993). Discriminant Validity of The Inventory To Diagnose Depression. *Journal of Personality Assessment*, 60, 285-289.

Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental Pathways in Depression: Multiple Meanings, Antecedents, and Endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.

Heebink, D., Sunday, S., & Halmi, K. (1995). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Adolescence: Effects of Age and Menstrual Status on Psychological Variables. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 378-382.

Hill, J. P. (1980). *Understanding Early Adolescence: A Framework*. (pp.5-72) Chapell Hill, NC: Center for Early Adolescence.

Hoffmann, J., & Su, S. (1998). Stressful Life Events and Adolescent Substance Use and Depression: Conditional and Gender Differentiated Effects. *Substance Use and Misuse*, 33, 2219-2262.

Jolly, J., Wiesner, D., Wherry, J., Jolly, J., & Dykman, R. (1994). Gender and the Comparison of Self and Observer Ratings of Anxiety and Depression in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1284-1288.

Joseph, S., Lewis, C., Olsen, C. (1996). Convergent Validity of the Depression-Happiness Scale With Measures of Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 551-554.

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. (pp.3-6) Lisboa: McGraw-Hill.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry* (7th ed.).(pp.516-572 & pp.1116-1123) Baltimore: Williams & Wilkins.

Keller, M., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991) Depression in children and adolescents: new data on 'undertreatment' and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal of Affective Disorders* ,21, 163-171.

Kendall, P., Kortlander, E., Chansky, T., & Brady, E. (1992). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Treatment Implications. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 869-880.

Kendall, P. (1993). Cognitive-Behavioral Therapies With Youth: Guiding Theory, Current Status, and Emerging Developments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 235-247.

Kernberg, O. F. (1989). *Les Troubles Graves de la Personnalité: Stratégies Psychothérapiques*. (pp. 359-362) Paris: P.U.F.

King, C., Ghaziuddin, N., McGovern, L., Brand, E., Hill, E., & Naylor, M. (1996). Predictors of Comorbid Alcohol and Substance Abuse in Depressed Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 743-751.

Klein, R. (1995). Depression chez l'enfant et l'adolescent. *Encephale*, 21, 31-33.

Kovacs, M. (1989). Affective Disorders in Children and Adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.

Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 388-92.

Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal Behaviors and Childhood-onset Depressive Disorders: A Longitudinal Investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 8-19.

Kovacs, M., Akiskal, H., Gatsonis, C., & Parrone, P. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.

Kovacs, M.(1996). Presentation and Course of Major Depressive Disorder During Childhood and Later Years of the Life Span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-715.

Kumar, G., Steer, R., & Deblinger, E. (1996). Problems in Differentiating Sexually From Nonsexually Abused Adolescent Psychiatric Inpatients by Self-reported Anxiety, Depression, Internalization, and Externalization. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1079-1086.

Kutcher, S. P., & Marton, P. (1989). Parameters of Adolescent Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 895-918.

Kutcher, S., Boulos, C., Ward, B., Marton, P., Simeon, J., Ferguson, H., Szalai, J., Katic, M., Roberts, N., Dubois, C., & Reed, K. (1994). Response to Desipramine Treatment in Adolescent Depression: A Fixed-Dose, Placebo-Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 686-694.

Kutcher, S. (1997). Practitioner Review: The Pharmacotherapy of Adolescent Depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38, 755-767.

Last, C., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious Children in Adulthood: A Prospective Study of Adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.

Lazarus, A. (1968). Learning Theory and Treatment of Depression. *Behavior, Research, and Therapy*, 6, 83-89.

Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C., Boyd, R., Gold, K., Main, D., & Caporaso, N. (1996). Investigation of Mechanisms Linking Depressed Mood To Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 21, 9-19.

Lester, D., & Akande, A. (1995). Depression in Nigerian and American Students. *Psychological Reports*, 76, 906.

Levin, R., & Masling, J. (1995). Relations of Oral Imagery to Thought Disorder in Subjects With Frequent Nightmares. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 1115-1120.

Lewinsohn, P. (1974). "A Behavioral Approach to Depression". *in* Friedman, R., & Katz, M. (eds.) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, DC: U.S. Government Printing House.

Lewis, S. A., Johnson, J., Cohen, P., Garcia, M., & Velez, C. N. (1988). Attempted Suicide in Youth: Its Relationships To School Achievement, Educational Goals, And Socioeconomic Status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 459-471.

Mann, J. J., Arango, V., & Underwood, M. D. (1990). "Serotonin and Suicidal Behavior". *in* Azmitia, P., & Peroutka, S. (eds.). *The Neuropharmacology of Serotonin*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Martins, A., Coelho, R., & Barros, H. (1997). Impacte do Stress da Época de Exames e Sintomatologia Depressiva Numa Amostra de Estudantes Universitários. *Revista de Psiquiatria da FMP*, (XIX) 3-4, 35-39.

Martins, M. F. (1990). *A Tentativa de Suicídio Adolescente: Da Clínica às Ciências Sociais e Humanas*. Porto: Edições Afrontamento.

Maser, J., Kaelber, C., & Weise, R. (1991). International Use and Attitudes Toward DSM-III and DSM-III-R: Growing Consensus in Psychiatric Classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271-279.

McGuffin, P., & Katz, R. (1989). The genetics of depression and manic-depressive illness. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 249-304.

McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., & Rutherford, J. (1996). A Hospital-Based Twin Register of the Heritability of DSM-IV Unipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 129-136.

McPherson, L., & Lakey, B. (1993). Content Overlap Inflates the Relation Between Negative Cognition and Dysphoria. *Journal of Personality Assessment*, 60, 411-417.

Michelson, D., Stratakis, C., Hill, L., Reynolds, J., Galliven, E., Chrousos, G., & Gold, P. (1996). Bone Mineral Density in Women With Depression. *The New England Journal of Medicine*, 335, 1176-1181.

Mishne, J. M. (1986). *Clinical Work With Adolescents*. (pp.206-207) New York: Free Press.

Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P., Calderon, R., & Schloredt, K. (1989). Psychopathy In Parents Of Depressed Children And Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 352-361.

Moran, P. W., & Lambert, M. J. (1983). "A Review of Current Assessment Tools for Monitoring Changes in Depression". *in* Lambert, M., Christensen, E., & DeJulio (eds.) *The Assessment of Psychotherapy Outcome*. New York: Wiley & Sons.

Morano, C., Cisler, R., & Lemerond, J. (1993). Risk Factors For Adolescent Behavior: Loss, Insufficient Familial Support, And Hopelessness. *Adolescence*, 28, 851-865.

Moscato, B., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E., Egri, G., Mudar, P., & Marshall, J. (1997). Gender Differences in the Relation Between Depressive Symptoms and Alcohol Problems: A Longitudinal Perspective. *American Journal of Epidemiology*, 146, 966-974.

Murphy, G., Carney, R., Knesevich, M., Wetzel, R., & Whitworth, P. (1995). Cognitive Behavior Therapy, Relaxation Training, and Tricyclic Antidepressant Medication in the Treatment of Depression. *Psychological Reports*, 77, 403-420.

Newman, J, & Garfinkel, B. (1992). "Major Depression in Childhood and Adolescence". *in* Hooper, S., Hund, G., & Mattison, R. (eds.) *Child Psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment*. (pp.65-105) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publ.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*,115, 424-443.

Paillere-Martinot, M., Zivi, A., & Basquin, M. (1990). Utilisation de l'ECT chez l'adolescent. *Encephale*,16, 399-404.

Pereira, A. (1999). "SPSS-Guia Prático de Utilização". (pp.74-84). Lisboa: Edições Sílabo.

Petersen, A., Schulenberg, J., Abramowitz, R., Offer, D., & Jarcho, H. (1984). A Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA): Reliability and Validity Studies. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 93-111.

Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.

Pio-Abreu, J. (1993). "O Comportamento como Sistema de Estados (A Acção, a Interacção e a Comunicação dos Sistemas Abertos)." Coimbra: Lilly.

Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in Clinical Practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.

Pitchot, W., Hansenne, M., Gonzalez-Moreno, A., Wauthy, J., & Ansseau, M. (1995). Bases Biologiques du Comportement Suicidaire: Approche Neuroendocrinienne et Psychophysiologique du Role des Catecholamines. *Acta Psychiatrica Belgica*, 95, 210-233.

Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F., & Rahdert, E. (1994). Psychosocial Stressors Among Depressed Adolescent Mothers. *Adolescence*, 29, 331-343.

Radloff, L. (1991). The Use of The Center for Epidemiological Studies Depression Scale in Adolescents and Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166.

Reis, E. (1997). "Estatística Multivariada Aplicada". (pp. 253-284). Lisboa: Edições Sílabo.

Roberts, R., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1991). Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 58-66.

Rosa, J. C. (1992). O Traumatismo Psíquico na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 10-11, 43-48.

Rotheram-Borus, M. J. (1993). Suicidal Behavior And Risk Factors Among Runaway Youths. *American Journal of Psychiatry*, 150, 103-117.

Roy, A., Rylander, G., & Sarchiapone, M. (1997). Genetic Studies of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 595-611.

Ryan, N. (1990). Pharmacotherapy of adolescent major depression: beyond TCAs. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 75-79.

Sachar, E., Puig-Antich, J., & Ryan, N. (1985). Three Tests of Cortisol Secretion In Adult Endogenous Depressives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 1-8.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sózinho: O Adolescente e o Suicídio.*(pp.25-40 & 59-72) Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos. Diálogos com Adolescentes.*(pp.102-124) Lisboa: Editorial Caminho.

Seligman, M. (1974). "Learned Helplessness and Depression". *in* Friedman, R., & Katz, M. (eds.) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, DC: U.S. Government Printing House.

Spitz, R. A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 313-342.

Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (1993). Self-reported Suicidal Ideation In Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1096-1099.

Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1997). Further Evidence for the Construct Validity of the Beck Depression Inventory-II With Psychiatric Outpatients. *Psychological Reports*, 80, 443-446.

Steingard, R., Renshaw, P., Yurgelvn-Todd, D., Appelmans, K., Lyoo, I., Shorrick, K., Bucci, J., Cesana, M., Abebe, D., Zurakowski, D., Poussaint, T., & Barnes, P. (1996). Structural Abnormalities in Brain Magnetic Resonance Images of Depressed Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 307-311.

Strober, H., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory With Psychiatric Hospitalized Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 482-483.

Strober, M., & Carlson, G. (1982). Bipolar Illness in Adolescents With Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 39, 549-555.

Strober, M. (1992). The Pharmacotherapy of Depressive Illness in Adolescence: III. Diagnostic and Conceptual Issues in Studies of Tricyclic Antidepressants. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2, 23-29.

Sussman, S., Dent, C., & Galaif, E. (1997). The Correlates of Substance Abuse and Dependence Among Adolescents at High Risk For Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse*, 9, 241-255.

Teasdale, J. & Barnard, P. (1993). "Affect, Cognition, and Change: Re-modelling Depressive Thought."(pp. 211-245). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Tenenhaus, M. (1994). "Métodos Estatísticos em Gestão". (pp. 167-207). Porto: Rés Editora.

Wagner, B., Cole, R., & Schwartzman, P. (1996). Comorbidity of Symptoms Among Junior and Senior High School Suicide Attempters. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26, 300-307.

Watson, D., & Clark, L. (1984). Negative Affectivity: The Disposition To Experience Aversive Emotional States. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Watson, D., & Kendall, P. (1989). "Common and Differentiating Features of Anxiety and Depression: Current Findings and Future Directions." in Kendall, P., & Watson, D. (eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features.* (pp. 493-505) San Diego, CA: Academic Press.

Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência.*(pp.117-160 & 371--395) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Weissman, M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.

Whitmore, E., Mikulich, S., Thompson, L., Riggs, P., Aarons, A., & Crowley, T. (1997). Influences on Adolescent Substance Dependence: Conduct Disorder, Depression, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Gender. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 87-97.

Williams, J. (1992). "The Psychological Treatment of Depression".(2nd.ed.). London: Routledge

Windle, R., & Windle, M. (1997). An Investigation of Adolescents'Substance Use Behaviors, Depressed Affect, and Suicidal Behaviors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38, 921-929.

Winnicott, D. W. (1972). "Ego Distortion in Terms of True and False Self". in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* London: Hogarth Press.

Anexo 1

Documentos relativos à autorização do estudo.

DESPERTAR - PSICOLOGIA
E DESENVOLVIMENTO
EDUCACIONAL, L.da .
RUA NOVA DE SANTANA, Nº 184 2º
4900 VIANA DO CASTELO
TEL/FAX 820188
PORTUGAL

Dear Professor
Aaron T Beck

I am a clinical psychologist, working with adolescent students, and student of a master degree at Oporto University, at the Department of Psychiatry and Mental Health.

I would like to investigate, as theme of my master's thesis, depression in adolescence. So, it would be my pleasure to translate and to validate in a Portuguese adolescent sample *the Beck Depression Inventory*. However, as you and your colleagues reported (1, 2), both the *amended (revised) Beck Depression Inventory* and the *Beck Depression Inventory-II* seem to have a reliable construct validity in psychiatric outpatients.

In as far I would like to use a (non-clinical) adolescent sample, I would be very pleased if you could make some suggestions about it (namely, about the sexual content of some items), and authorize me to administer your opinion's best choice of each of your depression inventories, considering the case.

Yours, faithfully,

Amadeu Manuel Quelhas Martins

(1) Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*. **67 (3):** 588-97, 1996.

(2) Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. Further Evidence for the Construct Validity of the Beck Depression Inventory-II with Psychiatric Out patients. *Psychological Reports*. **80 (2):** 443-6, 1997.

UNIVERSITY OF
PENNSYLVANIA
MEDICAL CENTER

Department of Psychiatry
Psychopathology Research Unit

April 21, 1998

Mr. Amadeu Manuel Quelhas Martins
Despertar - Psicologia E Desenvolvimento
Educacional, L.da.
Rua Nova DeSantana N 1842
4900 Viana DoCastelo
Tel/Fax 820188
Portugal

Dear Mr. Martins:

I have recently received your letter regarding the *Beck Depression Inventory*. I cannot personally give you permission to use the inventory since it is published by the Psychological Corporation. To get permission to translate it into Portuguese and to use it for research, you will have to write to the Psychological Corporation. The proper address is:

The Psychological Corporation
555 Academic Court
San Antonio, Texas USA 78204
1-800-232-1223 (FAX)

Sincerely,

Aaron T. Beck, M.D.

ATB/hw

Room 754 Science Center • 3600 Market Street • Philadelphia, PA 19104-2648 • Tel: 215-898-4102 • Fax: 215-573-3717

University of Pennsylvania Health System

To
The Psychological Corporation
555 Academic Court
San Antonio, Texas USA 78204

I am a clinical psychologist, working with adolescent students, and student of a master degree at Oporto University, at the Department of Psychiatry and Mental Health.

I would like to investigate, as theme of my master's thesis, depression in adolescence. So, it would be my pleasure to translate and to validate in a Portuguese adolescent sample *the Beck Depression Inventory*. However, as Beck and his colleagues reported (1, 2), both the *amended (revised) Beck Depression Inventory* and the *Beck Depression Inventory-II* seem to have a reliable construct validity in psychiatric outpatients.

In as far I would like to use a (non-clinical) adolescent sample, I would be very pleased if you could make some suggestions about it (namely, about the sexual content of some items), and authorize me to administer your opinion's best choice of each of your depression inventories, considering the case.

Yours, faithfully,

Amadeu Manuel Quelhas Martins

(1) Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment* **67 (3):** 588-97, 1996.

(2) Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT. Further Evidence for the Construct Validity of the Beck Depression Inventory-II with Psychiatric Out patients. *Psychological Reports.* **80 (2):** 443-6, 1997.

MINISTÉRIO DA0 EDUCAÇÃO

DREN
DIRECÇÃO REGIONAL
DE EDUCAÇÃO DO NORTE

C/conhecimento:
- Escola EB2,3 e Sec. de Monte da Ola
- Esc. Sec. de Monserrate
- EB2,3 e Sec. Pintor José de Brito

Exmº Senhor
Amadeu Manuel Quelha Martins
Rua Padre Costa, nº 991

4465 S. MAMEDE INFESTA

Sua referência:	Sua comunicação de:	Nossa referência	Data
Fax	99-02-22	DSTP/ES/01.19 11879	99-03-01

ASSUNTO: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO A APLICAR NA ESCOLA DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO.**

Relativamente ao assunto em epígrafe, informa-se V. Exª. que é autorizada a aplicação do questionário, não devendo este prejudicar a actividade lectiva dos alunos.

Com os melhores cumprimentos.

O Director de Serviços

(José Vázquez)

IPL/PP

Anexo 2

Beck Depression Inventory-II.

BDI®-II

Date:

Name: _____ Marital Status: _____ Age: _____ Sex: _____

Occupation: _____ Education: _____

Instructions: This questionnaire consists of 21 groups of statements. Please read each group of statements carefully, and then pick out the **one statement** in each group that best describes the way you have been feeling during the **past two weeks, including today**. Circle the number beside the statement you have picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle the highest number for that group. Be sure that you do not choose more than one statement for any group, including Item 16 (Changes in Sleeping Pattern) or Item 18 (Changes in Appetite).

1. Sadness

0 I do not feel sad.
1 I feel sad much of the time.
2 I am sad all the time.
3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.

2. Pessimism

0 I am not discouraged about my future.
1 I feel more discouraged about my future than I used to be.
2 I do not expect things to work out for me.
3 I feel my future is hopeless and will only get worse.

3. Past Failure

0 I do not feel like a failure.
1 I have failed more than I should have.
2 As I look back, I see a lot of failures.
3 I feel I am a total failure as a person.

4. Loss of Pleasure

0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy.
1 I don't enjoy things as much as I used to.
2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy.
3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy.

5. Guilty Feelings

0 I don't feel particularly guilty.
1 I feel guilty over many things I have done or should have done.
2 I feel quite guilty most of the time.
3 I feel guilty all of the time.

6. Punishment Feelings

0 I don't feel I am being punished.
1 I feel I may be punished.
2 I expect to be punished.
3 I feel I am being punished.

7. Self-Dislike

0 I feel the same about myself as ever.
1 I have lost confidence in myself.
2 I am disappointed in myself.
3 I dislike myself.

8. Self-Criticalness

0 I don't criticize or blame myself more than usual.
1 I am more critical of myself than I used to be.
2 I criticize myself for all of my faults.
3 I blame myself for everything bad that happens.

9. Suicidal Thoughts or Wishes

0 I don't have any thoughts of killing myself.
1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
2 I would like to kill myself.
3 I would kill myself if I had the chance.

10. Crying

0 I don't cry anymore than I used to.
1 I cry more than I used to.
2 I cry over every little thing.
3 I feel like crying, but I can't.

_____ Subtotal Page 1

Continued on Back

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®
Harcourt Brace & Company
SAN ANTONIO
Orlando • Boston • New York • Chicago • San Francisco • Atlanta • Dallas
San Diego • Philadelphia • Austin • Fort Worth • Toronto • London • Sydney

Copyright © 1996 by Aaron T. Beck
All rights reserved. Printed in the United States of America.

0154018392

11. Agitation

0 I am no more restless or wound up than usual.

1 I feel more restless or wound up than usual.

2 I am so restless or agitated that it's hard to stay still.

3 I am so restless or agitated that I have to keep moving or doing something.

12. Loss of Interest

0 I have not lost interest in other people or activities.

1 I am less interested in other people or things than before.

2 I have lost most of my interest in other people or things.

3 It's hard to get interested in anything.

13. Indecisiveness

0 I make decisions about as well as ever.

1 I find it more difficult to make decisions than usual.

2 I have much greater difficulty in making decisions than I used to.

3 I have trouble making any decisions.

14. Worthlessness

0 I do not feel I am worthless.

1 I don't consider myself as worthwhile and useful as I used to.

2 I feel more worthless as compared to other people.

3 I feel utterly worthless.

15. Loss of Energy

0 I have as much energy as ever.

1 I have less energy than I used to have.

2 I don't have enough energy to do very much.

3 I don't have enough energy to do anything.

16. Changes in Sleeping Pattern

0 I have not experienced any change in my sleeping pattern.

1a I sleep somewhat more than usual.

1b I sleep somewhat less than usual.

2a I sleep a lot more than usual.

2b I sleep a lot less than usual.

3a I sleep most of the day.

3b I wake up 1–2 hours early and can't get back to sleep.

17. Irritability

0 I am no more irritable than usual.

1 I am more irritable than usual.

2 I am much more irritable than usual.

3 I am irritable all the time.

18. Changes in Appetite

0 I have not experienced any change in my appetite.

1a My appetite is somewhat less than usual.

1b My appetite is somewhat greater than usual.

2a My appetite is much less than before.

2b My appetite is much greater than usual.

3a I have no appetite at all.

3b I crave food all the time.

19. Concentration Difficulty

0 I can concentrate as well as ever.

1 I can't concentrate as well as usual.

2 It's hard to keep my mind on anything for very long.

3 I find I can't concentrate on anything.

20. Tiredness or Fatigue

0 I am no more tired or fatigued than usual.

1 I get more tired or fatigued more easily than usual.

2 I am too tired or fatigued to do a lot of the things I used to do.

3 I am too tired or fatigued to do most of the things I used to do.

21. Loss of Interest in Sex

0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.

1 I am less interested in sex than I used to be.

2 I am much less interested in sex now.

3 I have lost interest in sex completely.

NOTICE: This form is printed with both blue and black ink. If your copy does not appear this way, it has been photocopied in violation of copyright laws.

_____ Subtotal Page 2

_____ Subtotal Page 1

_____ Total Score

4 5 6 7 8 9 10 11 12 A B C D E

Anexo 3

Beck Depression Inventory-II (versão portuguesa).

BDI - II

Data:

Nome: _____ Estado Civíl: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____

Instrucções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Leia por favor cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um **a afirmação** que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Assinale o quadrado que antecede a afirmação que escolheu. Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, **no entanto, assegure-se de não ter escolhido mais do que uma afirmação por grupo.**

1. Tristeza
- ☐ Não me sinto triste.
- ☐ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto.

2. Pessimismo
- ☐ Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro. do que costumava.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar.

3. Fracassos Passados
- ☐ Não me considero um falhado(a).
- ☐ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa.

4. Perda de Prazer
- ☐ Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto.
- ☐ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.
- ☐ Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa
- ☐ Não me sinto particularmente culpado.
- ☐ Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpado durante o tempo todo.

6. Sentimentos de Punição
- ☐ Não sinto que estou a ser castigado.
- ☐ Sinto que posso ser castigado.
- ☐ Espero vir a ser castigado.
- ☐ Sinto que estou a ser castigado.

7. Auto-Depreciação
- ☐ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim próprio.
- ☐ Estou desapontado comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

8. Auto-Criticismo
- ☐ Não me culpo ou critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que o que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me por tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicídas
- ☐ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro
- ☐ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- ☐ Não me sinto mais inquieto que o normal.
- ☐ Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- ☐ Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto.
- ☐ Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou a fazer alguma coisa.

12. Perda de Interesse

- ☐ Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades.
- ☐ Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes.
- ☐ Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- ☐ É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.

13. Indecisão

- ☐ Tomo decisões como sempre o fiz.
- ☐ Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- ☐ Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente.
- ☐ Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- ☐ Não me considero um incapaz / inútil.
- ☐ Não me considero tão válido e útil como costumava.
- ☐ Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- ☐ Tenho a mesma energia de sempre.
- ☐ Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- ☐ Não me sinto com energia para muitas coisas.
- ☐ Não me sinto com energia para nada.

16. Alterações no Padrão de Sono

- ☐ Não notei qualquer mudança no meu sono.
- ☐ Durmo um pouco mais que o habitual.
- ☐ Durmo um pouco menos que o habitual.
- ☐ Durmo muito mais que o habitual.
- ☐ Durmo muito menos que o habitual.
- ☐ Durmo a maioria do tempo durante o dia.
- ☐ Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- ☐ Não estou mais irritável que o normal.
- ☐ Estou mais irritável que o habitual.
- ☐ Estou muito mais irritável que o normal.
- ☐ Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- ☐ Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- ☐ Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- ☐ O meu apetite é muito menor que o normal.
- ☐ O meu apetite é muito maior que o normal.
- ☐ Perdi por completo o apetite.
- ☐ Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- ☐ Concentro-me tão bem como antes.
- ☐ Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- ☐ É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo.
- ☐ Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- ☐ Não estou mais cansado / fatigado que o habitual.
- ☐ Canso-me mais facilmente que o costume.
- ☐ Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- ☐ Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- ☐ Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- ☐ Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual.
- ☐ Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- ☐ Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

Anexo 4

Questionário Sócio-demográfico utilizado.

☐☐☐☐

Pretende efectuar-se um trabalho sobre *"As características socio-demográficas do estudante adolescente"*. Assim, para a conclusão do estudo, é necessária a tua colaboração.

As respostas são confidenciais, por isso não deves escrever o teu nome em qualquer das folhas. Para efeitos de análise estatística, **apenas deverás assinalar o teu ano, número, e turma.**

Responde com sinceridade ao questionário que se segue. Depois de preenchido, devolve-o ao teu professor, que o colocará dentro de um envelope juntamente com o dos teus colegas.

ESCOLA: _____

ANO: _____ **NÚMERO :** _____ **TURMA :** _____

1 - INFORMAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR

1.1 Idade: ☐☐ anos
1.2 Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.3 Quanto pesas ? ☐☐ Kg
1.4 Quanto medes ? ☐,☐☐ m

1.5 Já reprovaste algum ano ? Sim ☐(1) Não ☐(0)

1.5.1 Se sim, quantas vezes ? _____
1.5.2 A primeira reprovação foi no _____ ano
1.5.3 Costumas faltar às aulas ? Sim ☐(1) Não ☐(0)

1.6 Qual a forma mais frequente de passares os teus tempos livres?
(assinala só uma resposta)

Praticar desporto fora da escola ☐(1) Ver televisão ☐(2) Ouvir música ☐(3)
Ler ☐(4) Convívio com amigos ☐(5) Ir a festas ou ir dançar ☐(6)
Participar em actividades colectivas (teatro, música, campismo) ☐(7)
Jogar computador ☐(8) Outra ☐(9) Qual ? _____

1.7 Praticas alguma religião ? Sim ☐(1) Não ☐(0)

1.8 Padrão de sono

A que horas costumas deitar-te ? ☐☐
A que horas costumas acordar ? ☐☐
Costumas acordar a meio da noite ? Sim ☐(1) Não ☐(0)
Custa-te muito a adormecer ? Sim ☐(1) Não ☐(0)
Acordas muito cedo e não consegues voltar a dormir ? Sim ☐(1) Não ☐(0)

1.9 Local de residência

1.9.1 Quantas pessoas moram contigo em casa ? _____
1.9.2 Tens um quarto só para ti ? Sim ☐(1) Não ☐(0)
1.9.3 Quantos irmãos tens ? ☐☐
1.9.4 Quantos irmãos mais velhos tens ? _____
1.9.5 Quantos irmãos mais novos tens ? _____

1.10 Idade dos pais

1.10.1 Pai ☐☐ Mãe ☐☐

1.11 Escolaridade dos pais

	1.11.1 pai	1.11.2 mãe
4ªclasse	☐(1)	☐(1)
9º ano	☐(2)	☐(2)
12º ano	☐(3)	☐(3)
Outra, Qual ?	☐(4) _____	☐(4) _____

1.12 Situação conjugal dos pais

Pais vivendo juntos ☐(1) Pais vivendo separados ☐(2)
Pai e mãe vivendo cada um com outra pessoa ☐(3)
Não tem mãe ☐(4) Não tem pai ☐(5) Sem pai e sem mãe ☐(6)
Sem pai, estando a mãe a viver com outra pessoa ☐(7)
Sem mãe, estando o pai a viver com outra pessoa ☐(8) Outra ☐(9) _____

1.13 Profissão dos pais

1.13.1 Pai _____ 1.13.2 Mãe _____

1.14 Situação laboral dos pais

	1.14.1 Pai	1.14.2 Mãe
Empregado(a)	☐(1)	☐(1)
Desempregado(a)	☐(2)	☐(2)
Reformado(a)	☐(3)	☐(3)
Doméstico(a)	☐(4)	☐(4)
Outra	☐(5)	☐(5)

1.15 Estilo educativo dos pais

Consideras os teus pais:

	1.15.1 Pai	1.15.2 Mãe
Demasiado autoritário(a)	☐(1)	☐(1)
Autoritário(a)	☐(2)	☐(2)
Pouco autoritário(a)	☐(3)	☐(3)
Nada autoritário(a)	☐(4)	☐(4)

2 - HÁBITOS TABÁGICOS

2.1 Nunca experimentaste fumar ? Já ☐(1) Nunca ☐(0)
2.2 Se fumas, quantos cigarros fumas por dia ? ☐☐
2.3 Nas últimas quatro semanas:
Fumaste menos ☐(1)
Fumaste mais ☐(2)
Não notaste variações no quanto costumas fumar ☐(3)
2.4 Quando costumas fumar mais ? (assinala só uma resposta)
Todos os dias fumo o mesmo ☐(1)
Durante o fim-de-semana ☐(2)
Durante a semana ☐(3)

3 - HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

3.1 Consomes bebidas alcoólicas ? Sim ☐(1) Não ☐(0)

3.2 Se sim, nas últimas quatro semanas, como tem sido o teu consumo ?
Uma ou duas vezes por semana ☐(1)
Várias vezes por semana ☐(2)
Diário ☐(3)

Anexo 5

Lista de codificação de profissões.

Classificação de Profissões

(utilizada pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da U. P.)

Código 1 - Profissões superiores (grupo 1 e 2 da CNP)

Ex: administrador de empresa com mais de 10 trabalhadores, quadros superiores da administração pública, juiz, advogado, arquitecto, docente do ensino superior e secundário, médico, farmacêutico, engenheiro, psicólogo, enfermeiro, actor, escritor.

Código 2 - Profissões intermédias (grupo 3 da CNP)

Ex: técnicos paramédicos (fisioterapeuta, dietista, analista de laboratório,etc), educadores de infância, professor do ensino básico, assistente social, contabilista, bancário, agente de seguros, técnico de vendas, agente da polícia judiciária, oficial do exército, decorador de interiores, guias intérpretes, gerente comercial, transitário.

Código 3 - Profissões especializadas não manuais (grupo 4 e 5 da CNP)

Ex: secretária, dactilógrafo, empregado de escritório, polícia, carteiro, trabalhador independente (dono de empresa com menos de 10 trabalhadores), balconista, comerciante (fiel de armazém), dono de restaurante, cabeleireiro, esteticista, vendedor e demonstrador, telefonista, barman.

Código 4 - Profissões especializadas manuais (grupo 6 da CNP)

Ex: Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, mestre de obras, técnico de manutenção eléctrica, chefe de secção fabril.

Código 5 - Profissões semi-qualificadas (grupo 7 e 8 da CNP)

Ex: mecânico, artesão (operário especializado), vidreiro e oleiro, compositor de artes gráficas, taxista, motorista, operador de máquinas e trabalhadores da montagem, padeiro, cozinheiro, costureira, tecedeira.

Código 6 - Profissões superiores (grupo 1 e 2 da CNP)

Ex: servente agrícola, operários não qualificados dos serviços e comércio, da construção e obras públicas, empregada doméstica, empregada de limpeza, porteiro, vendedores ambulantes, contínuo, cantoneiros de limpeza, engraxador.

Código 7 - Outros (reformado, inválido).

Código 8 - Sem profissão, domésticas, desempregados.

Código 9 - Emigrante.

Anexo 6

Critérios de diagnóstico da DSM-IV seguidos na entrevista clínica.

Critérios para Episódio Depressivo Major

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou interesse.

Nota. Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

(1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). **Nota.** Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável
(2) diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);
(3) perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota.** Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso
(4) insónia ou hipersónia quase todos os dias
(5) agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento)
(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias
(7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente)

(continuação)

Critérios para Episódio Depressivo Major *(continuação)*

(8) diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);
(9) pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto (ver p. 343)

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social ocupacional ou qualquer outra área importante.

D. Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."

Critérios de diagnóstico para F32.x Episódio Depressivo Major, Episódio Único [296.2x]

A. Presença de um único Episódio Depressivo Major (ver p. 335)

B. O Episódio Depressivo Major não é melhor explicado por uma Perturbação Esquizoafectiva e não se sobrepõe a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.

C. Nunca existiu um Episódio Maníaco (ver p. 341), um Episódio Misto (ver p. 343) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 347). **Nota.** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios semelhantes à mania, mistos ou hipomania forem induzidos por substâncias ou tratamento ou forem provocadas pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

(continuação)

Critérios de diagnóstico para F32.x Episódio Depressivo Major, Episódio Único [296.2x] *(continuação)*

Codifique para o episódio actual ou mais recente (ver p. 326):

.0 Ligeiro
.1 Moderado
.2 Grave Sem Características Psicóticas
.3 Grave com Características Psicóticas
.4 Em Remissão Parcial/Em Remissão Total
.9 Não Especificada

Especifique (para o episódio actual ou mais recente):

Crónico (ver p. 392)
Com Características Catatónicas (ver p. 393)
Com Características Melancólicas (ver p. 394)
Com Características Atípicas (ver p. 395)
Com Início no Período Pós-Parto (ver p. 397)

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."

■ Critérios de diagnóstico para F33.x Episódio Depressivo Major, Recorrente [296.3x]

A. A presença de dois ou mais Episódios Depressivos Major (ver p. 335).

Nota. Para se poderem considerar episódios separados, deve existir um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos durante os quais se não encontram os critérios para Episódio Depressivo Major.

B. Os Episódios Depressivos Major não são melhor explicados por uma Perturbação Esquizofreniforme, e não se sobrepõem a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.

C. Nunca existiu um Episódio Maníaco (ver p. 341), um Episódio Misto (ver p. 343) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 347). **Nota.** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios semelhantes à mania, mistos ou hipomaníacos forem induzidos por substâncias ou tratamento ou são provocadas pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Codifique o estado do actual ou do mais recente episódio (ver p. 386)

.0 Ligeiro
.1 Moderado
.2 Grave Sem Características Psicóticas
.3 Grave com Características Psicóticas
.4 Em Remissão Parcial/Em Remissão Total
.9 Não Especificada.

(continua)

□ Critérios de diagnóstico para F33.x Episódio Depressivo Major, Recorrente [296.3x] *(continuação)*

Especifique (para o episódio actual ou mais recente):
Com Características Catatónicas (ver p. 393)
Com Características Melancólicas (ver p. 394)
Com Características Atípicas (ver p. 395)
Com Início no Período Pós-Parto (ver p. 397)

Especifique:
Especificadores Longitudinais da Evolução (Com e Sem Recuperação Entre Episódios (ver p. 398)
Com Padrão Sazonal (ver p. 400)

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."

Critérios para o Especificador Com Características Melancólicas

Especifique se:

Com Características Melancólicas (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Major, Maníaco ou Misto numa Perturbação Depressiva Major, Perturbação Bipolar I ou Perturbação Bipolar II somente se este for o tipo de episódio de humor mais recente)

A. Ocorre um dos seguintes durante o período mais grave do episódio actual:

(1) perda de prazer em todas, ou quase todas, as actividades
(2) falta de reactividade aos estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando algo de bom acontece)

B. Ocorre um ou mais dos seguintes:

(1) qualidade distinta do humor depressivo (isto é, o humor é experimentado como distintamente diferente do tipo de sentimentos experimentados após a morte de um ente querido)
(2) depressão regularmente pior de manhã
(3) acordar cedo de manhã (pelo menos duas horas antes do habitual)
(4) agitação ou inibição psicomotora marcada
(5) anorexia ou perda de peso significativa
(6) culpa excessiva ou inapropriada

Critérios para o Especificador Com Características Atípicas

Especifique se:

Com Características Atípicas (pode ser aplicado quando essas características predominam durante as duas semanas mais recentes de um Episódio Depressivo Major num Episódio Depressivo Major ou numa Perturbação Bipolar I ou Bipolar II somente se este for o tipo de episódio de humor mais

(continua)

Critérios para o Especificador Com Características Atípicas *(continuação)*

recente, ou quando estas características predominam durante os dois anos mais recentes de uma Perturbação Distímica)

A. Reactividade do humor (isto é, o humor melhora em resposta a acontecimentos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:
(1) aumento significativo de peso ou do apetite
(2) hipersónia
(3) imobilidade (isto é, sensação de peso nos braços ou pernas)
(4) padrão de longa duração de sensibilidade ao repúdio interpessoal (não limitado a episódios de alteração do humor) que provoca uma deterioração social ou laboral significativa

C. Não são preenchidos os critérios para Com Características Melancólicas durante o mesmo episódio.

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."

Critérios de diagnóstico para F34.1 Perturbação Distímica [300.4]

A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante dois anos, indicado pelo relato subjectivo ou pela observação dos

(continua)

Critérios de diagnóstico para F34.1 Perturbação Distímica [300.4] *(continuação)*

outros. **Nota.** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração de pelo menos um ano.

B. A presença, enquanto depressivo, de dois (ou mais) dos seguintes sintomas:
(1) apetite diminuído ou aumentado
(2) insónia ou hipersónia
(3) fadiga ou pouca energia
(4) baixa auto-estima
(5) dificuldades de concentração ou em tomar decisões
(6) sentimentos de falta de esperança

C. Durante um período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) da perturbação a pessoa nunca esteve sem sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses de cada vez.

D. Não existiu um Episódio Depressivo Major (ver p. 335) durante os primeiros dois anos da perturbação (um ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por uma Perturbação Depressiva Major crónica, ou Perturbação Depressiva Major, Em Remissão Parcial.

Nota. Pode ter existido um Episódio Depressivo Major prévio desde que tenha remitido completamente (sem sintomas ou sinais significativos durante dois meses) antes do desenvolvimento da Perturbação Distímica. Para além disto, para além dos dois anos iniciais (um ano para crianças ou adolescentes) de Perturbação Distímica, podem existir episódios sobrepostos de Perturbação Depressiva Major em que ambos os diagnósticos devem ser feitos quando estão preenchidos os critérios para Episódio Depressivo Major.

E. Nunca existiu um Episódio Maníaco (ver p. 341), um Episódio Misto (ver p. 343) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 347) e nunca foram preenchidos os critérios para Perturbação Ciclotímica.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de uma Perturbação Psicótica crónica, tal como Esquizofrenia ou Perturbação Delirante.

G. Os sintomas não são provocados pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).

H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deterioramento no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Especifique se:
Início Precoce: se o início acontece antes dos 21 anos
Início Tardio: se o início acontece aos 21 anos ou posteriormente

Especifique (para os dois anos mais recentes da Perturbação Distímica):
Com Características Atípicas (ver p. 395)

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."

■ Critérios de diagnóstico para Perturbação da Adaptação

A. O desenvolvimento de sintomas emocionais e comportamentais como reacção a um factor ou factores de *stress* identificáveis, que ocorrem nos três meses após aparecimento do factor de *stress*.

B. Estes sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos manifestando-se com as seguintes características:
1) sintomas exagerados em relação à reacção normal e previsível a determinado factor de *stress*
2) disfunção significativa nas áreas sociais ou ocupacionais (académicas)

(continua)

□ Critérios de diagnóstico para Perturbação de Adaptação *(continuação)*

C. A perturbação relacionada com o *stress* não preenche os critérios para outra perturbação específica do Eixo I e não é uma exacerbação de uma perturbação dos Eixos I ou II preexistente.

D. Os sintomas não se enquadram numa reacção de Luto.

E. Uma vez terminada a situação de *stress* (ou suas consequências) os sintomas não persistem por um período superior a seis meses.

Especifique se:

Aguda: se a perturbação dura menos que seis meses.
Crónica: se a perturbação permanece por um período igual ou superior a seis meses.

As Perturbações da Adaptação são codificadas segundo o subtipo, que se selecciona de acordo com os sintomas predominantes. O agente stressante específico pode ser indicado no Eixo IV.

F43.20 Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo [309.0]
F43.28 Perturbação da Adaptação com Ansiedade [309.24]
F43.22 Perturbação da Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade [309.28]
F43.24 Perturbação da Adaptação com Perturbação do Comportamento [309.3]
F43.25 Perturbação da Adaptação com Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento [309.4]

Nota: *Fonte*: "DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). *American Psychiatric Association*. (Trad. por Climepsi Editores, Lisboa, 1996)."