

**A DEPRESSÃO PÓS-MENARCA NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA**

MARIA DE FIGUEIREDO BOTA HOMEM THEMUDO

**nº 13057**

**Orientador de Dissertação:**

Professora Doutora Ângela Vila-Real

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Professora Doutora Ângela Vila-Real

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

## **A DEPRESSÃO PÓS-MENARCA NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA**

MARIA DE FIGUEIREDO BOTA HOMEM THEMUDO

**nº 13057**

**Orientador de Dissertação:**

Professora Doutora Ângela Vila-Real

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

Professora Doutora Ângela Vila-Real

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ângela Vila-Real, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## Agradecimentos

Agora que cheguei ao fim desta jornada, concluindo a Dissertação, não podia deixar de manifestar uma palavra de gratidão e apreço por todos aqueles que contribuíram para a realização da mesma.

Começo por agradecer aos Conselhos Executivos, Professores, alunos e seus respectivos Encarregados de Educação da Escola Secundária de Miraflores e da Escola Secundária de Linda-a-Velha, pela sua disponibilidade, abertura e comprometimento, sem os quais a realização deste trabalho não teria sido possível.

Uma palavra de agradecimento à Professora do Seminário de Dissertação do ISPA, Professora Doutora Ângela Vila-Real, pela forma como me orientou, desafiou, e apoiou, pela disponibilidade que sempre demonstrou para a orientação deste estudo, pelos conhecimentos, responsabilidade e profissionalismo que transmitiu sempre.

E por último, agradeço aos meus pais, ao meu irmão e à minha irmã, pelo apoio que me deram desde sempre, pelo interesse que mostraram no meu trabalho, pela motivação que sempre me deram, pelas palavras de compreensão sempre presentes!

## RESUMO

Vários estudos procuram analisar a influência da presença menarca nos índices de depressão. No entanto, todos eles se centram numa amostra de diversas idades, não controlando a variável idade. Para o presente estudo considera-se que o aparecimento da menarca aumenta os índices de depressão, nas raparigas com 12 anos.

Participaram no estudo 32 pré-adolescentes do sexo feminino, com 12 anos de idade e todas elas frequentavam o 7º ano do 3º ciclo. Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e o Youth Self-Report (YSR), sendo utilizado posteriormente para a análise de dados, o SPSS, versão 17.0.

Os resultados deste trabalho mostraram não ser significativos ( $\alpha = 0.05$ ), sugerindo que a presença da menarca não influencia os índices de depressão. Contudo, observa-se que é no grupo de raparigas com menarca há 8 meses ou mais, que os índices médios de depressão (embora não sejam significativos), são mais elevados.

*Palavras-chave:* Menarca, depressão, pré-adolescência, puberdade.

## ABSTRACT

Several studies aim to analyze the influence of the menarche in the depression rates. Nonetheless, all of them are based on samples that include individuals of different age ranges, thus disregarding the age variable. For the present study, however, only 12-year old girls were considered in the sample.

Thirty-two 12-year old girls attending the 7<sup>th</sup> grade of middle school were considered in this study. A socio-demographic questionnaire and the Youth Self-Report (YSR) were used afterwards for the data analysis (the SPSS, version 17.0).

While the significant results of this paper ( $\alpha = 0.05$ ) suggest that the presence of the menarche that does not influence the depression rates, the girls group with menarche for 8 or more months feature higher average rates of depression (although the results are not significant).

*Key words:* Menarche, depression, early adolescence, puberty.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
A MENARCA E A DEPRESSÃO	3
PUBERDADE FEMININA E MENARCA	5
ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À PUBERDADE E À MENARCA	8
DEPRESSÃO	12
DEPRESSÃO NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE	17
ESTUDOS RECENTES SOBRE A DEPRESSÃO E A MENARCA	24
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	26
MÉTODO	29
Delineamento	29
Participantes	29
Instrumento	31
Procedimento	34
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO A – Questionário Sócio-Demográfico	57
ANEXO B – Carta de Consentimento Informado (Encarregados de Educação)	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das raparigas pelos dois grupos: Pré-Menarca e Pós-Menarca	37
Tabela 2 – Distribuição das raparigas pelo tempo da menarca	37
Tabela 3 – Médias amostrais dos dois grupos: pré e pós-menarca	38
Tabela 4 – Teste de Normalidade – Kolmogorov-Smirnov	39
Tabela 5 – Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias	39
Tabela 6 – Teste $t$ para amostras independentes: comparação da variável Ansiedade/Depressão entre os dois grupos da amostra (pré-menarca e pós-menarca)	40
Tabela 7 – Médias amostrais dos quatro grupos	41
Tabela 8 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov	42
Tabela 9 – Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias	42
Tabela 10- Comparação entre os quatro grupos – ANOVA	43

## INTRODUÇÃO

O presente estudo visa encontrar uma relação entre a menarca e o aparecimento da depressão, em raparigas pré-adolescentes de 12 anos. A linha orientadora deste trabalho tem como base a consideração de que após a menarca as jovens apresentam maiores índices de depressão (Braconnier & Marcelli, 2000; Gruber, 1962; Malpique, 1986, 2003).

O primeiro capítulo, intitulado A Menarca e a Depressão pretende ser uma revisão geral dos conceitos abordados, ou seja, são explicitadas as transformações internas e externas que se operam na pré-adolescência, tal como o aparecimento da menarca, e todas as repercussões psicológicas que esta trás à vida da pré-adolescente. Refere-se ainda a forma como essas repercussões psicológicas (luto das imago parentais e luto do corpo infantil) podem levar a perturbações psicológicas, como a depressão pós-menarca.

No segundo capítulo, Puberdade Feminina e Menarca, descrevem-se as transformações fisiológicas e físicas que ocorrem durante o período da puberdade, incidindo mais nas pré-adolescentes, e toda a fisiologia que envolve a menarca.

O capítulo seguinte é referente aos Aspectos Psicológicos Associados à Puberdade e à Menarca, e nele descrevem-se todas as transformações no mundo interno da pré-adolescente proporcionadas pela puberdade e menarca. Explica-se de que forma a puberdade pode ser entendida como um organizador da vida psíquica, e como esta pode ser definida como crise pubertária. São esclarecidos os factores dos quais dependem a dimensão dos efeitos que as transformações corporais provocam. São ainda descritas as alterações psicológicas que a menarca trás, como o luto das imago parentais, o luto do corpo infantil e com ele a renúncia à bissexualidade. Por último, são ainda descritos os factores associados ao desenvolvimento psicopatológico.

No capítulo da Depressão faz uma primeira definição da perturbação e são enumerados os sintomas e sua duração necessária para um diagnóstico de depressão. São descritos os aspectos que definem a estrutura da depressão e ainda os factores etiológicos na pré-disposição depressiva.

No último capítulo, Depressão na Pré-adolescência e Puberdade, refere-se o aumento de estudos sobre a depressão na pré-adolescência, que revelam que é bastante comum a depressão neste período de vida. Refere-se também que a depressão aumenta bastante neste período e descrevem-se os factores que estão na origem desse acréscimo. É referido também a maior prevalência da depressão, a partir da puberdade, no sexo feminino, descrevendo-se os factores que estão associados a essa prevalência. São ainda descritos os sintomas da depressão na pré-adolescência, e quais os tipos de depressão mais comuns neste período. Por último, levanta-se a questão da problemática da existência ou não da crise pubertária, e as posições de diversos autores relativamente a esta questão.

## A MENARCA E A DEPRESSÃO

A pré-adolescência é uma fase do desenvolvimento na qual há inúmeras e rápidas transformações físicas e psicológicas (Greif & Ulman, 1982).

Estas transformações vão ter repercussões na vida das pré-adolescentes, e é sobretudo nas raparigas que elas mais se fazem sentir. É a partir da puberdade, que os quadros psicopatológicos, como a depressão, tornam-se muito mais frequentes no sexo feminino, contrastando com a frequência no sexo masculino na infância e latência (Malpique, 2003).

Ao nível das transformações psicológicas, destacam-se as transformações internas, quer cognitivas como afectivas (Atger, 2004).

Malpique (2003) refere que ao nível das transformações físicas nas raparigas, destaca-se o aparecimento da menarca durante a puberdade, transformação esta que traz com ela diversas repercussões ao nível psicológico.

A menarca vai então agudizar o processo de luto, isto porque a rapariga vai assistir a todas as transformações físicas abruptas e à violência dos impulsos que surgem, sem ainda poder integrá-los, sem encontrar um objecto na sua vida relacional. Fica perante um corpo de desejo mas que é vivido ainda como um corpo estranho, pois o corpo que ela conhece é o corpo harmónico da latência que mantém a distância relacional com os pais e companheiros. Tem então que fazer o luto desse corpo infantil, das imago parentais da sua infância (Malpique, 1986). Neste sentido, Braconnier & Marcelli (2000) consideram que a rapariga se vê então obrigada a renunciar à onnipotência infantil, à possibilidade de imaginar que dispunha de uma bissexualidade potencial e vê-se obrigada a uma escolha, a escolha feita pelo seu corpo.

Esta renúncia à onnipotência infantil, esta elaboração do luto do corpo infantil leva à depressão pós-menarca que não deixa por isso de ser estruturante, pelo facto de se passar da inveja do pénis ao desejo do homem (Malpique, 1986).

Contudo, Coimbra de Matos (2002), considera que esta reacção de pesar da púbere em relação ao seu desenvolvimento sexual corpóreo, não é a reacção normal, não faz parte da evolução normal, na qual a púbere reage com alegria, entusiasmo, triunfo e esperança e não com pesar. Considera assim que, o pesar pela perda do corpo infantil, a tristeza pela perda das

formas e funções infantis do corpo, com desgosto, vergonha e não aceitação das transformações corporais da puberdade, é um fenómeno patológico, um fenómeno defensivo. Funciona como um mecanismo de o individuo se defender de uma sexualidade que o assusta e perante a qual se inibe, de uma identidade sexual que não pode aceitar, porque está mal preparado para a assumir, de uma competição e rivalidade que o intimidam, de uma virtualidade de vida mais livre e independente que é o motivo para sentimentos de desamparo e incompetência, de uma sexualidade fortemente culpabilizada. Falar do luto pelo corpo infantil, é então tomar a defesa contra o desenvolvimento pelo próprio desenvolvimento, a defesa pela pulsão, a doença pela saúde.

Coimbra de Matos (2002), diz ainda que esta defesa regressiva pela depressão em face de transformações corporais pubertárias ou pela recusa de as aceitar é mais frequente nas raparigas. Isto acontece pela vicissitude mais complexa da sua evolução psicosexual (fixação e conflito com a mãe pré-edipiana, mudança de objecto libidinal da mãe para o pai, etc.) e pela maior repressão cultural da sexualidade feminina e menor perspectiva de acesso da mulher à vida social, agudizando assim a inveja do homem, logo a inveja do pénis. O autor fala da menstruação, como um acontecimento particular destas transformações pubertárias, referindo-se que perante esta surge o medo, desgosto e outras reacções, podendo agudizar angústias latentes de castração e destruição do interior feminino e que esta é na realidade um incómodo e uma limitação da libertação de movimentos, aspectos estes que são reforçados culturalmente pela nossa civilização “da limpeza” e da repressão do sadismo – “ver sangue desperta-o, logo teme-se e aflige; é feio, esconde-se e foge-se, pelos medos e culpas ancestrais e míticos pela tradição (...), pela própria condição social desvalorizada da mulher (que reactiva o complexo de castração); e, por outro lado, pela frequência do «incómodo» das regras a que a vida actual obriga.”.

Para além disto, a menarca como acontecimento novo da puberdade, desejado ou rejeitado, esperado ou não, não deixa nunca de ser vivido como inquietante e como uma surpresa (Malpique 1986; Malpique, 2003), que se explica por um recalçamento e por uma enorme curiosidade desde há muito reprimida que se fundamenta no facto de que desde da infância precoce a rapariga sabe que tem um interior fecundo (Malpique, 1986).

Esta experiência corporal da menarca, por ser revelada com sangue a partir do interior, pode ser fonte de angústia (Malpique, 2003) que se pode intensificar e transformar-se em afectos depressivos (Braconnier & Marcelli, 2000; Gruber, 1962) ou chegar mesmo a constituir um trauma (Malpique, 2003).

Segundo Malpique (1986), o sangue pode ser interpretado como ferida e nesse sentido evocar fantasmas de dilaceração interna, tanto de castração como de violação. Malpique (2003), considera que a vagina vai aos poucos sendo representada, como um orifício, algo que não se controla como o ânus ou a uretra e neste sentido acompanhada de angústia de perder o controlo, «de ficar suja sem dar por isso!», «de se esvaír em sangue!». Malpique (1986), refere então que a menarca traz assim angústias primárias de fragmentação, por a púbere associar a menstruação à gravidez e ao parto, e ainda de uma forma mais profunda, ao esfacelamento interno, à castração e à morte.

Para além disto, a reacção que a rapariga tem perante o aparecimento da menarca, relaciona-se também com a atitude da mãe. Assim, se a mãe aceitar mal a menarca da filha ou quanto mais dominadora e protectora for, mais mal aceite é a menarca pela filha. Então para a aceitação da menarca, é de extrema importância o tipo de preparação e suporte familiar perante este acontecimento, como a qualidade da relação mãe-filha na promoção do crescimento e da autonomia e como a presença e qualidade do apoio paterno na promoção da autonomia e maturidade da filha (Malpique, 2003). Assim, quanto mais dependentes e passivas forem em relação às suas mães dominadoras e protectoras e quanto mais fraca for a triangulação pela figura paterna, maior é a probabilidade de originar-se uma depressividade e maior é o risco psicopatológico, como a depressão, tentativas de suicídio ou perturbações do comportamento alimentar (Malpique, 2003).

Malpique (2003), diz ainda que para além desta grande dependência da figura materna em simultâneo com um pai ausente ou desvalorizado, e da rejeição da feminilidade, também o aparecimento prematuro da menarca (entre os 8 e os 10 anos), pode ser considerado um factor de risco para a menarca traumática, e para o aparecimento de quadros psicopatológicos, tais como a depressão.

## PUBERDADE FEMININA E MENARCA

“A puberdade constitui um fenómeno biopsicológico com uma carga sexual, quantitativa e qualitativamente nova, verdadeiro motor do processo maturativo.” (Dias Cordeiro, 1988).

A puberdade (de *pubes* = pêlos) é “o conjunto de transformações geneticamente preestabelecido, que desencadeia e conduz à maturação sexual.” (Malpique, 2003). Consiste, segundo Martins (1996), no conjunto de transformações morfológicas e fisiológicas que assinalam o início da função reprodutora e o aparecimento de características sexuais secundárias.

Segundo Braconnier & Marcelli (2000), as transformações duram cerca de 18 meses a 2 anos. Começam, em média, por volta dos 11 anos de idade na rapariga. Esta idade referida corresponde mais a uma idade fisiológica, equivalente ao que se denomina “a idade óssea” do que à idade cronológica real.

Em média, os limites extremos situam-se entre os 8 e os 14 anos de idade nas raparigas. No entanto, existem variações individuais e colectivas no momento de aparecimento e evolução da puberdade. Na medicina, quando o processo pubertário se insere fora destes limites, usualmente, denomina-se precocidade ou atraso pubertário. (Martins, 1996; Malpique, 2003).

Refira-se ainda que vários estudos têm expressado que a puberdade feminina tende a antecipar-se em 6 meses por cada 50 anos (Braconnier & Marcelli, 2000; Malpique, 2003). Os factores apontados que podem explicar esta alteração são: a melhoria dos cuidados médicos; alimentação mais rica; e possivelmente, estímulos hormonais incluídos nos alimentos e cosméticos (Braconnier & Marcelli, 2000; Malpique, 2003; Messinis, 2006).

É o estímulo do eixo hipotálamo-hipofisiário sobre as gónadas que vai despoletar o desenvolvimento de características sexuais secundárias (Gruber, 1962). Estas definem os traços físicos que tornam a aparência das raparigas mais feminina. Estas características desempenham um papel indirecto importante na união dos sexos, fazendo com que os membros de um sexo exerçam atracção sobre os do outro sexo, mas não estão directamente relacionadas com a reprodução (Hurlock, 1979).

Numa definição mais específica destas características, Hurlock (1979) e Ribeiro (1990) nomeiam as alterações encontradas ao nível de: (a) alargamento dos ombros; (b) aumento na largura e arredondamento dos quadris; (c) aparecimento da cintura; (d) moldagem definitiva dos braços e pernas, decorrentes principalmente de gorduras; (e) desenvolvimento dos seios; (f) aparecimento dos pêlos púbicos, axilares, faciais sobre o lábio superior, parte mais elevada do rosto e orla do queixo; (g) mudança de voz, de aguda para grave; (h) mudança na cor e textura da pele, que se torna mais espessa.

Este estímulo sobre as gónadas, vai ainda ter uma influência no corpo feminino, iniciando a maturação e migração dos óvulos (Gurber, 1962).

Hurlock (1979), refere que a parte mais importante do aparelho reprodutor feminino consiste em dois ovários, os órgãos que produzem os óvulos. Iniciam um surto de crescimento rápido entre os 12 e os 18 anos de idade. Quando a rapariga atinge a puberdade os óvulos começam a amadurecer, aproximadamente um em cada 28 dias, ou em cada ciclo menstrual.

A menarca é a primeira indicação da capacidade reprodutora na rapariga (Castanho, 2005), é a primeira indicação que determina a maturidade sexual de uma rapariga, e na generalidade, surge no fim da puberdade pelos 12 ou 13 anos de idade (Ribeiro, 1990). No entanto é seguida de um período de esterilidade pré-adolescente. Nesta ocasião, as glândulas endócrinas não segregam as suas hormonas na corrente sanguínea com a intensidade adequada para possibilitar a ovulação e a reprodução. A duração deste período é variável, pode ser de 1 mês a vários anos. Mesmo depois de diversos períodos menstruais, não é certo que o sistema reprodutivo da jovem esteja suficientemente amadurecido para poder conceber (Hurlock, 1979; Ribeiro, 1990).

A menarca inicia uma série de descargas periódicas que ocorrerão regularmente a cada 28 dias, até que a mulher chegue à menopausa, sensivelmente por volta dos quarenta ou cinquenta anos. Estas descargas periódicas são conhecidas como menstruação, da palavra latina “menses” que significa mês. Refere-se ao mês lunar, de 28 dias (Hurlock, 1979).

Todas estas modificações acima descritas têm repercussões físicas e psicológicas (Blos, 1998; Braconnier & Marcelli, 2000; Castanho, 2005; Hurlock, 1979; Malpique, 2003).

No plano das repercussões físicas as mudanças em curso determinam o que a jovem pode fazer e o que deseja fazer. As alterações corporais podem ser acompanhadas de fadiga, inquietação, desconforto, cólicas, dores de cabeça, entre outras. Toda a sintomatologia pode ser agravada quando as mudanças corporais ocorrem rapidamente. Por exemplo, as modificações do aparelho digestivo, geralmente, estão associadas a quadros de anemia, o que aumenta ainda mais o seu estado geral de fadiga e inquietação (Hurlock, 1979; Ribeiro, 1990).

Todas as modificações são vividas com grande interesse pelas pré-adolescentes (Braconnier & Marcelli, 2000; Castanho, 2005; Hurlock, 1979; Malpique, 2003).

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À PUBERDADE E À MENARCA

Kestenberg (1962, citada por Malpique, 2003) considera que a puberdade é um verdadeiro organizador, pelas profundas alterações psicobiológicas que acarreta.

A pré-adolescente é confrontada com o desenvolvimento do seu próprio corpo, não podendo controlar o ritmo do seu crescimento e a forma final que este vai assumir (Castanho, 2005; Martins, 1996). Este ritmo da maturidade sexual vai ter um impacto diferente em termos da vivência psicológica da pré-adolescente.

Neste processo maturativo, as diversas modificações do corpo são demasiado repentinas, tornando-se por vezes difíceis de serem integradas, e por isso muitos adolescentes negam essas modificações corporais, essa imagem do seu corpo sexuado (Cordeiro, 1988).

Segundo Malpique (1998), todas estas transformações biológicas são fonte de insegurança para a púbere, visto que esta sente que já não controla o seu corpo estável do período de latência. Agora, desperta um corpo sexuado, que vai estimular fantasias eróticas e excitação sexual que a surpreendem ou mesmo assustam.

Este corpo sexuado permite à jovem, o reconhecimento das diferenças sexuais, o que vai levar a um conflito entre o desejo de crescer/ser mulher e o desejo de permanecer menina. Assim, para assumir uma imagem corporal sexuada terá de renunciar à bissexualidade, o que lhe é difícil, visto que esta lhe dava um sentimento de aparente segurança e poder. A identidade feminina pode até ser vivenciada como uma perda, uma ferida narcísica, e despertar fantasias e angústias de castração (Malpique, 2003).

Neste sentido, de renúncia à bissexualidade, Braconnier e Marcelli (2000) consideram que a puberdade com as suas transformações, traz dois desafios para o corpo.

O primeiro é a necessidade de manter um sentimento de continuidade da existência num corpo em mudança. Esta mudança levanta sentimentos de dúvida tanto no plano físico, com a atenção dada ao corpo e as inquietações sobre as diferentes partes do corpo, como no plano psíquico, em que se traduz por dúvidas existenciais. Todas estas dúvidas são geradoras de angústias.

O segundo desafio é, a necessidade de integrar esta transformação pubertária no funcionamento psíquico, tendo em conta que esta transformação trás consigo a problemática

da identidade sexuada. Vê-se agora perante uma escolha, a escolha pelo seu corpo, imposta pelas transformações pubertárias.

A aparência física é um elemento importante na vida da pré-adolescente mas com o tempo outros aspectos da sua personalidade tendem a ser valorizados e esta aprende a viver no seu corpo transformado, mesmo que este não se enquadre nos padrões de beleza socialmente valorizados (Malpique, 2003).

A insatisfação com a aparência, geralmente, atinge o ponto máximo pouco depois da maturidade sexual. Depois disso, as pré-adolescentes bem ajustadas mostram cada vez mais uma atitude de maior aceitação de si próprias e da sua aparência (Hurlock 1979).

A dimensão dos efeitos que as mudanças do corpo provocam, depende de vários factores, sendo que os mais importantes a considerar pelos autores Hurlock (1979) e Castanho (2005) são: (a) rapidez da mudança das características corporais; (b) falta de preparação (a quantidade e qualidade de conhecimento da adolescente sobre as modificações que ocorrem no seu corpo); (c) o ideal de infância (projectão que a pré-adolescente faz de si enquanto adulta); (d) expectativa social; (e) estereótipos; (f) aceitação social.

Hurlock (1979) descreve as preocupações das pré-adolescentes em três vectores: o primeiro “sou normal?”; o segundo, “sou apropriada para o sexo?”; e por último “o que posso fazer para que o meu corpo chegue ao ideal da infância?”.

Todas estas transformações físicas e psicológicas, com as respectivas repercussões associadas, enquadram-se na conceptualização que Malpique (2003) recorrendo a autores com Spitz, Freud, Kestemberg, Cordeiro, refere como, numa perspectiva epigenética do desenvolvimento, um verdadeiro organizador da vida psíquica, nomeadamente da psicosexualidade.

A crise pubertária é organizativa, devido a tão profundas alterações psicobiológicas que acarreta. Na rapariga, o sinal mais evidente é a menarca, e ainda que não seja isolado, representa uma experiência decisiva no processo de feminização, porque inicia a integração do corpo sexuado (Deutsch, 1953, citado por Malpique, 2003).

A pré-adolescente, segundo Malpique (2003), mesmo quando informada sobre a temática da sexualidade, reage com surpresa/choque com este acontecimento – menarca -, mesmo quando este é desejado ou rejeitado. Malpique (1995, 2003), refere que esta reacção

pode ser o resultado do recalçamento, por uma intensa curiosidade há muito reprimida. Esta experiência corporal, revelada com sangue a partir do interior pode constituir um trauma.

Vários autores, como Blos (1998), Braconnier e Marcelli (2000), e Malpique (2003), referem-se ao trabalho de luto necessário, neste período de desenvolvimento, num duplo sentido: por um lado a reelaboração de um corpo sexuado (luto do corpo infantil) e por outro, das representações das relações parentais (luto das imagos parentais).

Pelot (2001), considera que o luto assume o significado de elaboração psíquica que acontece, normalmente, após a perda do objecto. Este pode ser uma pessoa amada como também uma abstracção, um ideal.

A tristeza, a inibição, o retrair-se sobre si são comportamentos normais neste processo de elaboração psíquica. A perda de interesse por tudo o que seja referente ao objecto de amor, corresponde à diminuição de energia psíquica disponível para o sujeito tentar percepção a realidade (que é rejeitada ao nível do inconsciente). O desenvolvimento completo do trabalho de luto pode demorar vários meses (Pelot, 2001).

Malpique (1986), considera que é este processo de luto que mais marca os aspectos psicológicos deste período. É na puberdade que as transformações são mais fortes, e a púbere assiste perplexa às alterações do seu corpo e à violência dos impulsos, sem poder ainda integrá-los, sem encontrar na sua vida relacional um objecto. A púbere fica perante um corpo de desejo que só pode ser tomado como um corpo estranho. O que ela conhece é o corpo harmónico da latência que mantém a distância relacional possível e eficaz com os pais e os companheiros. Ela terá, então, de fazer esse luto do corpo infantil. Malpique (1986) indica que, a puberdade põe a menina perante um corpo de desejo, ou seja, perante pulsões genitais suportadas por fantasias edipianas, não sendo estranho que a menstruação provoque sentimentos de culpa e de vergonha ou angústias mais primárias. A jovem só descobre realmente o seu órgão sexual na puberdade.

Na perspectiva da puberdade/menarca como organizador psíquico, a puberdade é entendida como uma fase crucial de mudança somática e psicológica, durante a qual ocorrem reestruturações nucleares que vão instituir matrizes da personalidade a consolidar ao longo da adolescência. Ou seja, promove a integração de anteriores aquisições em novas estruturas que catalisam o desenvolvimento (Malpique, 2003). As principais tarefas organizativas referenciadas nesta linha são: (1) genitalização das representações incestuosas, implicando a

dessexualização das figuras parentais e a integração da imagem do corpo sexuado; (2) início do luto das imagos parentais; (3) início da escolha do objecto sexual (Malpique, 2003).

Os factores genéticos que desencadeiam a puberdade são impulsionadores das mudanças psicológicas e do modo de gerir o reforço pulsional e a integração da nova representação do corpo sexuado, o que constituirá a matriz sobre a qual se vai organizar a futura sexualidade. É neste momento que pode ocorrer desorganização induzindo paragem ou colapso do desenvolvimento, traduzindo-se em psicopatologia. Isto acontece, sobretudo nas situações em que a estrutura psíquica da púbere é frágil (Braconnier & Marcelli, 2000; Malpique, 2003).

Enquanto conceito de crise pubertária deve ser, segundo os autores Braconnier e Marcelli (2000), teorizado tendo em conta a pressão exercida pelas transformações operadas sobre as três instâncias psíquicas (Ego, Id e Superego). O que implica alterações na estabilidade do narcisismo infantil e na estrutura defensiva da latência e ameaça do “Eu” de perda de sentido da realidade (Malpique, 2003).

Nesta perspectiva a puberdade implica o reforço pulsional (Id), comprometendo defesas mais integrativas (Eu e Superego), e o equilíbrio entre investimentos objectais (luta das imagos parentais e novas identificações) e investimento narcísico (regulação da auto-estima – ideal do eu) (Malpique, 2003).

Malpique (1986) refere que, a vida fantasmática da pré-adolescente, mostra que a consciencialização do seu órgão genital as leva à procura de algo que as vá preencher imaginariamente, que suporte a realização do desejo. As fantasias de violação e rapto, a fantasia de ter um filho do pai idealizado, são comuns e ajudam a realizar o acesso à genitalidade. A pré-adolescente relaciona intuitivamente a menstruação à gravidez e ao parto, e num plano mais profundo à destruição interna, à castração e à morte. Malpique (1986) cita Deutsch (1953) para referir que, a partir da menarca, a púbere vive no seu corpo algo que ficará inerente à feminilidade: a profunda ligação entre o sangue, a gravidez, o nascimento e a morte.

De acordo com Malpique (2003), a vagina vai sendo representada, de início de modo vago e com certa confusão com outras zonas erógenas (anal e uretral). Este canal que não se controla como o ânus ou a uretra pode ser acompanhada da angústia de perder o controlo, “de ficar suja sem dar por isso”, “de se esvaír em sangue”, ou de ser abusivamente penetrada (fantasias de violação e dilaceração interna). O órgão em função e sensível – a vagina – passa

a ter uma representação mental que até aí ou estava reprimida, ou as sensações que dali advinham eram abafadas pela excitabilidade do clítoris.

A progressiva integração das transformações do corpo, incluindo a vagina ainda só parcialmente activa (antes das relações sexuais), permite à pré-adolescente organizar mais claramente a imagem do seu corpo, distinguir o interno do externo, separar a fantasia da realidade. O aparecimento da menarca pode ser um acontecimento positivo, valorizado que confere à menina estatuto de mais crescida permitindo-lhe fazer parte do grupo das mais velhas (Malpique, 2003).

Os interesses das pré-adolescentes mudam das diferenças anatómicas para processos fisiológicos. É nesta fase de desenvolvimento que ocorre a “libertação em relação à mãe”.

Segundo Malpique (2003), a vinculação na pré-adolescência focaliza-se principalmente nos pares e esses tornam-se as pessoas mais importantes das suas vidas, quer em termos de amizade como também relativamente a relacionamentos amorosos. Deste modo, entende-se a importância do corpo que se modifica nesta fase e as consequências dessas transformações, visto que a pré-adolescente visa agradar aos pares, e para tal precisa de se sentir bem no seu corpo e utiliza-o para chamar a atenção dos outros.

Quando este processo é hipotecado por factores de ordem interna, externa ou conjugação de ambos, a saída é a adaptação psicopatológica (Braconnier & Marcelli, 2000; Fleming, 2004; Malpique, 2003).

Malpique (2003) define alguns dos factores associados ao desenvolvimento de psicopatologia, com base na experiência clínica e em estudos epidemiológicos desenvolvidos nos últimos 15 anos, como: (a) marcada dependência da mãe pré-edipiana (e.g. presença de perturbação do comportamento alimentar desde a infância e latência); (b) pobreza de recursos narcísicos, que acentuam a vulnerabilidade à depressão e quebra da auto-estima, face às transformações pubertais; (c) estrutura familiar em que é filha única e o pai ausente; (d) débil organização defensiva da latência e persistência de sintomas; puberdade adiantada (menarca entre os 8 e os 10 anos de idade); e (e) tendência para a obesidade.

## DEPRESSÃO

O sentimento depressivo, a depressão é, tal como a angústia, uma experiência subjectiva universal, um dos meios através dos quais o Homem tenta lidar com os conflitos, as frustrações, as decepções e as perdas. Ao mesmo tempo que se trata de uma experiência

afectiva de significado psicológico geral, a depressão – tal como a ansiedade – é o sintoma principal de um quadro clínico potencialmente grave e bem definido, ao qual chamamos doença depressiva (Coelho, 2004).

A depressão é classificada como uma perturbação do humor. Segundo Wolpert (2000) devemos encarar o humor como um estado emocional que persiste durante um período de tempo bastante longo. Assim, um estado de humor, particularmente uma perturbação do humor, pode durar meses, como no caso da depressão, enquanto que as emoções (transitórias nas sua maioria) são respostas a acontecimentos externos e a pensamentos internos.

Montgomery (2000), diz que a depressão é uma doença frequente e grave que pode pôr a vida em perigo, logo é indispensável o seu diagnóstico e tratamento imediato.

Para esse diagnóstico devem ser vários os sintomas presentes. Wolpert (2000), refere que um deles é a presença de humor deprimido, mas que por si só, não é suficiente para justificar o diagnóstico de depressão, visto que a depressão é uma síndrome, não um sintoma, exigindo a presença de vários sintomas.

Segundo o DSM-IV, devem então estar presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas ou mais: humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição clara do interesse ou prazer; aumento ou perda do peso significativo; insónia ou hipersónia; diminuição do controlo sobre os movimentos corporais; fadiga; sentimentos de desvalorização ou culpa; diminuição da capacidade de pensamento ou concentração; pensamentos sobre a morte ou ideação suicida (Wolpert, 2000).

Para além destes sintomas, Wolpert (2000), refere que existem também sintomas físicos, como dores de cabeça, perturbações gástricas e taquicardia. Refere ainda que há que ter em conta o aspecto deprimido que muitas vezes está presente: o rosto do doente é triste, com os olhos e os cantos da boca para baixo; pode evidenciar sinais de choro; a face pode estar imobilizada numa máscara de desolação.

Há ainda que ter em conta, segundo Montgomery (2000), os sintomas de ansiedade, pois encontram-se entre os mais frequentes na depressão, representando indicadores muito rigorosos da sua gravidade, e devem ser considerados como parte da depressão. Contudo, há que distinguir ansiedade de depressão. Coimbra de Matos (2001), define ansiedade como sendo o afecto produzido pela ameaça de perda ou insegurança (é o medo), enquanto a depressão, vem na sequência da perda ou solidão efectivas (é a dor). Enquanto que na ansiedade o sujeito mobiliza esforços para sobreviver, pondo a agressividade ao serviço da

luta ou da fuga, na depressão é a desistência e a conformação com o sucedido, inflectindo a agressividade para o interior do próprio sujeito.

Há também que distinguir luto de depressão. No luto predomina a saudade da boa relação, na depressão a raiva contra o objecto perdido, que se julga nunca ter dado ao sujeito o melhor de si próprio. Poderíamos associar, tal como Freud, o luto à depressão normal, e a melancolia à depressão patológica. Assim enquanto que o luto, como reacção normal à perda de um objecto importante, não se acompanha de regressão apreciável sendo uma fase, transitória e necessária, de readaptação do investimento a novos objectos, a melancolia, comportando uma pesada regressão oral-narcísica, com introjecção ambivalente do objecto perdido, é a reacção patológica de uma personalidade demarcada pela extrema dependência objectal (Coimbra de Matos, 2001).

Montgomery (2000), considera que há ainda que ter em conta para um diagnóstico correcto, a duração dos sintomas depressivos nucleares. Considera-se que é necessária uma duração mínima de duas semanas antes que se possa avançar um diagnóstico de depressão. Nesta primeira fase, alguns doentes podem evidenciar sintomas ansiosos, mas se a ansiedade se estabelece de uma forma constante, parece seguir-se a depressão.

Coimbra de Matos (2001) define a depressão como sendo a perda/abaixamento da pressão anímica, traduzindo-se por diminuição da energia psíquica e vital da libido, da motivação e do interesse pelo real. O seu sintoma patognomónico é o abatimento, desaceleração ou abrandamento; não a tristeza que é mais típica do luto. Na génese desse abatimento está a perda da esperança de recuperar o afecto perdido; e na continuidade patogénica, a baixa auto-estima e também a culpa irracional, ilógica.

O autor considera que são três os aspectos essenciais que definem a estrutura da depressão: a dependência oral-anaclítica, a insuficiência da compleição narcísea e a severidade do Supereu. O sistema relacional do depressivo caracteriza-se por uma marcada dependência de um objecto que provê os elementos de satisfação (objecto oral) e que, ao mesmo tempo, apoia (objecto anaclítico) uma relação oral-narcísica e uma relação de dependência. A deficiência narcísica (baixa auto-estima) e o self real diminuto (auto-imagem desvalorizada) são então as duas fases – investimental e representativa - do sujeito. A severidade do Supereu tem por base um Supereu precoce, cuja origem é sobretudo pré-edipiana, que jamais perdoa e castiga a menor transgressão e que, na depressão tipo

melancólica, é sobretudo de génese oral. Aliado a este Supereu, existe um Ideal do Eu de uma exigência extrema e perfeição absoluta. Estes traços de personalidade – a baixa de auto-estima, a culpabilidade, a severidade do Supereu, a vulnerabilidade à perda e a idealização do passado – são na maioria das vezes egosintónicos e correspondem a uma depressão crónica latente ou larvada.

Coimbra de Matos (2001), considera que a depressão patológica encontrasse quando a natureza predominantemente narcísica dos laços objectais, condiciona uma intolerância e uma susceptibilidade particularmente intensas à perda do amor e protecção desse objecto fundamental. Como o objecto é, neste caso, do tipo funcional ou complementar (um instrumento ou um prolongamento do próprio) o sujeito sente, ao perdê-lo (no real ou imaginariamente), que se destaca e afasta uma parte essencial de si mesmo.

A estrutura depressiva, organiza-se por efeito de pequenas perdas cumulativas ou como sequela de uma reacção depressiva. Mas também, na vigência e sequência de uma relação patogénica em que o sujeito dá mais (sobretudo afecto) do que recebe, vivendo num sistema de perda contínua, numa economia depressígena; trata-se de um amor não correspondido. O sujeito depende de um objecto imaturo e narcísico, que suga afecto e só dá para receber mais em troca. O processo depressivo organiza-se então num jogo projectivo-introjectivo invertido e de efeitos perversos: projecção da idealidade e introjecção nuclear da malignidade, assim como de desculpabilização do objecto e inculpação do próprio, donde decorre a inflexão da agressividade. Assim, o objecto é, neste sentido, um objecto culpabilizante que desvaloriza, humilha e ridiculariza o sujeito, e um objecto narcísico e desnarcisador, desamante, crítico, agressivo, controlador e repressivo (Coimbra de Matos, 2001).

Quando falamos de depressão, temos ainda que reflectir sobre os factores etiológicos na disposição ou pré-disposição depressiva. Coimbra de Matos (2001), considera que esse factor etiológico é o facto da criança ter sido investida narcisicamente e negativamente pela mãe. Não foi valorizada pela mãe por não corresponder ao objecto narcísico idealizado que ela (mãe) tinha projectado no filho. Tal relação, narcisicamente orientada, tem tendência a ser uma relação severa e exigente, condicionando na criança um Eu ideal ou ideal do Eu precocemente organizado, de origem materna, e representando para o sujeito, mais que metas dificilmente atingíveis, uma sensação de insucesso real e constante.

Coimbra de Matos (2001), refere que na depressão propriamente dita, há perda objectal (que se acompanha sempre de uma perda narcísica). E a perda é acompanhada de sentimentos de culpa: porque, não só o individuo sabe que atacou, na fantasia ou no real, o objecto perdido, mas também porque desejou a perda do objecto. A depressão é a sequela de uma perda culposa, dado o desejo da perda. A depressão é sempre uma depressão de culpabilidade. A depressão de inferioridade (ou depressividade) é o que está antes da perda: da perda do objecto real ou do desligamento da imago objectal.

Assim, a doença depressiva, pode manifestar-se sob uma depressão de inferioridade ou narcísica ou sob uma depressão de culpabilidade ou masoquista, são as duas vertentes qualitativas da depressão. Estas associam-se sempre, não havendo quadros puros de uma ou outra, mas apenas prevalência, de uma ou outra das organizações do Eu: narcisismo ou masoquismo. Na depressão narcísica predomina a nostalgia do objecto idealizado perdido e na depressão masoquista o esmagamento pelo introjecto maligno. Elaborando de uma outra forma este núcleo da organização depressiva, diríamos que na depressão o individuo está, por um lado, (a) dominado por um «quisto maligno» que habita o interior do Self (depressão masoquista ou de culpabilidade), e, por outro, (b) fascinado por um «satélite» idealizado que gravita no espaço de seu mundo interno, da sua fantasia (Coimbra de Matos, 2001).

Há ainda que referir o recalçamento da sexualidade infantil, por ser, segundo Coimbra de Matos (2001), um dos aspectos centrais da depressão. O erotismo fálico sobretudo, foi fortemente reprimido. Da vida erótica do período genital infantil ou fálico, pouco ou nada resistiu ao recalque.

Contudo, segundo o autor, o núcleo do sofrimento depressivo é o sentimento de falta de afecto, de carência afectiva. Foi, é uma vida triste. Real ou fantasiada, essa foi a negra vivência subjectiva. Vivência que, para que a vida fosse possível, o indivíduo recalcou, mas que não deixa, como todo o recalçado, de fustigar constantemente o sujeito, ainda que sem ser percebida, consciencializada.

A nostalgia do seio e da mãe, desse «maravilhoso» objecto perdido, é segundo o autor, o traço cheio da vivência depressiva. Esta nostalgia que é portanto o equivalente da depressão. Nostálgico, o que vive da saudade daquilo que perdeu. Logo, o que caracteriza a depressão é um sentimento de insatisfação profunda.

A libido, retida neste objecto primitivo e nos objectos infantis de satisfação oral e de amor-carinho e necessidade de protecção, impede o investimento de novos objectos e objectivos: de objectivos genitais e de independência. A excessiva idealização do objecto,

conduz, por outro lado, a um insuficiente investimento narcísico, a uma baixa auto-estima (Coimbra de Matos, 2001).

## DEPRESSÃO NA PRÉ-ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE

O estudo empírico da depressão em adolescentes e crianças é de origem relativamente recente (Maj & Sartorius, 2005). O ritmo nestas pesquisas sobre as perturbações do humor da adolescência têm vindo a aumentar. (Coelho & Martins, 2002; Passos & Machado, 2002).

No início, a depressão na infância e na adolescência era considerada inexistente ou acreditava-se que se manifestasse por meio de sintomas não-depressivos, como queixas somáticas, dificuldades comportamentais ou fracasso académico (Maj & Sartorius, 2005). Contudo, actualmente, há diversas evidências de que a depressão é, na verdade, bastante comum na adolescência (Bee, 1997). Vários estudos recentes revelaram que os transtornos depressivos podem ocorrer durante a infância/adolescência, indicando assim que a depressão é mais prevalente durante a infância/adolescência do que se pensava anteriormente. A prevalência durante a adolescência foi estimada entre os 15% e os 20%, taxa comparável com a dos adultos e que pode sugerir que a depressão no adulto se origina, possivelmente, na adolescência (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996, citados por Coelho & Martins, 2002; Maj & Sartorius, 2005). Quanto à prevalência pontual estimada, para a perturbação depressiva major em adolescentes, varia entre os 0,4% e os 8,3% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman et al., 1996, citados por Coelho & Martins, 2002).

Embora os pré-adolescentes e adolescentes que se descrevem a si mesmos como deprimidos, não evidenciem todos os sintomas de uma total depressão clínica, mostram a mesma espécie de mudanças hormonais e outras mudanças endócrinas, durante os episódios de depressão, que os adultos, de forma que sabemos que a depressão entre os adolescentes é um estado clínico real e potencialmente grave (Bee, 1997).

Braconnier (1998), refere que certas características clínicas da depressão tendem a mudar com a idade: as queixas somáticas, a irritabilidade e o retraimento social são frequentes nas crianças e nos jovens adolescentes, enquanto a lentificação psicomotora, a hipersónia e as ideias delirantes são mais frequentes nos adolescentes mais velhos.

Braconnier (1998), refere ainda que parece, claramente, que a disforia se encontra mais frequentemente em adolescentes do que em adultos. E que inversamente, o entorpecimento afectivo caracteriza melhor a depressão do adulto do que do adolescente.

Marcelli e Braconnier (2005), consideram que consoante a predominância de uma das dimensões da depressão, pode-se distinguir a depressão de inferioridade ou a depressão de culpabilidade, como atrás já foi referido, mas também a «síndrome de ameaça depressiva» que, segundo Braconnier (1987, citado por Marcelli e Braconnier, 2005), acontece quando o trabalho normal de separação, que é parte integrante do processo de pré-adolescência e adolescência, pode ser dificultado por situações particulares (perda de um parente, divórcio), e de um estado ansioso e pré-depressivo, o jovem pode passar para um estado depressivo e mesmo francamente depressivo.

Os autores referem que é a depressão de inferioridade que constitui a forma característica de depressão durante a adolescência. A diminuição da auto-estima e o sentimento de inferioridade que dela decorre são comuns a qualquer depressão, seja qual for a idade. Mas as eventualidades da auto-estima na adolescência tornam os sujeitos dessa idade particularmente vulneráveis a esse tipo de depressão. Caracteriza-se por um conjunto de sentimentos ditos de «inferioridade» ligados, por exemplo, a um domínio específico, escolar ou físico ou ao conjunto da personalidade. A esse sentimento associa-se, na maioria das vezes, o sentimento de não ser amado ou apreciado e um desinvestimento objectal que se traduz por um desinteresse pelo mundo exterior ou uma procura no mundo exterior orientada para provar o seu valor. Evidentemente estamos aqui numa problemática essencialmente narcísica, residindo o único conflito na impossibilidade para esses sujeitos de realizarem as exigências ideais que têm (Ferrari e Braconnier, 1976, citados por Marcelli & Braconnier, 2005). Do confronto com esse modelo de perfeição que constitui esse ideal do Ego com o qual o Superego o compara, o Ego do adolescente vai desenvolver sentimentos de inferioridade característicos dessa depressão. Isto não quer dizer que os únicos conflitos existentes se situam no registo narcísico; conflitos de culpabilidade, característicos da depressão de culpabilidade, podem por exemplo estar presentes, mas encontrar-se-ão em segundo plano (Marcelli & Braconnier, 2005).

Sabe-se também hoje, que a depressão tende a aumentar à medida que o indivíduo caminha para a adolescência (Bee, 1997), aumentando a sua frequência durante a

adolescência mas sendo rara em pré-pubescentes (Felming & Offord, citado por Coelho & Martins, 2002).

Podem ser várias as causas que contribuem para esse aumento, desencadeadas por acontecimentos “stressantes” e mudanças na vida da própria criança, como o divórcio dos pais, perda do emprego por um dos pais, as mudanças da puberdade ou mudanças na escola ou ainda a rejeição ou o isolamento por parte dos companheiros. Assim, o jovem de 12 ou 13 anos está assimilando uma grande quantidade de novas experiências físicas, sociais e intelectuais e ao mesmo tempo em que essas experiências são absorvidas (embora antes de elas serem digeridas) o pré-adolescente encontra-se num estado mais ou menos constante de desequilíbrio (Bee, 1997).

Bee (1997), diz-nos ainda que os bruscos aumentos na taxa de depressão e a redução na auto-estima que se encontram no início da adolescência, parecem também estar associados ao acréscimo de novas demandas e mudanças. Os anos iniciais da adolescência possuem muito em comum com os primeiros anos da infância, no sentido da procura de mais independência, mas a níveis mais abstractos. Enquanto esta busca de independência vai acontecendo, o jovem adolescente está ainda a enfrentar todo um novo conjunto de habilidades a serem aprendidas – novas habilidades sociais, novos níveis de complexidade cognitiva.

Coelho e Martins (2002), indicam ainda outros factores que podem contribuir para a depressão na pré-adolescência e adolescência. Os factores genéticos são um deles. As perturbações de humor tendem a aglutinar-se nas mesmas famílias. Encontram-se prevalências aumentadas de perturbações de humor nos filhos e familiares de sujeitos que delas padecem, aumentando o risco para a perturbação consoante a proximidade de parentesco. Assim, perante as rápidas mudanças físicas e psicológicas, por que este período é marcado, estes jovens deprimem-se mais facilmente. Para além dos factores genéticos, há também que considerar os factores psicossociais. Diversas teorias psicossociais tentam explicar a origem da depressão no pré-adolescente e adolescente. Os autores de orientação psicodinâmica sugerem factores relacionados com a perda objectal, real ou fantasiada, com a qualidade do processo de vinculação, com a perda de auto-estima ou com dificuldades de autonomia no processo de construção da identidade e no processo de separação/individuação.

Para além disto, sabe-se que enquanto a perturbação depressiva major nas crianças ocorre com a mesma frequência em ambos os sexos, na adolescência é duas vezes mais frequente nas raparigas, assemelhando-se à distribuição nos adultos (Braconnier, 1998; Birmaher et al., 1996, citado por Coelho & Martins, 2002), na qual o risco de desenvolver

uma depressão ao longo da vida é de 8% a 12%, para os homens, e de 20% a 26% para as mulheres (Montgomery, 2000). Desde o início até meados da adolescência, as raparigas aumentam a tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva dos que os rapazes (Giaconia, Reinharz, Silverman, Pakis, Frost & Cohen, 1993, citados por Coelho & Martins, 2002). A partir dos 12/13 anos, a depressão já é duas vezes mais prevalente nas meninas. Elas não apenas relatam mais sintomatologia depressiva, como também menos satisfação com a aparência em várias medidas da imagem corporal e auto-estima significativamente mais baixa.

As mudanças corporais, isto é, o equilíbrio hormonal alterado, acontecem mais ou menos na mesma época em que se constata a taxa elevada de depressão, o que indica uma probabilidade considerável de conexão entre a imagem corporal alterada, as mudanças físico-hormonais e o início da depressão na puberdade (Maj & Sartorius, 2005).

Muitos são os factores indicados para explicar a taxa de depressão mais elevada nas raparigas do que nos rapazes. Reinherz, Frost, Stewart-Brghauer, Pakiz, Kennedy & Schille (1990), indicam como hipóteses para explicar esta diferença os factores psicossociais, tais como a discriminação societal e as diferenças biológicas como a fisiologia endócrina feminina. Keenan e Hipwell (2005), indicam como factores, a autonomia, a vinculação e mudanças físicas e psicológicas associadas ao desenvolvimento pubertário. Mas Angold et al. (1998, citado por Ge, Conger & Elder, 2001) descobriram que o estado pubertal fornece uma melhor explicação do aumento da depressão em raparigas adolescentes. O período da puberdade tem uma forte conotação psicossocial, uma vez que o efeito da transição pubertal tem sido revelado para ser diferente entre raparigas que o experimentam em diferentes idades. De facto, as variações de idade na menarca estão relacionadas com as variações no significado da transição, num potencial adaptativo individual e em opções de adaptação. Assim, o despertar da menarca é um acontecimento que envolve mudança fisiológica e afectiva para o qual, as raparigas menstruadas cedo, na altura certa e tardiamente podem estar preparadas de um modo diferente.

Ao falarmos de pré-adolescência e adolescência, levanta-se ainda o problema da existência ou não da crise da adolescência, da crise pubertária, no sentido de considerar-se ou não a depressão como um fenómeno normal deste período.

Dias Cordeiro (2002), refere que durante a pré-adolescência definir a diferença entre um comportamento evolutivo adaptativo e um comportamento patológico é particularmente complexo e difícil. Com efeito, é mais fácil delimitar a patologia do que a normalidade na base da importância dos sintomas, dos conflitos e das reacções de defesa. Muito

frequentemente, é partir da ausência da patologia que se fala de normalidade, mas esta atitude não tem validade clínica objectiva.

O autor considera que todas as fases do desenvolvimento criam novas situações de conflito, a que correspondem novos meios de as enfrentar, dando assim ao indivíduo atributos positivos. Por outro lado, cada fase de maturação traz em si a possibilidade de liquidar ou resolver dificuldades e conflitos precedentes. A. Freud nota, por exemplo, que as tendências genitais, que emergem na puberdade, desempenham o papel de uma cura transitória para certas disposições passivas e femininas, adquiridas no momento do Édipo e que se mantiveram durante a latência e a pré-puberdade.

A crise da adolescência, inerente ao desenvolvimento, pode evoluir num sentido desfavorável quando se observa no jovem uma restrição de actividades ou de investimentos, ou, ainda, quando não se estabelece uma nova organização psicológica (A. Freu, 1946, citada por Dias Cordeiro, 2002). Toda a questão do aparecimento de sintomas, na altura da adolescência, consiste em distinguir o que representa uma mutação e o que corresponde a organizações mais profundas, susceptíveis de evoluir na puberdade (P. Male, 1969, citado por Dias Cordeiro, 2002).

O autor considera então que a evolução normal ou patológica do pré-adolescente depende, de uma teia de relações entre a personalidade, nomeadamente a estrutura do Eu e as suas possibilidades de identificação, as vivências passadas desde o nascimento e a crise da puberdade durante a qual a realidade familiar actual é confrontada com os conflitos passados.

Ao falarmos desta evolução normal ou patológica do pré-adolescente e adolescente, e relacionando-a aqui com a depressão, surgem algumas contrariedades entre autores, tal como nos diz Matot (1990). Uns consideram que a depressão faz parte de um processo normal da pré-adolescência e adolescência, outros, pelo contrário, consideram que só se deprime quem não está capaz ou preparado para enfrentar todas as mudanças que a pré-adolescência e a puberdade trazem.

Neste sentido, Amaral Dias e Vicente (1984) consideram que, a vivência de momentos de depressão, ao longo do processo de crescimento juvenil, é normal. A adolescência é o momento no qual se operam as maiores transformações no aparelho psíquico, o que acarreta fortes sentimentos de perda, que levam a afectos depressivos. Assim, a depressão é uma forma normal de reagir na adolescência, mas deixa de assim o ser, quando não há tolerância ao luto.

Estes autores, consideram a contribuição kleiniana importante para compreendermos estes movimentos de luto. Assim, consideram que o cerne da depressão adolescente é o

*retorno à posição depressiva*, posição esta que reaparece aquando do luto das imagos parentais e ainda que a evolução desse luto num sentido normal ou pelo contrário patológico, depende da capacidade de reparação que o Eu é capaz de experimentar.

Vários autores como Blos (1998), Braconnier e Marcelli (2000), e Malpique (2003) referem-se ao trabalho de luto necessário, neste período de desenvolvimento, num duplo sentido: por um lado a reelaboração de um corpo sexuado (luto do corpo infantil) e por outro, das representações das relações parentais (luto das imagos parentais).

O luto assume o significado de elaboração psíquica que acontece, normalmente, após a perda do objecto. Este pode ser uma pessoa amada como também uma abstracção, um ideal. A tristeza, a inibição, o retrain-se sobre si são comportamentos normais neste processo de elaboração psíquica. A perda de interesse por tudo o que seja referente ao objecto de amor, corresponde à diminuição de energia psíquica disponível para o sujeito tentar percepção a realidade (que é rejeitada ao nível do inconsciente) (Malpique, 2003).

O desenvolvimento completo do trabalho de luto pode demorar vários meses (Pelot, 2001).

É também neste sentido, que se encontra a posição de Laufer (2000), que considera que a depressão durante a (pré) adolescência deve ser vista nas suas relações com as tensões normais deste período. Quando olhamos para um caso particular, devemos procurar as áreas da vida do jovem que parecem torná-lo particularmente vulnerável, durante este período, em lidar com estas novas tensões.

Contudo, é quando os sentimentos de depressão persistem e afectam o funcionamento total do adolescente que nos devemos preocupar.

Assim se o sujeito não tem a capacidade de lidar com o luto, é preciso e é importante para uma compreensão da adolescência, segundo Laufer (2000), considerar primeiro o desenvolvimento durante a infância, e a perspectiva que temos da relação entre este período e o que acontece quando a pessoa atinge a adolescência.

Neste sentido vai ainda Marcelli e Braconnier (2005), que afirmam que a adolescência enquanto fase de desenvolvimento do indivíduo em geral é, muitas vezes, descrita em termos que se aplicariam tanto à descrição de uma depressão como a uma luta contra a depressão. Ao falar de adolescência referiremos voluntariamente a tristeza, a agitação e a cólera. Ao pensarmos nos aspectos psíquicos da depressão, como o luto e perda do objecto, a inclinação narcísica e fixação oral, a ambivalência e a agressividade, enfim o afecto depressivo de base e

o seu corolário comportamental, e a sua presença mais ou menos intensa no decorrer do processo normal do desenvolvimento do adolescente representa, facto incontestável, um argumento a favor da hipótese de que não existe adolescência sem depressão.

Contudo, apesar dos traços incontestáveis, a associação da adolescência, enquanto fase do desenvolvimento de qualquer indivíduo, ao luto e à depressão será então uma simplificação excessiva. Para muitos autores a adolescência oscila afinal entre duas posições: num pólo a experiência de perda e por consequência o estabelecimento de um trabalho de luto, no outro pólo o perigo potencial sobretudo devido à gravidade das regressões narcísicas de um estado depressivo clinicamente identificado.

Segundo Marcelli e Braconnier (2005), muitas são as separações e perdas que marcam este período e que se fazem para o benefício de novos encontros, de novos interesses e de novos objectivos. No entanto, nessa aventura, perda de objecto e perda narcísica perseguem o adolescente em cada instante alternativamente e muitas vezes em simultâneo. Essas perdas podem ser resumidas a quatro níveis: a nível do corpo – o adolescente perde a relativa quietude da infância. As bruscas modificações corporais, o défice instrumental transitório e os «problemas» fisiológicos são em determinadas alturas dificilmente contrabalançados pelas potencialidades nascentes e os acessos a novos prazeres; a nível dos pais – o adolescente deve realizar uma série de lutos. O primeiro é o da mãe-refúgio e provoca também o luto do estado do bem-estar ideal de união com a mãe. Por outro lado, há o luto dos objectos edipianos tanto mais difícil de ultrapassar que se faz em presença da pessoa real dos pais; a nível do grupo – por mediatizar a ordem social e cultural o adolescente deixa o grupo familiar e as pessoas chegadas à família para entrar no grupo dos pares e dos adultos; a nível do self, dos seus movimentos e das suas formações psíquicas – o despertar e a modificação das posições infantis associadas à emergência de novos investimentos, obrigam o adolescente a fazer escolhas que sujeitam-no a uma perda. Do mesmo modo, na ambivalência fundamental que marca cada um dos seus investimentos objectais e narcísicos, tem sempre de fazer escolhas, igualmente fonte de perdas. Por exemplo, na sua sexualidade, o adolescente tenta orientar-se entre vários imprevistos para uma escolha de novos objectos e deve então fazer o luto da bissexualidade vivida até então como potencial.

Contudo, ao contrário destes autores, Coimbra de Matos (2002), considera que o luto do corpo infantil, desinvestir dolorosamente a imagem do corpo de criança, que o adolescente tem que fazer, não é o que se passa na evolução normal: nesta, não é com pesar mas com alegria, entusiasmo, triunfo e esperança que o púbere assiste ao seu desenvolvimento sexual

corpóreo. Tal pesar pela perda do corpo infantil, tristeza pela perda das formas e funções infantis do corpo, com desgosto, vergonha, e não aceitação das transformações corporais da puberdade, é um fenómeno patológico, um fenómeno defensivo – com isso o individuo defende-se de uma sexualidade que o assusta e perante a qual se inibe, de uma identidade sexual que não pode aceitar, porque mal preparado para a assumir, de uma competição e rivalidade que o intimidam, de uma virtualidade de vida mais livre e independente que é motivo para sentimentos de desamparo e incompetência, de uma sexualidade fortemente culpabilizada. Falar desse luto pelo corpo infantil é, pois tomar a defesa contra o desenvolvimento pelo próprio desenvolvimento, confundir a tendência regressiva com o movimento progressivo.

Como nos diz Cruz, Sanfins, Lemos, Maltez, & Félix (1999), as vivências dessas alterações corporais são sentidas de maneira diferente ao longo do ciclo de vida. Contudo, a não aceitação dessas transformações corporais da puberdade é bastante comum durante este período e podem ser experienciadas com depressão. Esta defesa regressiva pela depressão em face das transformações corporais pubertárias ou pela recusa de as aceitar é mais frequente nas raparigas. Por um lado, pela vicissitude mais complexa da sua evolução psicosexual, por outro lado, pela maior repressão cultural da sexualidade feminina e menor perspectiva de acesso da mulher à vida social - o que agudiza a inveja do homem, logo a inveja do pénis (Coimbra de Matos, 2002).

## ESTUDOS RECENTES SOBRE A DEPRESSÃO E A MENARCA

Muitos são os estudos que mostram que as raparigas pré-adolescentes apresentam mais sintomatologia depressiva que os rapazes pré-adolescentes (Kendel & Davies, 1986, Ruter, 1991, citados por Ge, Conger & Elder, 2001; Hanking e col., 1988, Nolen-Hoeksema e col., 1994, Coelho e col., 2002, citados por Malpique, 2003; Reinherz et al., 1990) e que esta sintomatologia depressiva aumenta nas raparigas a partir dos 12 anos, como mostra o estudo de Ferronha, Fernandes e Machado (1998, citado por Malpique, 2003).

Para então compreender este fenómeno, foram muitos os estudos realizados para compreender se era devido à idade ou se era devido ao estágio pubertário, este aumento de sintomatologia depressiva nas raparigas pré-adolescentes.

Num estudo epidemiológico realizado por Angold e col. (1998, citado por Malpique, 2003), nos EUA, com crianças dos 9 aos 16 anos, procurou-se avaliar o impacto do desenvolvimento pubertário na depressão. Verificou-se que o estágio pubertário (determinado pela escala de Tunner) era mais importante do que propriamente a idade, no aumento de risco para a depressão no sexo feminino, nesta faixa etária.

Um estudo epidemiológico realizado por Graber e col. (1997, citado por Malpique, 2003), concluiu que as raparigas com desenvolvimento pubertário adiantado apresentavam maior evidência de psicopatologia. O risco dizia respeito tanto a queixas subjectivas de ansiedade ou depressão como a desvios comportamentais.

Este risco aumentado para o aparecimento de queixas subjectivas de ansiedade ou depressão e, possivelmente, de perturbações ansiosas ou depressivas nas raparigas com puberdade adiantada é apoiado por outro estudo, prospectivo, com uma população escolar de adolescentes americanas (Hayward e col., 1997, citado por Malpique, 2003).

Também o estudo de Malpique, Gomes, Fernandes e Queirós (1999, citado por Malpique, 2003), numa amostra de 28 raparigas entre os 11 e os 14 anos, às quais foram aplicadas o Inventário de Depressão para Crianças de M.Kovacs e Beck (CDI) e a Escala de Autoconceito de Piers-Harris (P-H), revelou que no grupo com mais depressão encontravam-se as raparigas que tiveram a menarca mais cedo, ou seja, a puberdade adiantada. Os mesmos resultados foram apresentados no estudo realizado por Malpique, Lima, Soeiro e Confraria (1999-2002, citado por Malpique, 2003), e no estudo realizado por Ge, Conger e Elder (2001).

## FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A pré-adolescência é uma etapa no desenvolvimento humano de enorme importância, pois são muitas e profundas as mudanças que ocorrem quer a nível físico, social e psicológico.

Todas as mudanças biológicas, que decorrem no processo da pré-adolescência, têm um profundo impacto no funcionamento psicológico, chegando mesmo a poder desencadear certas perturbações psicológicas, como a depressão.

É certo que antes, e de acordo com Maj e Sartorius (2005), a depressão na (pré) adolescência era considerada inexistente. No entanto, trabalhos subsequentes revelaram que os transtornos depressivos podem ocorrer durante este período.

Neste sentido, segundo Coelho e Martins (2002), o ritmo de pesquisas das perturbações do humor na (pré) adolescência, têm vindo a aumentar.

Segundo Malpique (2003), estudos epidemiológicos levados a cabo nos EUA demonstram a incidência crescente da depressão, desde a idade pré-escolar até à adolescência (Kashami e col., 1988), o que é evidenciado também em estudos portugueses (Ferronha e col., 1988; Malpique e col., 1999).

Maj e Sartorius (2005), referem ainda a este respeito, que as mudanças corporais, desencadeadas pelas alterações hormonais, acontecem mais ou menos na mesma época, em que se constata as taxas de depressão mais elevadas, daí talvez as percentagens acumuladas muito significativas de vivências depressivas nos 11 e 12 anos (69,5%), no estudo levado a cabo por Passos e Machado (2002), visto ser nessas idades que se dão as maiores alterações corporais.

Outros estudos vêm mostrar-nos que é no sexo feminino que a incidência da depressão é maior e que antes da puberdade essa incidência era igual para os dois sexos.

Estudos como o de Hankin e col. (1998), como o de Nolen-Hoerksma e col. (1994) ou como o de Coelho e col. (2002), citados por Malpique (2003), mostram que a partir da (pré)adolescência, o risco de aparecimento de depressão aumenta consideravelmente no sexo feminino relativamente ao masculino.

Maj e Sartorius (2005), dizem-nos que a partir dos 12/13 anos, a depressão é duas vezes mais prevalente nas raparigas.

Coelho e Martins (2002), vão também neste sentido, dizendo que desde o início até meados da adolescência, as raparigas aumentam a tendência para desenvolver mais sintomatologia depressiva que os rapazes.

Também o estudo de Allgood-Merten, Lewinsohn & Hops (1990), citado por Weiner (1995), confirma esta tendência, mostrando que em estudantes do ensino secundário, não-pacientes, verifica-se que durante a adolescência, as raparigas relatam sintomas depressivos mais numerosos do que os rapazes.

No sentido de se perceber esta maior incidência da depressão no sexo feminino, realizaram-se diversos estudos, que se centraram na experiência da menarca, tentando verificar se esta tinha alguma influência sobre a depressão.

No entanto, os seus resultados apontam para maiores níveis de depressão nas raparigas que tiveram a menarca mais cedo do que o habitual, como nos mostram os estudos de Malpique, Gomes, Fernandes e Queirós (1999) e o estudo de Malpique, Lima, Soeiro e Confraria (1999-2002), citados por Malpique (2003).

Contudo, verifica-se que nestes dois estudos e também noutros estudos que relacionam a menarca com a depressão, as amostras são sempre constituídas por raparigas de diversas idades. Assim sendo, não se pode concluir que os valores elevados de depressão se devam apenas à menarca, pois podem ser também causados pela idade em que as raparigas se encontram ou causados pela precocidade ou atraso da menarca.

Num estudo epidemiológico de Angold e col. (1998), citado por Malpique (2003), realizado nos EUA, com crianças dos 9 aos 16 anos, procurou-se avaliar o impacto do desenvolvimento pubertário na depressão. Verificou-se que o estágio pubertário (determinado pela escala de Tanner) era mais importante do que propriamente a idade, no aumento do risco para a depressão no sexo feminino.

Num outro estudo de Barreira (2006), no qual se pretendia averiguar a vinculação aos pares nas raparigas sem menarca e nas raparigas com menarca, em que a variável idade foi controlada (a amostra era constituída apenas por raparigas com 12 anos), verificou-se que a vinculação aos pares reduzia bastante nas raparigas com menarca, o que poderia indiciar um maior retraimento, e conseqüentemente, possivelmente maiores níveis de depressão.

Num outro estudo de Fonseca (2005), no qual a variável idade também foi controlada (a amostra era constituída apenas por raparigas de 12 anos), e em que o objectivo era comparar a imagem corporal das raparigas com menarca e sem menarca, concluiu-se que a satisfação com a imagem corporal era menor nas raparigas com menarca, e que eram as

raparigas insatisfeitas com a menarca que mais insatisfeitas estavam com a sua imagem corporal, concluindo-se ainda que eram as raparigas com menarca que tinham maiores níveis de ansiedade e menor auto-conceito, o que pode mais uma vez indiciar maiores níveis de depressão.

Por considerarmos então o estágio pubertário, e em concreto a menarca, como fulcral para o desenvolvimento da rapariga, consideramos importante aprofundar este tema, visto que como nos diz Malpique (2003), a menarca é o organizador da feminilidade, porque inicia a integração do corpo sexuado.

Neste sentido, parece-nos pertinente estudar a influência da menarca no aparecimento da depressão, controlando a variável idade, para que assim se confirme que é apenas devido à presença da menarca, e não à idade, o aparecimento da depressão nessas raparigas, o que até agora não foi possível concluir, pois todos os estudos anteriores compararam sempre as raparigas com menarca adiantada com as que tiveram a menarca a tempo ou tardiamente, nunca fazendo o controle da variável idade, e não permitindo assim concluir uma relação causal entre a menarca e a depressão, independentemente da idade de maturação.

O problema desta investigação vai incidir então na relação entre a menarca e a depressão, ou seja, na presença ou ausência de depressão nas raparigas que ainda não tiveram a menarca e nas que já tiveram a menarca, e no facto de serem as raparigas que já tiveram a menarca a apresentarem valores significativos de depressão.

## HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO

Perante o problema identificado e o objectivo proposto existe uma questão que pretendemos aprofundar e esclarecer:

Hipótese – As raparigas com menarca apresentam índices de depressão mais elevados do que as raparigas sem menarca.

## MÉTODO

### *Delineamento*

A presente investigação baseia-se numa única observação, que consiste na aplicação de um questionário aos participantes. Trata-se de um estudo quantitativo que possibilite a validação estatística de resultados e a generalização dos mesmos para a restante população. O que se pretende é encontrar a presença ou a ausência da síndrome de *ansiedade e depressão*, comparando raparigas que ainda não tiveram a menarca com raparigas que já tiveram a menarca (Ribeiro, 2007).

Logo, trata-se de um estudo de comparação que, segundo Peres e Santos (2005), tem como meta a comparação de variáveis, de forma a compreender os fenómenos a avaliar, em várias condições. Nesta investigação, trata-se portanto de comparar dois grupos de pré-adolescentes, um grupo que ainda não teve a menarca - pré-menarca – e um grupo que já teve a menarca - pós-menarca -, quanto à ausência ou presença da síndrome da depressão.

Assim sendo, define-se como variável independente a menarca, e como variável dependente os níveis de depressão.

### *Participantes*

A amostra deste estudo, obtida por conveniência, inclui 62 participantes, e é constituída por dois grupos do sexo feminino, sendo um composto por 30 raparigas que ainda não tiveram a primeira menstruação, intitulado “Pré-menarca” e o outro composto por 32 raparigas que já tiveram a primeira menstruação, intitulado “Pós-menarca”. Todas elas têm 12 anos (Almeida & Freire, 2000; Ribeiro, 2007).

Assim sendo, definiram-se as seguintes variáveis controláveis: a idade (12 anos), por ser em média aos 12 anos que aparece a primeira menstruação (Ribeiro, 1990), o género (feminino), a menarca (ter tido ou não a primeira menstruação), e o tempo de menarca (sem menarca; com menarca há 0-4 meses; com menarca há 4-8 meses; com menarca há 8 ou mais meses). A variável tempo de menarca foi organizada nestes quatro grupos pois, baseando-nos

num estudo realizado por Barreira (2006), que pretendia avaliar a vinculação das raparigas com menarca aos pares masculinos, verificou-se que nos primeiros meses de menarca das raparigas (entre quatro a seis meses de menarca), a vinculação aos pares masculinos diminuía significativamente (contrariando a hipótese inicial, a qual considerava que com o aparecimento da menarca a vinculação aos rapazes aumentava). Estes resultados podiam então evidenciar, nas raparigas com menarca, a presença de um sentimento de vergonha do seu corpo, uma diminuição da sua auto-estima, ou uma situação de trauma face à menarca, o que as levava a afastarem-se dos pares masculinos. Neste sentido, será também possível que neste período, nestes primeiros meses, os índices de depressão sejam mais elevados, e por isso considerámos pertinente a organização da variável tempo de menarca nestes quatro grupos, de forma a avaliar a variação dos índices de depressão ao longo destes meses.

Pelo facto de todas as raparigas terem que ter do 12 anos e por se tratar de um estudo quantitativo que envolve uma amostra de grande dimensão, recorremos a duas escolas para obter a amostra total.

Foram entregues 198 solicitações de autorização de participação no presente estudo, no entanto, até à data de recolha apenas 62 devolveram devidamente preenchidas e assinadas as respectivas autorizações, o que corresponde a uma percentagem de devolução de 31,3%.

Da amostra total, 34 raparigas pertenciam à Escola Secundária de Miraflores, em Oeiras, e 28 raparigas pertenciam à Escola Secundária de Linda-a-Velha, em Oeiras. Todas elas, 62 raparigas, frequentavam o 7º ano do 3º Ciclo.

As jovens que ainda não tiveram a menarca correspondem a 48,4% do total da amostra. As raparigas que tiveram a menarca até há 4 meses correspondem a 21,9%, 31,3% corresponde às raparigas que tiveram a menarca no mínimo há 4 meses e no máximo há 8 meses, e a restante percentagem, 46,9%, corresponde às pré-adolescentes que tiveram a menarca há 8 meses ou mais, o que perfaz um total de 51,6% raparigas com menarca.

Grande parte das participantes vive com os pais e irmãos (58,1%), logo a seguir aparecem aquelas que vivem só com os pais (16,1%). A restante percentagem corresponde às pré-adolescentes que vivem só com a mãe ou só com o pai (12,9%), com a mãe ou o pai e os irmãos (9,7%), e aquelas que vivem com o núcleo familiar mais alargado (pais, irmão e avós – 3,2%). Quanto ao número de irmãos regista-se que 43,5% têm irmãos mais velhos, logo seguidas por aquelas que têm irmãos mais novos (24,2%), e em igualdade de percentagens aparecem as raparigas que não têm irmãos (16,1%) e as que têm irmãos mais velhos e mais novos (16,1%). A maioria dos jovens têm um irmão (53,2%), 16,1% da amostra representa as

pré-adolescentes que são filhas únicas ou que têm 3 ou mais irmãos e a menor percentagem corresponde às raparigas que têm 2 irmãos (14,5%).

### *Instrumento*

Para o presente estudo, foi elaborado e utilizado um questionário de caracterização sócio-demográfica (Anexo A), com solicitação de diversas informações que permitissem uma melhor caracterização da amostra, apresentada juntamente com o instrumento utilizado.

Na presente investigação foi utilizado um questionário de auto-preenchimento, o *Youth Self-Report* (YSR) de Achenbach & Rescorla (2001).

A estrutura inicial do *Youth Self-Report* (YSR) foi elaborada por Achenbach e Edelbrock, em 1987. Posteriormente, foi revisto e actualizado, por Achenbach, em 1991, e tinha como objectivo obter informações sistematizadas directamente de crianças e adolescentes, de 11 a 18 anos, sobre diversas competências e problemas de comportamento, seguindo o mesmo formato de outros dois questionários, criados, em 1983 por Achenbach e Edelbrock, e revistos em 1991, por Achenbach, para recolher informações dos pais (Child Behaviour Checklist - CBCL) e dos professores (Teacher's Report Form, TRF).

Em 2001, o YSR foi alvo de nova revisão, realizada por Achenbach e Rescorla. Esta versão constitui-se a partir de uma amostra de 2.581 adolescentes, dos 11 aos 18 anos (Giráldez, Seco & Mena, 2006; Ivanova, & Achenbach, Rescorla, Dumenci, Almqvist, Bilenberg, Bird, et al., 2007).

Entretanto o YSR já foi traduzido para 59 idiomas, e deu lugar a mais de 300 estudos. Tem sido muito utilizado na prática clínica e na investigação psicológica (Giráldez, Seco & Mena, 2006).

Vários foram os estudos que demonstraram a validade do YSR, enquanto instrumento útil e eficaz no estudo de problemas emocionais e comportamentais em adolescentes (Verhulst, y van Der Ende, 1991; Weinstein et. al., 1991; Achenbach, 1991; Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992, 1994; citado por Maestre, Moya, Edo, Mezquita, Ruipérez, Villa (s/ data).

Em Portugal, a versão de 1991, foi traduzida por Fonseca, Simões, Almeida, Gonçalves e Dias, em 1999. Esta versão foi utilizada em alguns estudos, como no estudo de Silva (2007), sobre a vinculação em adolescentes delinquentes, ou no estudo de Monteiro e Fonseca (1998), sobre os problemas emocionais na adolescência.

O YSR é um instrumento concebido para ser preenchido por adolescentes dos 11 aos 18 anos de idade, e obter respostas que permitem avaliar as suas próprias competências sociais, bem como os seus problemas emocionais e comportamentais. O YSR pode ser utilizado como um instrumento de rastreio, permitindo identificar, em adolescentes, indícios de problemas emocionais ou comportamentais que possam ser potencialmente preditores de perturbações clínicas.

O YSR é composto por duas partes. A primeira, que inclui a escala de competências sociais e que é constituída por sete questões, explora as respostas sobre o desempenho escolar, sobre a participação em actividades, como os desportos e os passatempos, e sobre os eventos sociais, tal como os grupos, clubes ou organizações e os relacionamentos com os amigos e familiares e que permite a construção de um perfil de competências. A segunda parte, que avalia o funcionamento comportamental adaptativo, é constituída por um total de 119 itens, todos eles classificados por 0 se (“não é verdade”), por 1 se (“algumas vezes verdade”), ou por 2 se (“verdade ou muitas vezes verdade”), e que o adolescente irá responder pensando em relação a ele próprio nos últimos seis meses. Destes 119 itens, 105 formam, no seu conjunto, a escala de “problemas totais”, enquanto que os 14 itens excedentes se referem a comportamentos socialmente desejáveis (6, 15, 49, 59, 60, 73, 80, 88, 92, 98, 106, 107, 108 e 109), como por exemplo gostar de animais, ser honesto ou defender os seus direitos. Os restantes 105 itens compõem as escalas de síndrome, que segundo o autor se referem a problemas que tendem a ocorrer juntos (Achenbach, 1991). As oito escalas de síndrome, ou factores de primeira ordem, são assim denominados por:

*I. Ansiedade e Depressão:* diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão;

*II. Evitamento Social, Retraimento/Depressão:* Associado a isolamento ou mal-estar interpessoal e energia reduzida que leva frequentemente o adolescente a evitar certos contactos sociais e a ser mais reservado. Surge frequentemente em quadros depressivos ou evitantes;

*III. Queixas Somáticas:* Surge em perturbações em que há uma tendência para a somatização;

*IV. Problemas Sociais:* Relaciona-se com a qualidade das relações interpessoais e a aceitação social;

*V. Problemas de Pensamento:* Pode surgir elevado em perturbações psicóticas ou em quadros obsessivo-compulsivos;

*VI. Problemas de Atenção:* Associado a perturbações de hiperactividade e défice de atenção;

*VII. Comportamento Delinvente/de Oposição:* Trata-se de um comportamento de desafio mais interiorizado, associado a perturbações de conduta e do comportamento desviante;

*VIII. Comportamento Agressivo:* Representa um comportamento de desafio aberto, associado às perturbações de desafio ou oposição e da conduta.

Existem dez itens (7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93 e 110), denominados por “Outros Problemas”, que apesar de não incorporarem estas oito escalas de síndrome, fazem parte do cálculo da escala de problemas totais.

Após realizar uma análise factorial de segunda ordem, várias análises multivariadas, Achenbach (1991) identificou duas síndromes de comportamento, denominadas por síndrome de internalização (*internalizing*), que corresponde a sintomas emocionais, subjectivos, que causam tensão psicológica e que apesar de pouco observáveis provocam sofrimento no sujeito, ou seja, são sintomas que têm um impacto interno (sintomas “voltados para dentro”), e por síndrome de externalização (*externalizing*), que corresponde a comportamentos disruptivos, e que causam transtorno nas outras pessoas, ou seja, são sintomas que têm impacto no meio (sintomas “voltados para o exterior”).

As escalas de síndrome “Ansiedade/Depressão”, “Retraimento/Depressão”, e “Queixas Somáticas” compõem a síndrome internalizante, enquanto as escalas “Comportamento de Oposição”, e “Comportamento Agressivo” compõem a síndrome externalizante. As restantes escalas, “Problemas Sociais”, “Problemas de Pensamento” e “Problemas de Atenção”, não compõem nenhum dos factores de segunda ordem, por não obterem resultados que saturem estes factores (Achenbach, 1991).

Tendo esta investigação o objectivo de verificar a existência de sintomas depressivos pós-menarca, centrámo-nos apenas na Síndrome *I. Ansiedade e Depressão* da qual fazem parte, os itens 14 (Chora muito), 29 (Medos de animais, situações ou lugares), 30 (Medo de ir

para a escola), 31 (Medo de pensar ou fazer qualquer coisa mal), 32 (Sente que tem de ser perfeita), 33 (Sente que ninguém gosta dela), 35 (Sente-se sem valor ou inferior), 45 (É nervosa ou tensa), 50 (É demasiado medrosa ou ansiosa), 52 (Sente-se demasiado culpada), 71 (Fica embaraçada ou envergonha-se com facilidade), 91 (Pensa em matar-se) e 112 (Preocupa-se muito), e não tivemos em conta a Síndrome *II. Evitamento Social, Retraimento/Depressão*, pois esta Síndrome cinge-se mais ao evitamento social, e não tanto à depressão como na *Síndrome I*.

### *Procedimento*

Tendo em conta que para o presente trabalho pretendia-se utilizar o *Youth Self Report*, da versão de 2001 (Achenbach & Rescorla, 2001) e que esta não estava traduzida, nem adaptada para a população portuguesa, o objectivo inicial era a sua tradução e adaptação para a população portuguesa. A fase inicial consistiu na tradução, da versão de 2001, do questionário *Youth Self Report*, (Achenbach & Rescorla, 2001). Assim sendo, houve o cuidado de seguir as sugestões para a tradução/adaptação de provas psicológicas no sentido de assegurar a correspondência entre a versão original e a traduzida.

O primeiro passo consistiu na realização de três traduções do instrumento original em inglês para português, sendo uma feita por um tradutor, e as outras duas feitas por duas pessoas conhecedoras do conteúdo do instrumento. Nestas traduções procurou-se ter em atenção, não só os aspectos linguísticos dos itens, mas também as diferenças culturais, que ao serem negligenciadas por uma tradução “literal”, poderiam colocar em causa a compreensão dos mesmos. Em seguida, confrontaram-se as três traduções, com o cuidado de verificar se nesse processo a ideia original dos itens não era deturpada com falsas interpretações semânticas, e obteve-se a primeira versão em português.

De seguida, com o intuito de testar a funcionalidade da versão traduzida, e de confirmar a legibilidade dos itens, efectuou-se um estudo-piloto junto de uma pequena amostra de pré-adolescentes, (quatro raparigas e três rapazes). Esta pequena amostra foi recolhida numa casa de acolhimento de jovens, notando-se em alguns destes, certas dificuldades ao nível cognitivo, e por isto, partiu-se do pressuposto que se estes sujeitos compreendessem bem todos os itens do instrumento, este estaria legível para o resto da população adolescente.

Depois de respondidos os questionários, colocaram-se aos sujeitos, questões sobre a compreensibilidade dos enunciados e dos itens. Realizaram-se assim algumas pequenas alterações, que levaram à versão traduzida/adaptada final. Exemplo destas alterações é a questão IV “Diz as tarefas ou trabalhos que tens.”, que apesar de ter exemplos como, “cuidar de crianças, fazer a cama”, verificou-se que as respostas dos sujeitos iam, quase sempre, de encontro a tarefas ou trabalhos relacionados com a escola. Assim, acrescentou-se uma nota nesta questão IV “Diz as tarefas ou trabalhos que tens, *sem contar com a escola.*”. Este estudo-piloto teve também como objectivo, testar o tempo médio de resposta dos sujeitos em grupo, (grupos de 4 e de 3 sujeitos), que não ultrapassou os 30 minutos.

Apesar de ser o objectivo inicial, a tradução e adaptação do instrumento, apenas foi efectuada a tradução, não se tendo conseguido a adaptação, e como tal este estudo faz parte de um estudo maior.

Posteriormente, depois de confirmada a legibilidade da tradução do instrumento, passou-se à recolha da amostra que viria a constituir o estudo.

Para tal, inicialmente contactou-se a Escola Secundária de Miraflores e a Escola Secundária de Linda-a-Velha e em reunião com uma responsável do Conselho Directivo, procedeu-se a uma breve explicação sobre o tema da investigação, e sobre os moldes de recolha de dados. Depois de dada a autorização, o Conselho Directivo facultou-nos uma lista de todas as raparigas com 12 anos, e a essas raparigas foram entregues as cartas de consentimento informado destinadas aos Encarregados de Educação (Anexo B).

Para a aplicação dos questionários foi-nos facultada uma sala, à qual as raparigas com a devida autorização dos Encarregados de Educação se dirigiam. Antes de se entregar os questionários às alunas, foi explicado, oralmente, a natureza do estudo, e assegurou-se a confidencialidade e anonimato. Foi também explicada a forma de preenchimento do questionário, nomeadamente das respostas referentes à Escala de Competências e das respostas referentes à Escala de Síndromes, e relativamente às respostas para esta última escala, para reforçar a consigne de encontro ao objectivo do estudo, foi dito para pensarem nelas próprias nos últimos 6 meses, tal como também o questionário indicava.

Durante o preenchimento do questionário, tomaram-se as medidas necessárias para que este fosse individual.

Com efeito, uma vez que não foi possível obter a amostra total nestas duas escolas, no ano lectivo 2008/2009, foi necessário recorrer, já no ano lectivo 2009/2010, novamente à Escola Secundária de Miraflores, onde o procedimento utilizado foi o mesmo ao anteriormente descrito.

Posteriormente, os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados, SPSS versão 17.0

Os primeiros cálculos incidiram sobre a estatística descritiva, de modo a se obter a média e desvio-padrão das variáveis e dimensões estudadas. Posteriormente, validou-se os pressupostos para a aplicação de cada um dos testes paramétricos, nomeadamente a normalidade com o teste Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene.

A verificação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as raparigas que ainda não tiveram a menarca e as raparigas que já tiveram a menarca, relativamente à *Síndrome Ansiedade/Depressão*, foi efectuada através de uma análise comparativa com o teste *t-student*.

Para a comparação entre os quatro grupos formados (grupo 1- Raparigas pré-menarca; grupo 2 – Raparigas com menarca há 0-4 meses; grupo 3 – Raparigas com menarca há 4-8 meses; e grupo 4 – Raparigas com menarca há 8 ou mais meses), no que respeita à *Síndrome Ansiedade/Depressão*, realizou-se a ANOVA.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados inicia-se com a apresentação descritiva de algumas das características da amostra obtida. As tabelas 1 e 2 ilustram os resultados obtidos.

Tabela 1 – Distribuição das raparigas pelos dois grupos: Pré-Menarca e Pós-Menarca

MENARCA	FREQUÊNCIA
Pré-Menarca	30
Pós-Menarca	32
Total	62

A partir da tabela 1 verifica-se que a amostra total é de 62 raparigas, 30 das quais ainda não tiveram a menarca, e 32 que já tiveram a menarca.

Tabela 2 – Distribuição das raparigas pelo tempo da menarca

TEMPO DE MENARCA (Grupos)	FREQUÊNCIA
Grupo 1 - Pré-Menarca	30
Grupo 2 - Com menarca entre 0 a 4 meses	7
Grupo 3 - Com menarca entre 4 a 8 meses	10
Grupo 4 - Com menarca há 8 meses ou mais	15
Total	62

Como se o observa a partir da tabela 2, depois da amostra obtida ter sido dividida em dois grupos (raparigas pós-menarca e raparigas pré-menarca), procedeu-se ainda a uma subdivisão da amostra, formando para tal 4 subgrupos: Grupo 1 (raparigas pré-menarca), Grupo 2 (raparigas com menarca entre 0 a 4 meses), Grupo 3 (raparigas com menarca entre 4 a 8 meses), Grupo 4 (raparigas com menarca há 8 ou mais meses).

As raparigas que ainda não tiveram a menarca, são o grupo que aparecem em maior número na amostra obtida, com um total de 30 raparigas. De seguida, aparecem as raparigas que tiveram a menarca há 8 ou mais meses, com um total de 15 raparigas. São as raparigas que tiveram a menarca há menos tempo, ou seja, no máximo há 4 meses, que aparecem em menor número na amostra obtida, correspondendo a um total de 7 raparigas, enquanto que as

raparigas que tiveram a menarca no intervalo entre 4 a 8 meses corresponde a 10 raparigas do total da amostra.

A apresentação dos resultados encontra-se organizada em três vectores, a saber: (a) comparação das raparigas “pré-menarca” e “pós-menarca” no que respeita à ausência ou presença da *Síndrome Ansiedade/Depressão*; (b) comparação da *Síndrome Ansiedade/Depressão* consoante os quatro grupos formados, relativos à variável Tempo de Menarca.

Comparação das raparigas “pré-menarca” e “pós-menarca” no que respeita à ausência ou presença da *Síndrome Ansiedade/Depressão*

Na tabela 3 apresenta-se a descrição (média e desvio-padrão) da amostra dividida pelo grupo “pré-menarca” e pelo grupo “pós-menarca”.

Tabela 3 – Médias amostrais dos dois grupos: pré e pós-menarca

	Ansiedade/Depressão
Pré-Menarca	$M = 0.58$ $SD = 0.32$
Pós-Menarca	$M = 0.52$ $SD = 0.33$

$M$  = Média;  $SD$  = Desvio-Padrão

A partir da tabela, pode observar-se no que se refere à variável média da ansiedade/depressão, que são as pré-adolescentes que ainda não tiveram a menarca que apresentam valores médios mais elevados de ansiedade/depressão ( $M = 0.58$ ,  $SD = 0.32$ ), comparativamente com a pré-adolescentes que já tiveram a menarca ( $M = 0.52$ ,  $SD = 0.33$ ). Há ainda que ter em conta que o desvio-padrão nos dois grupos, é bastante elevado, o que significa que há uma grande dispersão dentro de cada grupo.

A tabela 4 apresenta o teste de Kolmogorov-Smirnov, onde se pretende averiguar a normalidade (distribuição) da amostra obtida.

Tabela 4 – Teste de Normalidade – Kolmogorov-Smirnov

Ansiedade/Depressão	
Pré-Menarca	KS – 0.12
	df – 30
	sig – 0.20
Pós-Menarca	KS – 0.13
	df – 32
	sig – 0.18

A partir dos resultados obtidos, a amostra dividida em raparigas pré e pós menarca, para a dimensão Ansiedade/Depressão, segue uma distribuição normal, visto que os valores de  $p$  (sig), tanto para as jovens sem menarca ( $p = 0.20$ ), como para as jovens com menarca ( $p = 0.18$ ), são superiores a  $\alpha = 0.05$ .

Assim sendo, aceita-se a hipótese nula ( $H_0$ ), que pressupõe que as variáveis, nível de ansiedade/depressão nas raparigas sem menarca e nível de ansiedade/depressão nas raparigas com menarca, seguem uma distribuição normal.

Nesse sentido, deve-se aplicar um teste paramétrico, mas é necessário antes dessa aplicação, averiguar a homogeneidade das variâncias, utilizando-se para isso o teste de Levene, apresentado na tabela 5.

Tabela 5 – Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias

Ansiedade/Depressão	
Estat. de Levene	0.12
sig.	0.72

A partir da tabela 5, podemos observar que o valor de significância obtido para a variável ansiedade/depressão ( $p = 0.72$ ) é superior ao alfa ( $\alpha = 0.05$ ). Logo a hipótese nula ( $H_0$ ) não é refutada.

Isto quer então dizer, que as variâncias são assumidas como homogêneas e por isso o teste estatístico a utilizar para a comparação de médias da amostra, é um teste paramétrico de comparação de dois grupos (pré e pós menarca), é o teste *t student* para amostras independentes, como apresenta a tabela 6.

Tabela 6 – Teste *t* para amostras independentes: comparação da variável Ansiedade/Depressão entre os dois grupos da amostra (pré-menarca e pós-menarca)

Ansiedade/Depressão	
T-test	-0.75
Df	60
Sig (2-tailed)	0.45
Dif. Médias	-0.06
	Inferior
Intervalo de	-0.22
confian.	Superior
	-0.10

O teste *t student* permite analisar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre as jovens que ainda não tiveram a menarca e as que já tiveram a menarca, relativamente à ansiedade/depressão.

A hipótese nula ( $H_0$ ) neste teste paramétrico, ou seja, a consideração de que a variável ansiedade/depressão em análise, é idêntica nas raparigas sem menarca e nas raparigas com menarca, não é rejeitada ( $p = 0.45/2 = 0.23 > \alpha = 0.05$ ). O que quer dizer que não existem diferenças significativas entre os dois grupos na variável ansiedade/depressão.

Comparação da Síndrome Ansiedade/Depressão consoante os quatro grupos formados,  
relativos à variável Tempo de Menarca

Na tabela 7 encontra-se a descrição (média, números totais e desvio-padrão) da amostra dividida nos quatro grupos.

Tabela 7 – Médias amostrais dos quatro grupos

	Ansiedade/Depressão
Grupo 1 Pré-Menarca	$M = 0.59$ $SD = 0.32$ $n = 30$
Grupo 2 Com Menarca há 0-4 meses	$M = 0.55$ $SD = 0.23$ $n = 7$
Grupo 3 Com Menarca há 4-8 meses	$M = 0.36$ $SD = 0.23$ $n = 10$
Grupo 4 Com Menarca há 8 ou mais meses	$M = 0.61$ $SD = 0.41$ $n = 15$

$M$  = Média;  $SD$  = Desvio-Padrão

Observa-se que os maiores valores médios da variável ansiedade/depressão aparecem nas raparigas com menarca há 8 ou mais meses ( $M = 0.61$ ,  $SD = 0.41$ ), de seguida são as raparigas pré-menarca que apresentam os maiores valores médios ( $M = 0.59$ ,  $SD = 0.32$ ), de seguida nas raparigas com menarca há 0-4 meses ( $M = 0.55$ ,  $SD = 0.23$ ) e os valores médios mais reduzidos aparecem nas raparigas com menarca há 4-8 meses ( $M = 0.36$ ,  $SD = 0.23$ ). Há que referir que é nos dois grupos que apresentam os maiores valores médios de ansiedade/depressão (grupo 1 e grupo 4), que o desvio-padrão é mais elevado, ou seja, nesses dois grupos a dispersão é maior.

A tabela 8 apresenta os valores do teste Kolmogorov-Smirnov para os quatro grupos.

Tabela 8 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov

Ansiedade/Depressão	
Grupo 1 Pré-Menarca	KS – 0.13 df – 30 sig – 0.20
Grupo 2 Com menarca há 0-4 meses	KS – 0.23 df – 7 sig – 0.20
Grupo 3 Com menarca há 4-8 meses	KS – 0.19 df – 10 sig – 0.20
Grupo 4 Com menarca há 8 ou mais meses	KS – 0.12 df – 15 sig – 0.20

Como se pode observar, todos os valores de cada um dos grupos, seguem uma distribuição normal, ou seja, todos os valores de  $p$  (sig = 0.20) são superiores a  $\alpha = 0.05$ .

Tabela 9 – Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias

Ansiedade/Depressão	
Teste de Levene	1.99
Sig. (2-tailed)	0.13

A análise de homogeneidade das variâncias da variável ansiedade/depressão nos quatro grupos, como nos mostra a tabela 9, através do teste de Levene, demonstra que o valor de  $p$  (sig) da variável ansiedade/depressão é superior ao alfa ( $\alpha = 0.05$ ), logo a hipótese nula ( $H_0$ ) não é refutada, por isso existe homogeneidade das variâncias.

Assim sendo, verificam-se todos os pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico (a distribuição normal da amostra e a homogeneidade de variâncias). Logo, aplica-se um teste paramétrico, a ANOVA, para comparação múltipla das médias dos quatro grupos formados.

Tabela 10- Comparação entre os quatro grupos – ANOVA

Ansiedade/Depressão	
Comp. entre grupos	F = 1.37 Sig = 0.26

Observando-se a tabela 10, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos de pré-adolescentes na variável ansiedade/depressão ( $p = 0.26 > \alpha = 0.05$ ).

Assim a hipótese nula ( $H_0$ ) não é refutada, o que quer dizer que não se encontram diferenças significativas entre o grupo de raparigas sem menarca, o grupo de raparigas com menarca há 0-4 meses, o grupo de raparigas com menarca há 4-8 meses e o grupo de raparigas com menarca há 8 ou mais meses, no que respeita à ansiedade/depressão.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo deste estudo prendia-se com a comparação da depressão nas pré-adolescentes sem menarca e com menarca.

Os resultados significativos ( $\alpha = 0.05$ ) deste trabalho permitem retirar várias evidências, as quais não vão ao encontro das expectativas iniciais que tinham como sustento toda uma base teórica.

Verifica-se então que os valores de depressão não são significativamente diferentes entre o grupo de raparigas “pré-menarca” e o grupo de raparigas “pós-menarca”. Assim, de um modo geral, podemos constatar que as raparigas de 12 anos, que já tiveram a menarca não apresentam maiores índices de depressão do que as raparigas sem menarca, e como tal, o surgimento da menarca não parece produzir grandes diferenças nesse sentido. Mas a partir das médias amostrais, observa-se que é o grupo de raparigas “pré-menarca” que obtém valores médios de depressão ligeiramente superiores ao grupo “pós-menarca”.

Estes dados são então contraditórios com o que vários autores têm vindo a referir, de que mesmo quando informada, a pré-adolescente sofre sempre um choque com a menarca (Malpique, 2003), de que a renúncia à onnipotência infantil de que se vê obrigada a fazer perante o aparecimento da menarca, a elaboração do luto do corpo infantil, leva à depressão pós-menarca (Braconnier & Marcelli, 2000; Malpique, 1986) e de que a aceitação do corpo modificado é uma das tarefas mais difíceis da pré-adolescente realizar, pois tem de se ajustar às alterações normais que acompanham a puberdade e de aceitar as suas novas formas, adaptação esta que, por vezes, é gradual e acompanhada de psicopatologia (Braconnier & Marcelli, 2000; Hurlock, 1979).

Os resultados encontrados parecem então ir mais ao encontro da teoria proposta por Coimbra de Matos (2002), que considera que a reacção de pesar da púbere em relação ao seu desenvolvimento sexual corpóreo, não é a reacção normal, não faz parte da evolução normal, na qual a púbere reage com alegria, entusiasmo, triunfo e esperança e não com pesar. Neste estudo não avaliámos a alegria, entusiasmo, triunfo e esperança de que o autor nos fala, mas constatámos, como já foi referido, que de facto não é com pesar que as raparigas reagem à menarca.

Contudo, todas estas fundamentações teóricas tinham como base investigações realizadas, que avaliavam a influência da menarca nos índices de depressão, mas em raparigas de diversas idades, não controlando por isso a variável idade, e nunca se chegando a concluir

se era devido à idade os maiores índices de depressão ou se era devido à presença da menarca. No presente estudo controlámos a variável idade, e como tal podemos concluir que possivelmente os resultados obtidos nos estudos anteriores, seriam devido à idade ou à idade de aparecimento de menarca e não à presença da menarca.

No entanto, para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, há que ter em conta os factores que podem influenciar a forma de adaptação das raparigas a estas mudanças do corpo na puberdade, como a menarca, e a extensão dos efeitos. Segundo Castanho (2005) e Hurlock (1979), são os seguintes: a rapidez da mudança; a falta de preparação; o ideal de infância; a expectativa social; os estereótipos; a aceitação social.

É certo que na sociedade actual em que vivemos, a repressão cultural da sexualidade feminina e a menor perspectiva de acesso da mulher à vida social, de que nos fala Coimbra de Matos (2002), é cada vez menor. Assim, os estereótipos parece que se vão modificando, bem como a aceitação social. Como nos diz Orsolin (2002, citado por Borsa & Feil, 2008), até há poucas décadas a identidade da mulher estava directamente associada à maternidade, ou seja, ela nascia para o casamento e procriação. Hoje abrem-se novos horizontes para uma mulher mais consciente e livre para escolher, que vem conquistando novos espaços, assumindo uma multiplicidade de papéis. A sociedade vem sendo marcada por uma ascensão da mulher no mercado de trabalho e na vida intelectual. Uma das consequências deste facto, é a possibilidade da mulher poder desenhar a direcção da sua vida, ou seja, fazer escolhas com certa liberdade que até então não lhe era permitida. Os novos papéis desempenhados pela mulher na família têm resultado em profundas alterações no conceito de feminilidade e na identidade da mulher, surgindo uma nova face do feminino no contexto social.

Ora, sendo a menarca um verdadeiro organizador da vida psíquica, nomeadamente da psicosexualidade, representando uma experiência decisiva no processo de feminização, porque inicia a integração do corpo sexuado (Deutsch, 1953, citado por Malpique, 2003), a menarca poderia ser sentida há décadas atrás, como algo negativo por representar o primeiro sinal de uma sexualidade feminina, que era até aí reprimida culturalmente, logo o seu aparecimento poderia ser sentido como um entrave à sua “liberdade”, no sentido de a sua perspectiva de acesso à vida social, ser muito reduzida. No entanto, com a evolução da sociedade, o papel da mulher modificou-se, como nos diz Borsa e Feil (2008), e nesse sentido a menarca já não surge como um sinal dessa repressão social que a mulher sentia, mas sim, como um sinal de liberdade, e de responsabilidade de poder vir a partir desse momento, a partir do momento em que a sua feminização se inicia, a escolher o seu caminho.

Assim sendo, este pode ser um factor que torna compreensível que os índices de depressão, encontrados no presente estudo, diminuam ligeiramente no grupo de raparigas “pós-menarca”, pois é a partir desse momento que lhe é dada a possibilidade de optar e desejar.

Quanto aos resultados obtidos pela comparação dos quatro grupos formados (Grupo 1 – raparigas “pré-menarca”; Grupo 2 – raparigas com menarca há 0-4 meses; Grupo 3 – raparigas com menarca há 4-8 meses; Grupo 4 – raparigas com menarca há 8 ou mais meses), verifica-se mais uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos, no que diz respeito aos valores de depressão.

Contudo quando analisados os valores médios de ansiedade/depressão de cada grupo, verificamos que logo a seguir ao aparecimento da menarca (0-4 meses), os valores de depressão diminuem em relação às raparigas que ainda não têm a menarca, e que tendem a diminuir ainda mais, num segundo momento (4-8 meses). No entanto, é num terceiro momento (8 ou mais meses) que os valores médios de ansiedade/depressão sobem e se obtêm os valores médios mais elevados de depressão.

Este movimento, a partir do momento em que as raparigas têm a menarca, pode dever-se a uma necessidade de integrar as transformações vividas e ocorridas.

Como referiu Hurlock (1979), a rapariga perante o corpo modificado tem de se ajustar às alterações normais que acompanham a puberdade e precisa de aceitar as suas novas formas, sendo que para isso tem que, segundo Malpique (1986), como atrás já foi referido, renunciar à bissexualidade infantil. Porém, nesses movimentos e adaptações, há ainda grande ambivalência e instabilidade emocional, pois é difícil essa renúncia à fantasia bissexual, e como tal há oscilações entre passividade/actividade, entre o retraimento narcísico e a exuberância relacional agida (Malpique, 2003).

É essa ambivalência e instabilidade emocional que se fazem sentir nos resultados obtidos dos quatro grupos, a oscilação entre actividade/passividade que se pode observar quando comparamos os grupos.

Assim num primeiro momento após a menarca (0-4 meses), os valores médios de depressão são menores que os valores das raparigas pré-menarca, mas mais elevados do que as raparigas com menarca entre 4 a 8 meses. Então comparando o Grupo 1 (pré-menarca) com o Grupo 2 (com menarca há 0-4 meses), poderíamos pensar que esta descida nos valores médios, poderia ser porque como nos diz Malpique (2003), o aparecimento da menarca pode ser um acontecimento positivo, valorizado que confere à menina estatuto de mais crescida

permitindo-lhe fazer parte do grupo das mais velhas, e também como já atrás foi referido, devido a toda uma ascensão social do papel da mulher. Poderíamos ainda pensar que estes valores seriam devido a um estado de exuberância relacional, a um período de actividade, no qual poderia haver uma recusa da aceitação das transformações corporais manifestada através desta actividade.

Num segundo momento após a menarca (4-8 meses), os valores médios de depressão tendem a reduzir, e é neste momento que se obtêm os valores mais reduzidos. Estes valores podem ser compreendidos no mesmo sentido em que foram compreendidos os valores obtidos no primeiro momento após a menarca. Assim, pode-se pensar que neste momento as raparigas podem encontrar-se num período de actividade, de exuberância relacional agida, que se pode dever ao facto de se encontrarem, como nos diz Coimbra de Matos (2002), num período de recusa de aceitação das transformações pubertárias. Segundo Hurlock (1979), a reserva que acompanha as primeiras mudanças do corpo, dá lugar ao exibicionismo sexual. Assim, no presente estudo, embora não tivéssemos avaliado o exibicionismo sexual, nem os movimentos das relações estabelecidas, parece-nos que esta teoria sustenta o facto de ser neste segundo período que se observam os valores médios mais reduzidos de depressão.

No terceiro momento após a menarca (8 meses ou mais), os valores médios de depressão voltam a subir e é neste momento que se observam os maiores valores médios de depressão. Observasse então a tal ambivalência e instabilidade emocional, por ser complicada a renúncia à fantasia bissexual, e daí as oscilações entre actividade/passividade. Parece então que as raparigas nestes três momentos após a menarca procuram o equilíbrio, de que Malpique (2003) nos fala, entre investimentos objectais (luto das imagos parentais e novas identificações) e investimento narcísico (regulação da auto-estima – ideal do eu).

Aqui mais uma vez, as raparigas voltam a um retraimento narcísico, a uma atitude de passividade. Isto pode acontecer porque talvez seja aqui, que se processa o trabalho de luto quer das imago parentais como do corpo infantil, a renúncia à fantasia bissexual, se considerarmos que num primeiro e segundo momento há uma reacção de entusiasmo perante a menarca por se sentirem com um novo estatuto, ou uma recusa das modificações pubertárias vivenciada através do aumento de actividade, logo seria então neste período que esse trabalho de luto teria lugar para se realizar. E como nos diz Pelot (2001), o desenvolvimento completo do trabalho de luto pode demorar vários meses, logo não é de espantar que as raparigas que tiveram a menarca há 8 meses ou mais estejam ainda num processo de luto.

Há também que ter em conta, que é perante a menarca que a rapariga passa a representar a vagina. Contudo, segundo Malpique (2003), essa representação não é imediata,

vai sendo representada, inicialmente de modo vago e com certa confusão com outras zonas erógenas. A vagina passa a ter uma representação mental que até aí ou estava reprimida, ou as sensações que dali advinham eram abafadas pela excitabilidade do clítoris. Mas como este canal não se controla como o ânus ou a uretra, pode ser acompanhada de angústia de perder o controlo, “de ficar suja sem dar por isso” ou de ser abusivamente penetrada. Assim, talvez seja só neste último momento (8 ou mais meses) que a vagina passe a ter uma representação mental e daí surgiram estas angústias por não poder controlar este órgão, e os valores médios de depressão aumentarem.

No entanto, nenhum destes valores foi significativo, e como tal toda esta compreensão baseia-se apenas nos resultados médios obtidos. A hipótese deste estudo foi então infirmada, pois não se verificaram diferenças significativas que demonstrassem que as raparigas de 12 anos após a menarca apresentassem maiores índices de depressão, do que as raparigas que ainda não tinham tido a menarca.

## CONCLUSÃO

Como tivemos oportunidade de observar ao longo deste estudo, a menarca é um acontecimento que revoluciona por completo a vida das pré-adolescentes, trazendo diversas repercussões que podem influenciar de forma diferente cada pré-adolescente. Como momentos de mudança, são susceptíveis de desencadear diferentes reacções, sendo que estas quando levadas ao extremo, podem originar um colapso do desenvolvimento com perturbações psicopatológicas (Malpique, 2003).

Uma dessas perturbações é a depressão, que tende a aumentar consideravelmente na puberdade, mais concretamente a partir do 12 anos, e com uma prevalência bastante maior nas raparigas (Bee, 1997; Braconnier, 1998; Coelho & Martins, 2002).

As mudanças corporais, isto é, o equilíbrio hormonal alterado, acontecem mais ou menos na mesma época em que se constata a taxa elevada de depressão, o que indica uma probabilidade considerável de conexão entre a imagem corporal alterada, as mudanças físico-hormonais e o início da depressão na púbere (Maj & Sartorius, 2005).

No entanto, os resultados obtidos neste estudo, demonstraram que não havia diferenças significativas entre as raparigas que ainda não tinha tido a menarca e as que já tinha tido a menarca no que respeitava à presença da depressão. Contudo, observou-se que eram as raparigas que tinham tido a menarca há 8 meses ou mais, que apresentavam os maiores valores médios de depressão (embora que não fossem significativos), o que podia revelar que só neste período as raparigas se permitiam “pensar” sobre a sua imagem corporal alterada.

Pode-se então concluir que apesar do aparecimento da menarca, os índices de depressão se mantêm iguais, nas raparigas de 12 anos, e como tal a hipótese deste trabalho não se confirmou.

Todavia, neste estudo comparativo foram identificadas algumas limitações e considerações pertinentes.

Considera-se importante a realização de uma futura investigação, de natureza longitudinal, de forma a acompanhar as raparigas que ainda não tiveram a menarca até ao

último momento em que já têm a menarca há 8 meses ou mais, para então se avaliar a evolução dos índices de depressão, em cada rapariga, desde o momento pré-menarcal até ao momento pós-menarcal.

Os subgrupos formados, no presente estudo, são de dimensões reduzidas, alguns inferiores a 30 participantes. Uma amostra de maiores dimensões poderia favorecer um estudo mais pormenorizado em relação à evolução dos índices de depressão. O ideal seria uma amostra que permitisse ter no mínimo 30 sujeitos nas situações de zero meses com menarca, bem como em todos os meses seguintes do primeiro ano de menarca, para assim ser possível acompanhar o ajustamentos e evolução dos índices de depressão durante este período.

Ao nível da metodologia, poderíamos ter recorrido a instrumentos complementares, porque segundo Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), a avaliação da depressão exige diferentes métodos e interlocutores, e nós só utilizámos um instrumento o qual avalia diversas Síndromes, sendo que a que nós avaliámos foi a Síndrome Ansiedade/Depressão, logo não avalia apenas a depressão. É certo também, segundo Simões (1999, citado por Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004), que não existe um único instrumento que avalie consensualmente todos os aspectos da depressão, pelo que todos os instrumentos disponíveis têm as suas vantagens e limitações. Nesse sentido, seria pertinente para uma futura investigação, utilizar um instrumento quantitativo que avaliasse a depressão, em conjunto com um instrumento de natureza qualitativa (e.g. projectiva), para que assim a avaliação da depressão fosse mais completa, avaliando mais aspectos da depressão.

Neste sentido, é também importante referir que o instrumento utilizado neste estudo, ainda não está validado para a população portuguesa, estando apenas traduzido, logo a utilização de outro instrumento quantitativo que avaliasse apenas a depressão e que já estivesse validado para a população portuguesa, talvez revelasse outros resultados.

A avaliação da auto-estima neste período parece ter um papel muito importante para alguns autores (e.g. Fleming, 2004; Malpique, 2003), nesse sentido seria pertinente incluir esta variável num futuro estudo, de forma a avaliar a sua evolução entre as raparigas sem menarca e com menarca, e associá-la à evolução dos índices de depressão.

Seria também interessante incluir num futuro estudo, de carácter longitudinal, as expectativas face à menarca, num período pré-menarcal, e as atitudes face à menarca, num período pós-menarcal, de forma a compreender se as expectativas vão no mesmo sentido das atitudes, e se caso não fossem que influência tinha sobre os índices de depressão.

Para além disto, seria também interessante averiguar a relação entre a menarca, a vinculação aos pais e os índices de depressão, de forma a compreender se a qualidade da

vinculação aos pais teria influência na reacção da filha face à menarca, e conseqüentemente nos índices de depressão.

Apesar das limitações apontadas e da incerteza relativa a determinados resultados, espera-se que este trabalho tenha contribuído para incentivar novas pesquisas nesta área, no sentido de que os resultados mostraram-se contraditórios com as formulações teóricas realizadas por vários autores, logo há ainda um vasto leque por onde explorar, nesta nova sociedade em que a ascensão social da mulher é cada vez maior, e como tal a afirmação da feminilidade vai cada vez mais sofrendo alterações, que em tudo podem ter a ver com os resultados deste estudo. Espera-se também que este trabalho tenha contribuído para alertar os profissionais de saúde para a especial atenção que os pré-adolescentes merecem, ao nível da detecção precoce e da prevenção de possíveis patologias ligadas à depressão, neste período de alterações corporais que causam, como observámos, grande ambivalência e instabilidade emocional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families

Amaral Dias, C., & Vicente, T. N. (1984). *Depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.

Atger, F. (2004). Vinculação e adolescência. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação – conceitos e aplicação* (pp. 147-155). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em língua francesa *L'attachement. Concepts et applications*. Paris: Masson, 2002)

Barreira, V. (2006). *Vinculação aos pares masculinos e menarca* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Bee, H. (1997). O desenvolvimento da maturação sexual. In H. Bee, *O ciclo vital* (pp. 324-386). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bleichmar, H. (1983). *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Blos, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica* (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes Editora. (Tradução do original em Inglês *On Adolescence*. Free Press of Glencoe, 1962)

Borsa, J., & Feil, C. (2008). *O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão*. Consultado em 20 de Outubro de 2009 através de <http://www.psicologia.com.pt>

Braconnier, A. (1998). Menace dépressive et dépression à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 46 (10-11), 557-564.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em língua francesa *L'adolescence aux mille visages*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1998)

Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 22 (4), 667-675.

Castanho, M. (2005). *Á Descoberta da pré-adolescência: o desenvolvimento físico e psicológico e o universo da leitura*. Lisboa: Livros Horizonte.

Coelho, R. (2004). *Depressão: perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.

Coelho, R., & Martins, A. (2002). *Depressão na adolescência: da investigação comunitária à clínica*. Porto: Laboratórios Bial.

Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.

Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Cruz, M., Sanfins, A., Lemos, B., Maltez, D., & Félix, E. (1999). Depressão na adolescência – aspectos biográficos e corporais. In G. Lopes (coord.), *Temas CL de psiquiatria, psicossomática e psicologia* (pp.93-98). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática.

Dias Cordeiro, J. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Edições Salamandra.

Dias Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (3ªed.). Porto: Edições Afrontamento.

Fonseca, D. (2005). *Imagem corporal na puberdade: estudo comparativo* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ge, X., Conger, R. D., & Elder Jr., G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37 (3), 404-417.

Giráldez, S., Seco, G., & Mena, M. (2006). Estructura factorial del *Youth Self-Report* (YSR). *Psicothema*, 14 (4), 816-822.

Greif, E. B., & Ulman, K. J. (1982). The psychological impact of menarche on early adolescent females: a review of the literature. *Child Development*, 53 (6), 1413-1430.

Gruber, A. (1962). *O drama da puberdade*. Lisboa: Edições Paulinas.

Hurlock, E. (1979). *Desenvolvimento do adolescente*. São Paulo: MaccGrawHill.

Ivanova, M. & Achenbach, T., Rescorla, L., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Birda, H. et al. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5), 729-738.

Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2005). Preadolescent clues to understanding depression in girls. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (2), 89-105.

Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa : Climepsi.

Malpique, C. (1986). Menarca como trauma. *Psicologia*, Vol.V, Nº 1, (pp.45-51).

Malpique, C. (1998). Aspectos psicológicos e psicopatológicos da puberdade feminina. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (1), 27-36.

Malpique, C. (2003). *O fantástico mundo de Alice: estudos sobre a puberdade feminina*. Lisboa: Climepsi.

Maj, M., & Sartorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: ArtMed.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Martins, M. J. (1995). Aspectos sobre o desenvolvimento psicológico na pré-adolescência e adolescência. In M. Ceia, *Aprender* (pp. 5-12). Portalegre: Escola Superior de educação de Portalegre.

Matot, J. P. (1990). Syndrome dépressif, problématique dépressive et abord de la position dépressive a l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38 (8-9), 479-484.

Monteiro, C. & Fonseca, A. (1998). Problemas emocionais na adolescência e juventude: o ponto de vista dos alunos e professores. *Revista portuguesa de pedagogia*, 32 (2), 187-208.

Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.

Passos, P., & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na puberdade. *Análise Psicológica*, 20 (2), 225-232.

Pelot, J-M. (2001). Trabalho do luto. In R. Doron, & F. Parot, (2001), *Dicionário de Psicologia* (pp. 749-750). Lisboa: Climepsi.

Padez, C., & Rocha, M. (2003). Age at menarche in Coimbra school girls. *Annals of human biology*, 30 (5), 622-632.

Reinherz, H. Z., Frost, A. K, Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Kennedy, K., & Schille, C. (1990). The many faces of correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 10 (4), 455-471.

Ribeiro, J. P. (1990). Desenvolvimento corporal. In B.P. Campos (coord.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (pp. 21-48). Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, A. (2007). *O estilo de vinculação e o desenvolvimento de comportamentos delinquentes: factor de risco ou de protecção*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Weiner, I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (tradução do original inglês: *Psychological disturbances in adolescence*, 1992).

Wolpert, L. (2000). *A psicologia da depressão*. Lisboa: Presença.

ANEXO A  
Questionário Sócio-Demográfico

## Folha de Caracterização

1. Com quem vives? \_\_\_\_\_

---

2. Tens irmãos? Sim  Não  ( Se não, passar para a pergunta 3)

(No caso de “meios-irmãos”, indicar nas observações.)

2.1. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

2.2. Sexo e idade do(s) irmão(s):

			Idade	Observações
1. Rapaz <input type="checkbox"/>	Rapariga <input type="checkbox"/>		_____	_____
2. Rapaz <input type="checkbox"/>	Rapariga <input type="checkbox"/>		_____	_____
3. Rapaz <input type="checkbox"/>	Rapariga <input type="checkbox"/>		_____	_____
4. Rapaz <input type="checkbox"/>	Rapariga <input type="checkbox"/>		_____	_____
5. Rapaz <input type="checkbox"/>	Rapariga <input type="checkbox"/>		_____	_____

3. Escolaridade do Pai: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade da Mãe: \_\_\_\_\_

5. Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

6. Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

7. Já tiveste a tua primeira menstruação: \_\_\_\_\_

7.1. Se sim, quando é que foi (mês e ano): \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela tua participação.**

•  
ANEXO B

Carta de Consentimento Informado aos Encarregados de Educação

## CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo(a) Encarregado(a) de Educação:

Maria de Figueiredo Bota Homem Themudo, aluna finalista do Mestrado Integrado de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, dentro do âmbito da realização do seu trabalho de investigação sobre depressão em raparigas pré-adolescentes, conducente à obtenção do grau de Mestre.

Neste sentido, como orientadora de dissertação de mestrado, venho solicitar aos encarregados de educação o consentimento para que os seus educandos possam participar nesta investigação.

A participação envolve a resposta a um questionário, anónimo e confidencial. Toda a informação recolhida será utilizada apenas para fins de investigação.

Agradecemos a devolução desta carta com a autorização de participação ou a sua recusa.

Caso pretendam qualquer dúvida estaremos disponível através do TM 916478641.

Com os melhores cumprimentos

A Orientadora de Dissertação

Autorizo:

---

Não autorizo:

---