



**Relações entre Sintomas Depressivos,
Atributos Psicológicos, e Competências
Sociais e Emocionais dos Jovens**

Marisa Ramos

Orientador de dissertação:

Professor Doutor António José dos Santos

Professor de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor António José dos Santos

Ano letivo de 2022/2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no ISPA- Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação encerra um capítulo na minha vida, repleto de aprendizagens, conhecimentos, aventuras, evolução e crescimento. Reflete um percurso académico que sempre sonhei e agora está prestes a terminar, contudo, esta caminhada só foi possível através do apoio de pessoas muito especiais.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor António José dos Santos, por todo apoio, dedicação e partilhas de conhecimento. Muito obrigada por toda atenção em todas as aulas de dissertação e obrigada pela orientação que me deu para que fosse possível terminar este ciclo.

A título pessoal, é impossível não mencionar o apoio que os meus Pais me deram e dão ao longo deste caminho bonito que foi a faculdade. Obrigada por todos os valores e carinho que me deram. Obrigada por estarem sempre presentes e por partilharem comigo as minhas conquistas. Sem dúvida que a pessoa que sou hoje reflete o vosso amor!

Às minhas amigas e companheiras de viagem, Inês Limões, Cláudia, Bruna, Margarida e Inês Alfaro, quero agradecer por todo o apoio que me deram, certamente todas contribuíram para o meu enriquecimento pessoal. Muito obrigada!

À minha querida Ana, a minha primeira amizade que o ISPA me proporcionou, uma amizade que nasceu numa viagem de comboio e que irá permanecer para a minha vida. É impossível não me lembrar de ti ao longo deste percurso, porque sem dúvida que foste a peça que faltava na minha vida! Muito obrigada por todo o apoio que me deste e continuas a dar diariamente!

Agradeço também ao ISPA, a forma como me sempre acolheu e me fez sentir em casa nos últimos cinco anos! Um especial agradecimento a todos os professores que tive o privilégio de me cruzar e por partilharem os seus conhecimentos, que de certeza, me farão ser uma melhor profissional.

Ao Henrique, o meu irmão mais novo, que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades. Obrigada por nunca desistires de mim!

Ao David, uma das pessoas mais especiais na minha vida. Muito obrigada por todo o apoio e força que me deste ao longo destes anos. Obrigada por fazeres parte desta caminhada por estares presente quer nos bons, quer nos maus momentos! Um obrigado não chega!

Por fim, agradeço também a todos as crianças e jovens, bem como os professores, que se mostraram disponíveis para ingressar nesta investigação. O meu agradecimento especial à direção da escola D. Pedro IV, bem como, a direção do agrupamento, mostrando estarem sempre disponíveis.

RESUMO

A presente investigação pretende estudar e analisar como a depressão influencia as competências sociais e emocionais nas crianças e adolescentes. Neste estudo participaram 101 participantes, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, bem como 9 professores. Para ser possível avaliar a depressão nos jovens foi utilizado o instrumento CDI (Kovacs, 1985) e também foi aplicado a prova SDQ (Goodman, 1997). Já com os professores, foi aplicado um instrumento com o intuito de avaliar o ajustamento sócio emocional dos seus alunos, o Teacher-Child Rating Scale (T-CRS) (Hightower et al, 1986).

Foi possível observar os efeitos da análise multivariada que foi realizada em função do Grupo de sintomas depressivos e o Sexo, para controlar a Idade, esta foi incluída como covariável. É possível verificar que a Idade, o Grupo e o Sexo, apresentaram efeitos multivariados estatisticamente significativos nas dimensões combinadas em estudo. Não existiu efeito multivariado de interação entre o Grupo de sintomas depressivos e o Sexo. Podemos destacar então, que a idade da criança teve efeitos significativos em diversas subescalas.

Em relação aos sintomas depressivos, as raparigas mostraram mais sintomas que os rapazes, nomeadamente, anedonia, autoestima negativa e CDI Total. Na hiperatividade, os rapazes não revelaram ter significativamente mais sintomas desta perturbação na presente amostra, em contraste com publicações anteriores. Sobre os resultados referentes ao instrumento T-CRS, é importante realçar que os dados traduzem opiniões e avaliações que os professores fazem dos seus alunos. Sendo assim, os professores que participaram nesta investigação, não demonstraram que as raparigas tendem a ser mais tímidas e ansiosas do que os indivíduos do sexo masculino.

Palavras-Chave: Depressão, Competências Sociais, Competências Emocionais, Jovens

ABSTRACT

This research aims to study and analyze how depression influences social and emotional skills in children and adolescents. In this study, 101 participants, aged between 10 and 17 years, as well as 9 teachers, participated. To assess depression in young people, the ICD instrument was used (Kovacs, 1985) and the SDQ test was also applied (Goodman, 1997). On the other hand, an instrument was applied to the teachers to assess the socio-emotional adjustment of their students, the Teacher-Child Rating Scale (T-CRS) (Hightower et al, 1986).

It was possible to observe the effects of the multivariate analysis that was performed as a function of the group of depressive symptoms and gender, to control for age, which was included as a covariate. It is possible to verify that Age, Group and Gender presented statistically significant multivariate effects in the combined dimensions under study. There was no multivariate interaction effect between the group of depressive symptoms and gender. We can highlight that the child's age had significant effects on several subscales.

Regarding depressive symptoms, girls showed more symptoms than boys, namely, anhedonia, negative self-esteem, and Total ICD. In hyperactivity, boys did not show significantly more symptoms of this disorder in the present sample, in contrast to previous publications. Regarding the results of the T-CRS instrument, it is important to highlight that the data reflect the opinions and evaluations that teachers make of their students. Therefore, the teachers who participated in this research did not show that girls tend to be shier and more anxious than male individuals.

Keywords: Depression, Social Competence, Emotional Competence, Youth

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE	vii
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	viii
INTRODUÇÃO	9
Saúde Mental Infantil.....	10
Depressão.....	10
Perturbações de Adaptação	13
Perturbação depressivo persistente – Distimias	13
Perturbação de depressão major.....	13
Competências Sociais e Competências Emocionais	14
Influências da Depressão nas Competências Sociais e Emocionais.....	17
O Presente Estudo	20
MÉTODO.....	21
Participantes	21
Instrumentos.....	22
Questionário sociodemográfico.....	22
Strengths and Difficulties Scale: SDQ	23
Children’s Depression Inventory: CDI.....	23
Questionário Teacher Rating Scale – T-CRS.....	24
Procedimento.....	24
RESULTADOS.....	26
Fiabilidade dos Instrumentos	26
Questionário de depressão infantil: CDI.....	26
Questionário Strengths and Difficulties: SDQ	27
Questionário Teacher Rating Scale: T-CRS.....	28
Análises Descritivas	28
Correlações Entre as Variáveis	28
Correlações Entre as Variáveis para o Sexo Feminino	31
Correlações Entre as Variáveis para o Sexo Masculino.....	32
Análise Multivariada.....	36
DISCUSSÃO.....	41

REFERÊNCIAS	44
-------------------	----

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1 – FIABILIDADE DO <i>QUESTIONÁRIO</i> CDI	27
TABELA 2 – FIABILIDADE DO <i>QUESTIONÁRIO</i> SDQ	27
TABELA 3 – FIABILIDADE DO <i>QUESTIONÁRIO</i> TCR-S	28
TABELA 1 - CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS	30
TABELA 2 - CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS PARA O SEXO FEMININO	34
TABELA 3 - CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS PARA SEXO MASCULINO	35
TABELA 4 – EFEITOS MULTIVARIADOS EM FUNÇÃO DO GRUPO E SEXO	36
TABELA 5 – EFEITOS ENTRE SUJEITOS EM FUNÇÃO DA IDADE	36
TABELA 6 – EFEITOS ENTRE SUJEITOS EM FUNÇÃO DO GRUPO (CDI)	38
TABELA 7 – EFEITOS ENTRE SUJEITOS EM FUNÇÃO DO SEXO	39
FIGURA 1 – EFEITOS ENTRE SUJEITOS DE INTERAÇÃO GRUPO*SEXO NA HIPERATIVIDADE	40
FIGURA 2 – EFEITOS ENTRE SUJEITOS DE INTERAÇÃO GRUPO*SEXO NAS DIFICULDADES	40

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental é uma parte fulcral para a saúde geral das crianças e adultos. Sendo assim, quando um jovem apresenta sintomas de alguma perturbação mental, é crucial o tratamento ser iniciado o mais cedo possível e de forma eficaz. Por fim, o tratamento precoce pode ajudar a prevenir os problemas mais graves e duradouros à medida que a criança começa a crescer (National Institute of Mental Health, n.d.). É estimado que 20% das crianças e adolescentes experienciem uma doença mental, sendo a ansiedade e depressão as perturbações mais comuns a serem diagnosticadas (Johnstone et al, 2018).

A depressão, é definida como sendo um tipo de perturbação afetiva que apresenta modificações de humor, corporal e mental. Esta perturbação é bastante prejudicial no quotidiano do individuo, uma vez que influencia a vida pessoal, profissional e social (Feitosa & Machado, 2011). O desenvolvimento socio emocional diz respeito ao desenvolvimento da consciência e regulação emocional, da capacidade de lidar com elementos stressantes, da autonomia, da empatia, confiança e criação de relações positivas (Marmeleira & Veiga, 2018). Cerca de 17 a 20% das crianças e adolescentes sofrem de perturbações mentais em diversos momentos do seu desenvolvimento. Uma vez que, as competências sociais têm um papel crucial no desenvolvimento das crianças, é fulcral estudar e analisar a relação que este construto tem com as psicopatologias do desenvolvimento (Huber et al, 2018). Segundo Loureiro et al (2016), os resultados que indicam que as crianças com problemas internalizantes apresentem baixos níveis de competência social, confirmando a existência de uma relação entre os construtos.

Torna-se importante então, estudar e analisar a influência da depressão e ansiedade nas competências sociais e emocionais das crianças, sendo que ainda é um tema pouco investigado. Sendo assim, neste estudo foram utilizados alunos que frequentam o 2º e 3º ciclo do ensino básico, numa escola situada no concelho de Sintra. Como instrumento foram utilizados, o questionário *Strengths and Difficulties Scale (SDQ)*, o questionário *depressão e ansiedade infantil (CDI)*, sendo que foram aplicados aos alunos. No entanto, este estudo também participaram os professores, nomeadamente, os diretores de turma, onde foi aplicado a escala *Teacher-Child rating scale (TCR-S)*. O questionário *Strengths and Difficulties* foi desenvolvido por Goodman em 1994, com o intuito de ser um instrumento de fácil aplicação, para demonstrar o risco de problemas na saúde mental (Goodman, 2001). O *Children's Depression Inventory (CDI)* foi o primeiro instrumento

elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância. O CDI foi proposto por Kovacs em 1983, e surgiu de uma adaptação do BDI – Beck Depression Inventory (Coutinho et al, 2008). Por fim, o instrumento *TCR-S* é direcionado para os professores, com o intuito de avaliar os problemas, bem como, as competências das crianças (Hightower et al, 1986).

Saúde Mental Infantil

A Saúde Mental é uma parte fulcral para a saúde geral das crianças e adultos. Para muitos adultos, o distúrbio mental que possuem deve-se ao facto que na sua infância e adolescência já estavam presentes alguns sintomas, que não foram reconhecidos nem intervencionados. Sendo assim, quando um jovem apresenta sintomas de alguma perturbação mental, é crucial o tratamento ser iniciado o mais cedo possível e de forma eficaz. Por fim, o tratamento precoce pode ajudar a prevenir os problemas mais graves e duradouros à medida que a criança começa a crescer (National Institute of Mental Health, n.d.).

A saúde mental inclui o bem-estar emocional, mental e comportamental das crianças, uma vez que: Uma criança não tenha uma boa saúde mental, corre o risco de desenvolver problemas na forma pensar, agir e sentir. As perturbações mentais nas crianças podem ser definidas como: mudanças graves na forma como aprendem, comportam ou lidam com as suas emoções, causando alguma angústia. Os distúrbios mentais mais comuns a serem diagnosticados na infância são: défice de atenção, distúrbios de hiperatividade, ansiedade e perturbações a nível comportamental (Centers of disease control and prevention, n.d.). Neste sentido, é estimado que 20% das crianças e adolescentes experienciem uma doença mental, sendo a ansiedade e depressão as perturbações mais comuns a serem diagnosticadas (Johnstone et al., 2018).

Depressão

A depressão pode ser caracterizada como sendo uma alteração de humor, uma perturbação afetiva definida por uma tristeza ou melancolia. Os sentimentos depressivos podem ser marcados por respostas normais quando estamos perante situações de maior stress, sendo considerados patológicos, quando se manifestam ao longo do tempo ou revela ser desproporcional ao evento causador (APA, 2013). A perturbação depressiva

precoce pode ter uma influência negativa nas crianças e adolescentes. Assim sendo, a presença desta patologia pode influenciar o desenvolvimento emocional e cognitivo, pode prejudicar o rendimento escolar, bem como a relação parental e escolar e o desenvolvimento social (Bhatia & Bhatia, 2007).

A depressão infantil só foi reconhecida mais tarde, apenas nos anos 60. A depressão refere-se a uma doença caracterizada pela alteração de humor persistente, sendo suficientemente grave para ser reconhecida como uma perturbação mental. Deste modo, o humor depressivo insere-se numa panóplia de sintomas. Sendo assim, podemos destacar os seguintes exemplos: anedonia sendo a incapacidade de sentir prazer, a culpa inapropriada, a baixa autoestima, o cansaço, a perda de energia, falta de concentração e da capacidade de pensar, agitação ou lentificação psicomotora e alterações do sono e do apetite (Crujo & Marques, 2009).

A perturbação de depressão é definida como sendo um tipo de perturbação afetiva que apresenta modificações de humor, corporal e mental. Deste modo, existe uma variedade de sintomas que podem estar presentes durante semanas, meses ou anos, o que faz com que haja uma influência na vida pessoal, profissional e social do indivíduo (Feitosa & Machado, 2011). É imprescindível salientar que o quadro clínico depressivo acarta determinadas características, dependendo da idade do indivíduo. Quando remetemos para os adolescentes e/ou adultos, os quadros depressivos apresentam algumas semelhanças, mas o mesmo não acontece nas crianças mais novas - na idade pré-escolar essas divergências são ainda mais evidentes. Essas diferenças são refletidas provavelmente através das dificuldades que as crianças mais novas sentem em distinguir e verbalizar emoções e condições negativas, como por exemplo: a desvalorização, a desesperança ou a culpabilidade, devido às suas competências cognitivas e de linguagem (Crujo & Marques, 2009; Calçada, 2014).

As demonstrações de perturbação depressiva infantil variam de acordo com a idade dos sujeitos, quanto mais novo for o indivíduo, mais esta perturbação se manifesta através do corpo. Nas crianças com idade escolar, a depressão revela-se através de sentimentos de falta de confiança e inferioridade (Ainsworth, 2000). A depressão em adolescentes, segundo Josephson (2007), caracteriza-se pela alteração de humor com um caráter duradouro. Esta perturbação pode ser caracterizada, numa fase inicial, pela anedonia (sendo a perda de interesse pelas atividades que tinham prazer anteriormente) e baixa autoestima (Abaid, 2008).

É importante destacar que os adolescentes com mais de doze anos, apresentam sintomas depressivos semelhantes aos dos adultos, contudo denotam-se aspectos fenomenológicos específicos para esta etapa da vida. Os adolescentes depressivos não estão sempre tristes, mas revelam estar mais irritáveis e instáveis, podendo haver crises de comportamento (Bahls, 2002). Segundo Resende et al. (2013), é estimado que cerca de 70% dos adolescentes que sofrem de perturbação depressiva, não recebem qualquer tipo de tratamento, o que demonstra ser urgente intervir nestas situações.

Quando estudamos as perturbações depressivas é imprescindível tentar perceber a predominância relativamente aos sexos feminino e masculino. Segundo algumas investigações realizadas por diversos autores indicam que a prevalência de perturbações afetivas é mais elevada nas mulheres do que nos homens, sendo que estas divergências são visíveis no início da adolescência, entre os 12 e os 14 anos (Bennet et al., 2005). Com base em estudos que tinham como objetivo comparar os sintomas depressivos em ambos os sexos, foi verificada algumas desigualdades. Os indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar mais sintomas somáticos, tais como o aumento do peso e apetite, atraso psicomotor, problemas de sono, culpabilização, choro e insatisfação corporal (Silverstein, 2002). Segundo alguns estudos realizados por outros autores indicam que os sujeitos de sexo masculino tendem a apresentar mais preocupações com a sua saúde, bem como inibição no trabalho (Bennett, 2005).

Um estudo efetuado com o intuito de perceber a predominância da depressão em jovens, teve como resultados que esta perturbação aumenta a partir dos 14 anos, sendo duplamente mais elevada nas raparigas do que nos rapazes. Esta afirmação pode dever-se às alterações a nível hormonal que ocorrem nas raparigas na fase da adolescência (Acosta – Hernández et al., 2011). Segundo Barros et al. (2006), as raparigas revelam sentimento de tédio, vazio, menos satisfação com a sua aparência, bem como baixa autoestima, enquanto os rapazes revelam sintomas de desprezo, demonstrando problemas de conduta, como faltar às aulas e violência física.

De acordo com uma investigação realizada por Bilaç et al. (2014), indica que a perturbação de depressão, a partir dos 6 anos, é cerca de 2 vezes mais frequente em raparigas do que em rapazes. Contudo, outros resultados foram obtidos, através de um estudo realizado por uma clínica de psiquiatria infantil, revelou que as crianças entre os 6 e os 11 anos, com um diagnóstico de depressão, constatou que esta perturbação tinha uma maior prevalência no sexo masculino (Breton et al., 2012). Já uma investigação

realizada por Chan & Poulin (2009), demonstram que a predominância da depressão, em ambos os géneros, só se tornam evidentes entre os 15 e os 18 anos.

Os autores Abela & Hankin (2007), salientam que os indivíduos do género feminino tendem a ter mais diagnóstico de depressão por serem mais vulneráveis e sensíveis a potenciar a sintomatologia durante a adolescência. Os investigadores destacam o facto da insatisfação corporal, por parte dos sujeitos do género feminino, estar relacionado com a presença de sintomas depressivos. As perturbações depressivas podem ser consideradas como um *continuum*, sendo que vai desde as perturbações de adaptação, às depressões depressivas major, passando pelas distimias.

Perturbações de Adaptação

As perturbações de adaptação ocorrem através de um fator de stress que é identificado, e por isso os sintomas depressivos ocorrem até 3 meses após o primeiro contato com esse fator. A perturbação acaba por manifestar-se após 6 meses ou menos (Crujo & Marques, 2009).

Perturbação depressivo persistente – Distimias

As distimias, também conhecidas por perturbação depressiva persistente, é uma perturbação com sintomatologia mais ligeira. É caracterizada pela presença constante de humor depressivo ou irritabilidade, visto ocorrer durante a maior parte do dia e/ou durante todos os dias pelo menos durante um ano, principalmente nas crianças. Os indivíduos que possuem este tipo de perturbação salientam os seguintes sintomas: perda de apetite ou alimentação em excesso, hipersónias ou insónias, fadiga ou perda de energia, baixa autoestima e sentimentos de desesperança (APA, 2013).

Perturbação de depressão major

A perturbação depressiva major contém obrigatoriamente humor depressivo na maior parte do dia quase todos os dias, sendo que nas crianças pode ser um humor irritável. Neste tipo de perturbação é expectável que o sujeito tenha uma perda de interesse em atividades que antigamente eram investidas com satisfação, perda ou ganho significativo de peso mesmo não estando a fazer dieta, hipersónia, insónias regulares, agitação, retardo psicomotor, sentimentos de culpa exacerbada, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente e sentimentos de inutilidade (APA, 2013).

Competências Sociais e Competências Emocionais

As competências sociais e emocionais são um objetivo bastante importante para o desenvolvimento da criança e do adolescente, uma vez que estão associadas a resultados positivos a longo e curto prazo (Collie, 2020). É importante esclarecer que as competências socioemocionais surgiram através da relação que existe entre as competências sociais e as competências emocionais. Sendo assim, esta capacidade está diretamente associada à maneira como o sujeito se consegue expressar, expressar as suas emoções, assim como, percebê-las e reconhecê-las, tendo essa competência perante os outros indivíduos. No entanto, é importante destacar que também está relacionada com a forma como comunica com os outros, tendo influencia no relacionamento (Alzahrani et al., 2019).

O desenvolvimento socio emocional diz respeito ao desenvolvimento da consciência e regulação emocional, da capacidade de lidar com elementos stressantes, da autonomia, da empatia, confiança e criação de relações positivas (Marmeleira & Veiga, 2018). Este construto é multifacetado que contém uma panóplia de elementos, como os valores, sentimentos, personalidade e comportamento. De acordo com uma investigação realizada por Sarason et al.(1985), tinha como objetivo analisar as competências sociais e emocionais em relação aos géneros. Os resultados obtidos demonstraram que os indivíduos do sexo feminino apresentaram melhores capacidades sociais e emocionais, comparativamente aos sujeitos do género masculino. As competências sociais dizem respeito a comportamentos que exprimem opiniões, atitudes, sentimentos e direitos que são ajustados a determinadas ocasiões, também manifestam resoluções de problemas adequadas. Já as capacidades emocionais estão associadas à expressão e identificação das emoções. Sendo assim, o conjunto destas duas competências proporciona um desenvolvimento ajustado e equilibrado, potenciando comportamentos adequados às crianças (Marin et al., 2017).

O tema das competências sociais em crianças e adolescentes tem sido um domínio de constante investigação, sendo bastante completa e abrangente. Estas competências têm sido analisadas e estudadas por diversos autores, o que faz com que haja inúmeras definições (Trianes et al., 2002). As competências sociais constituem um construto bastante importante para a vida quotidiana dos indivíduos. Sendo assim, este tema tem sido alvo de um grande interesse por parte dos investigadores nas áreas da psicologia

clínica (Huber et al., 2018). É importante realçar que um sujeito que apresente altos níveis desta competência, está associado a um aumento no nível de escolaridade, saúde mental, bem como, uma diminuição dos comportamentos delinquentes (Stepp et al., 2011).

A competência social pode ser definida como sendo a capacidade de lidar, de forma eficaz com as interações sociais. De outro modo, a competência social diz respeito ao facto de os indivíduos darem-se bem uns com os outros, serem capazes de criar e manter relações positivas e responder de forma adequada em diversos contextos sociais (Weiner & Craighead, 2010). Já Moreira (2004) define a competência social, como sendo uma panóplia de ações que um sujeito revela, de forma interpessoal, através de desejos, opiniões, sentimentos, com o intuito de respeitar os outros. Deste modo, revela uma capacidade de resolução de problemas, mostrando ser capaz de lidar de maneira mais adequada a adversidades futuras. A falta de pensamento e comportamento social competente nega oportunidades para o desenvolvimento, bem como para a manutenção de relações sociais produtivas. A competência social é uma dimensão importante do crescimento e desenvolvimento bem sucedido da adolescência. Espera-se que os alunos adquiram competência social, para além dos conhecimentos académicos que adquirem quando vão através da educação formal (Phil & Hillar, 2015).

O conceito de competência social é bastante complexo, uma vez que é o resultado de diversas capacidades, tais como, a capacidades cognitivas, os processos emocionais, as competências comportamentais, os valores culturais e pessoais e a consciência social. Estas competências estão relacionadas com as relações interpessoais. A competência social também é dependente da situação social específica, ou seja, os indivíduos podem ser competentes a nível social numa ocasião, sendo que em outras situações podem não ser. Por fim, também depende das características a nível cultural, uma vez que estão relacionados com a competência social (Weiner & Craighead, 2010).

Os investigadores concentraram-se em várias definições de competência social, incluindo competências sociais, aceitação pelos pares, capacidade de formar relações, capacidade de resolver problemas sociais e sucesso com objetivos sociais (Phil & Hillar, 2015). Em contrapartida, outros autores, afirmam que a competência social é a satisfação das necessidades dos outros sujeitos, bem como a satisfação das necessidades do próprio indivíduo (Huber et al., 2018). Remetendo para outros estudos, os autores identificam duas dimensões importantes da competência social, a orientação pró-social que se caracteriza por responder às necessidades dos outros sujeitos, e a iniciativa social, como

sendo a resposta das próprias necessidades. É importante destacar que o comportamento pró-social tem sido a dimensão mais estudada ultimamente (Huber et al., 2018).

A competência social é a base do comportamento, da ação e do pensamento, sendo crucial para criar e manter relações, bem como comunicar com outros indivíduos e trabalhar em sociedade (Tuerk et al.2020). No que concerne aos processos emocionais que estão relacionados com a competência social, posso salientar, o estar consciente das emoções, isto é reconhecer as diferentes emoções em si e nos outros, bem como compreender a comunicação verbal e não verbal das emoções. Valorizar a importância do se acalmar e ser capaz de acalmar em situações difíceis, usando o auto-controlo. Manter a ligação com os outros sujeitos, ser capaz de comunicar emoções negativas com o outro (exemplo: raiva) e ser capaz de comunicar emoções positivas com o outro (exemplo: orgulho). O sujeito tem de ser empático, ou seja, perceber a interação social a partir da perspectiva de outro indivíduo (Weiner & Craighead, 2010).

As competências emocionais são consideradas como sendo fulcrais, pois é através destas capacidades que a criança consegue criar e manter relações positivas com os outros indivíduos, autorregular-se e interagir com os outros. No que diz respeito às emoções, estas têm a função de informar os indivíduos sobre a relação que têm com o ambiente social, bem como consigo próprios. Sendo assim, as competências emocionais, abrange diversas competências que estão subjacentes às emoções, nomeadamente a regulação, expressão e conhecimento das mesmas (Machado et al., 2012).

No entanto, para alguns autores, as capacidades mais estudadas pelos autores, podem ser agrupadas em 3 habilidades, tais como, a regulação emocional, compreensão das emoções e a sua expressão. A regulação emocional refere-se à aptidão de articular a intensidade ou duração dos estados emocionais, a compreensão das emoções diz respeito à capacidade de nomear, reconhecer e identificar as suas emoções, bem como, compreender as emoções dos outros sujeitos. Por fim, a expressão emocional refere-se à capacidade de moderar as emoções negativas e fomentar as emoções positivas (Franco & Santos, 2015).

Já Mathews et al.(2016), mencionam que a competência emocional possui nove domínios, o *Reconhecimento emocional*, a *Expressão das emoções*, a *Consciência emocional*, a *Compreensão das emoções*, a *Aceitação emocional*, a *Auto-eficácia emocional*, *Respostas Simpáticas/Empáticas às Respostas Emocionais dos Outros*, o *Reconhecimento de como a comunicação das emoções*, a *auto-apresentação afetam as relações e os Processos de regulação das emoções*. O *Reconhecimento emocional* diz respeito à capacidade de reconhecer as emoções dos outros sujeitos. A *Expressão das emoções* refere-se à habilidade de expressar internamente, quer através fisicamente, quer verbalmente. No que toca à *Consciência Emocional*, caracteriza-se por ser a capacidade de reconhecer as suas próprias experiências. A *Compreensão das emoções* designa-se à capacidade de clarificar as próprias emoções, bem como a dos outros sujeitos (Mathwes et al., 2016).

Já a *Aceitação Emocional* diz respeito à habilidade de aceitar as próprias emoções, a *Auto-Eficácia Emocional*, caracteriza-se por ser um sentimento que um sujeito tem sobre a eficácia das suas capacidades de competência emocional. As *Respostas Simpáticas/Empáticas às Respostas Emocionais dos Outros* são conceptualizadas como sendo a habilidade de sentir empatia e simpatia pelas experiências emocionais pelos outros sujeitos. O *Reconhecimento de como a comunicação das emoções* refere-se ao reconhecimento de que as interações sociais são regularmente definidas pela maneira como os sujeitos comunicam as suas emoções com os outros (Mathews et al., 2016).

Influências da Depressão nas Competências Sociais e Emocionais

Como foi referido anteriormente, cerca de 17 a 20% das crianças e adolescentes sofrem de perturbações mentais em diversos momentos do seu desenvolvimento. Uma vez que, as competências sociais têm um papel crucial no desenvolvimento das crianças, é fulcral estudar e analisar a relação que este construto tem com as psicopatologias do desenvolvimento (Huber et al., 2018). Quando pensamos na influência que a ansiedade e depressão têm nas competências sociais e emocionais, posso destacar dois tipos de comportamentos: os internalizantes e os externalizantes. Os comportamentos internalizantes caracterizam-se como perturbações pessoais, ansiedade, retraimento, depressão e sentimento de inferioridade, enquanto os problemas externalizantes envolvem características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade, favorecendo os conflitos com o ambiente. Do ponto de vista do desenvolvimento,

problemas de comportamento internalizantes tendem a aumentar entre os anos pré-escolares e os escolares (Huber et al., 2018).

Os sintomas dos comportamentos internalizantes pertencentes a uma amostra comunitária, foram seguidos por níveis reduzidos de competência social e uma forma geral. É importante destacar que antigas investigações realçam que perturbações específicas dos comportamentos internalizantes, como a depressão e ansiedade também denotam níveis baixos de competência social, quer no comportamento pró-social, quer na iniciativa social. No que toca ao comportamento pró-social os autores destacam que as crianças apresentavam uma redução da aceitação e satisfação social. Já na iniciativa social, os decréscimos foram verificados no envolvimento de atividades lúdicas e sociabilidade (Huber et al., 2018).

Estudos prévios indicam que as crianças que têm melhores competências socio-emocionais, acabam por ter relações mais fortes com os pares e com a família, são mais populares e obtêm um maior sucesso académico. Em diversos estudos, foi indicado que as crianças com baixa competência social apresentam problemas de comportamento ou apresentam baixa competência académica, o que revela ser prejudicial ao seu desenvolvimento (Perallis et al., 2018). Segundo Loureiro et al.(2016), os resultados que indicam que as crianças com problemas internalizantes apresentam baixos níveis de competência social, confirmam a existência de uma relação entre os construtos.

Em alguns estudos foi verificada uma relação negativa entre o comportamento pró-social das crianças e os sintomas internalizantes. No entanto, outras investigações relatam a existência de uma associação positiva entre estas duas variáveis, constatando que este tema ainda está em estudo e por isso apresenta algumas controvérsias. De acordo com alguns autores revelam que os elevados níveis de comportamento pró-social em crianças que apresentam sintomas internalizantes, representam ser um fator de risco (Huber et al., 2018).

Vários estudos realizados por diversos autores, tiveram o objetivo de avaliar os sintomas de internalização com a iniciativa social e os resultados que obtiveram realçam que as crianças que apresentam problemas internalizantes também apresentam problemas na iniciativa social, mostrando a sua relação. Sendo assim, através destes estudos fica comprovado que baixos níveis de iniciativa social estão relacionados com os problemas internalizantes, no decorrer da infância, contudo será pertinente investigar mais este tema,

bem como a correlação destas variáveis futuramente (Huber et al., 2018). Os dados mais recentes sobre a relação entre as competências sociais e depressão provêm de estudos realizados com adultos que sofriam de depressão. Contudo existem diversas provas que podem indicar que os níveis baixos de competências social são comuns em crianças com depressão. Estes resultados são bastante pertinentes no sentido em que demonstram que a relação existente entre a depressão e as competências sociais fracas é crucial e que podem ocorrer ao longo do desenvolvimento dos sujeitos (Segrin, 2000).

Segundo a teoria comportamental da depressão realizada por diversos autores enfatizava que as competências sociais mais fracas são antecedentes diretos da depressão. Isto é, segundo este autor, os sujeitos que possuem competências sociais mais baixas não são capazes de receber reforços positivos no seu ambiente social (Segrin, 2000). Na realidade, existem estudos que analisaram a relação entre as competências sociais e depressão, mostraram que estas variáveis estão associadas. Ou seja, a depressão está relacionada com um decréscimo das competências sociais (Segrin, 2000). Ainda assim, não existe muito suporte empírico que comprove efetivamente a relação acima descrita. Sendo assim, foi formulada uma hipótese de estudo que seria o decréscimo das competências sociais são antecedentes diretos da depressão. Segundo Segrin (2000), esta hipótese só foi testada em algumas investigações, cujos resultados foram díspares, existindo assim uma necessidade de analisar este tema de forma mais aprofundada. Ainda para este autor, e para além das possibilidades acima mencionadas, existem fortes razões para supor que a relação entre a depressão e competências sociais podem ser influenciadas por diversas variáveis, por exemplo, em muitos casos a depressão aparece na sequência de outra perturbação mental, como a ansiedade.

Remetendo agora para as competências emocionais, como foi referido anteriormente, são fulcrais para o desenvolvimento das crianças. Contudo, estas podem ser influenciadas quando as crianças apresentam problemas internalizantes, como por exemplo, a ansiedade e depressão. Nos últimos anos, tem existido um maior reconhecimento da importância da emoção e da regulação emocional no que respeita à psicopatologia, incluindo a ansiedade (Mathews et al., 2016). No que concerne às competências emocionais, vários investigadores, nomeadamente que se debruçaram sobre este tema, realçam que alguns traços da componente emocional, como o conhecimento das emoções, têm uma influência positiva na competência social das crianças (Mathews et al., 2016).

De acordo com uma investigação, foi encontrado um efeito médio negativo entre os sintomas internalizantes e o conhecimento das emoções, em crianças com idades pré-escolar e escolar. No entanto, outros estudos não conseguiram replicar o decréscimo no reconhecimento das emoções em crianças com sintomas internalizantes. Por outro lado, outros autores encontraram uma influência positiva entre estas duas variáveis, denotando um maior reconhecimento das emoções e outras competências emocionais em jovens e crianças com problemas internalizantes (Mathews et al., 2016).

O Presente Estudo

O objetivo principal deste estudo exploratório e correlacional baseia-se em perceber se as crianças que apresentam sintomatologia de depressão mais elevada possuem competências sociais e emocionais mais baixas, atributos psicológicos menos positivos e mais negativos, e se existem diferenças de médias entre os sexos.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 200 jovens, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos de idade ($M= 12,1$ e $DP= 1,05$). Neste estudo participaram 102 sujeitos do sexo feminino (51,0%) e 98 indivíduos do sexo masculino (49,0%). No que concerne ao nível de escolaridade, os participantes frequentavam o ensino público, estando no 5º, 6º ou 7º ano de escolaridade. Estes alunos frequentavam uma escola situada no concelho de Sintra, em Monte Abraão, Escola D.Pedro IV. Dos 200 participantes, 63 frequentavam o 5º ano de escolaridade (31,5%), 81 encontravam-se no 6º ano (40,5%) e, por fim, 56 no 7º ano (28,0%). No que toca à existência de irmãos, 166 participantes afirmaram ter (83,0%), contudo, apenas 34 sujeitos, revelaram que não ter irmãos (17,0%).

Através dos dados sociodemográficos foi possível perceber qual era o estado civil dos pais dos participantes, 6 crianças não sabiam qual era (3,0%), 106 afirmam que os seus pais estão casados (53,0%), 45 revelaram que os seus pais estão separados (22,5%). Por fim, 9 mencionam que os seus pais se encontram em união de facto (4,5%) e 34 sujeitos mencionaram que os seus pais estão solteiros (17,0%). Em relação às idades das mães dos sujeitos a média foi de 41 anos ($dp= 9,92$). A média das idades dos pais foi também de 41 anos, mas com maior dispersão ($dp= 15,1$).

Foi questionado aos participantes se já tinham tido algum acompanhamento psicológico, e 56 sujeitos revelaram que já tinham tido este tipo de acompanhamento (28,0%), 131 indivíduos mencionaram não ter usufruído nenhum. Por fim, 13 jovens não quiseram responder a esta questão (6,5%). Dos 56 sujeitos que afirmaram já ter tido acompanhamento psicológico, 14 mencionaram que foi num contexto escolar (21,9%), 5 revelaram que obtiveram este acompanhamento num contexto público (7,8%), 44 crianças evidenciaram que o acompanhamento foi realizado num contexto privado (68,8%). Por fim, apenas uma criança preferiu não responder (1,6%). Dos 131 sujeitos que afirmaram não terem sido seguidos psicologicamente, foi perguntado se gostariam de o ser, em que 28 responderam que sim (19,6%), 9 afirmaram que não tinham interesse (6,8%) e 17 preferiram não responder (11,9%).

No questionário sociodemográfico, foi perguntado aos participantes se tinham problemas em adormecer, 70 indivíduos responderam que sim (35,0%), já 98 mencionaram que não (49,0%). Por fim, 32 sujeitos não quiseram responder (16,0%). No que respeita ao bullying, foi questionado aos participantes se já tinham sofrido ou não, 56 responderam de forma positiva a esta questão (28,0%), 115 indivíduos afirmaram não terem sido vítimas de bullying (57,5%). Contudo, 29 sujeitos preferiram não responder (14,5).

Finalmente, foi questionado aos sujeitos quanto tempo dedicam a ver televisão em casa por dia, sendo a média 3,33 e o desvio padrão 0,99 (o mínimo referido foi 1 hora e o máximo 5 horas). No que diz respeito ao tempo despendido para as redes sociais, obteve-se uma média de 2,56 e um desvio-padrão 1,20 (o mínimo referido foi 1 hora e o máximo 5 horas). Por fim, o tempo que as crianças dispõem para estarem a jogar videojogos em média foi de 3 horas por dia, tendo um desvio-padrão de 3 horas.

Os professores, e mais concretamente os diretores de turma, que também participaram nesta investigação, responderam a um questionário que tinha como objetivo avaliar os seus alunos em diversas componentes. Apenas 9 professores concluíram o preenchimento do formulário. No que concerne a esta amostra, as idades estavam compreendidas entre os 43 anos e os 60 ($M= 50,6$). Já no que toca aos anos de experiência variavam entre os 11 e os 37 anos ($M= 25,7\%$).

Instrumentos

Os jovens participantes desta investigação responderam a três questionários distintos, que irão ser descritos de seguida. Já, os professores, apenas responderam a um questionário, de forma digital.

Questionário sociodemográfico

Os dados sociodemográficos têm como objetivo a caracterização da amostra, tentando conhecer os perfis populacionais. São dados que abordam por exemplo o nível educacional de cada aluno. Este inquérito era constituído por diversas questões, nomeadamente, sexo, data de nascimento, agregado familiar, habilitações literárias dos seus pais, bem como situação laborar. Este questionário continha também diversas questões a nível pessoal, sobre se a criança já tinha tido acompanhamento psicológico ou se já sofreu de bullying.

Strengths and Difficulties Scale: SDQ

O questionário *Strengths and Difficulties* foi desenvolvido por Goodman em 1994, com o intuito de ser um instrumento de fácil aplicação, para demonstrar o risco de problemas na saúde mental (Goodman, 2001). Este instrumento, segundo Goodman (1997), corresponde às capacidades e às dificuldades comportamentais das crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos. É um instrumento breve medida que abrange domínios atuais mais importantes da psicopatologia infantil (i. e., sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, atenção e problemas de pares), assim como os pontos fortes pessoais (i. e., comportamento pró-social) que podem ser completados por pais, professores ou pelos próprios jovens.

O SDQ consiste em 25 itens que descreve os atributos positivos e negativos de crianças e adolescentes que podem ser atribuídos a 5 subescalas de 5 itens cada: a subescala de sintomas emocionais, a subescala de problemas de conduta, a subescala de hiperatividade e atenção, a subescala de problemas entre pares e a subescala de comportamento prosocial. Cada item tem de ser pontuado numa escala de 3 pontos com 0 = 'não verdadeiro', 1 = 'um pouco verdadeiro', e 2 = 'certamente verdadeiro' (Muris et al., 2003). Esta prova, foi traduzida para a população portuguesa por Fleitlich et al., (2004). Os diversos estudos que se debruçaram nas propriedades psicométricas, nas três versões da prova (professores, pais e autorelato), indicaram que existe validade neste questionário. Sendo assim, a aplicação do SDQ é bastante eficaz na avaliação das crianças, facilitando o reconhecimento precoce dos problemas das mesmas (Marzocchi et al., 2004).

Children's Depression Inventory: CDI

O *Children's Depression Inventory* (CDI) foi o primeiro instrumento elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância. O CDI foi proposto por Kovacs em 1983, e surgiu de uma adaptação do *BDI – Beck Depression Inventory*. É composta por 27 itens sendo que cada um deles é composto por quatro frases descrevendo quatro possibilidades, ordenadas por gravidade de expressão sintomática, cotadas de 0 a 3 (Coutinho et al., 2008). O preenchimento deste questionário é realizado pela própria criança, e que deve escolher a opção que mais caracteriza os seus sentimentos nas últimas duas semanas.

É importante mencionar que este instrumento demonstrou uma boa consistência interna, tanto em amostras com crianças sem perturbações emocionais, como também, em crianças que apresentam patologias a nível emocional (Kovacs, 1985). Sendo assim, estas questões podem ser distribuídas por cinco subescalas que medem as variadas componentes da depressão: anedonia, humor negativo, auto-estima negativa, problemas interpessoais e ineficácia. A versão portuguesa desta escala foi realizada por Marujo (1994). A autora revela que este questionário abarca diversas questões a nível do pessimismo, insatisfação, isolamento social, entre outros. Nesta adaptação para a população portuguesa, bem como, num estudo realizado em 1999, por Dias & Gonçalves, demonstraram-se uma boa precisão e valores altos de consistência interna, com Alfas de Cronbach entre 0,80 e 0,84 (Marujo, 1994; Dias & Gonçalves, 1999).

Questionário Teacher Rating Scale – T-CRS

A escala T-CRS apresenta 38 itens que estão organizados em duas dimensões globais: *Problemas Comportamentais* (“Acting-out”; “Tímido/ Ansioso”; “Problemas de aprendizagem”) e *Competências* (“Tolerância à frustração”; “Assertividade social”; “Orientação para tarefas”; “Aptidões sociais”). A dimensão dos problemas comportamentais é avaliada numa escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Não é um problema” e 5 a “É um problema muito sério”. A dimensão das competências é também avaliada numa escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a “nada” e 5 a “muito”. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Hightower, Guare, & Rohrbeck (1986). Este instrumento é direcionado para os professores, com o intuito de avaliar as competências escolares, bem como, os problemas de comportamento das crianças (Hightower et al., 1986).

Procedimento

Após o contacto com a escola do concelho de Sintra, foi agendada uma reunião com o intuito de dar a conhecer o projeto “Crescer Saudável”, sendo um projeto desenvolvido pela equipa de Desenvolvimento Social do *William James Center for Research* do ISPA- Instituto Universitário. Este projeto tem com o objetivo principal caracterizar e levantar as necessidades, no que respeita a saúde mental das crianças e adolescentes, recorrendo a uma perspetiva multi-informador (alunos-professores). É importante mencionar que a Diretora da escola aceitou participar neste projeto, mostrando ser muito disponível para organizar a recolha de dados.

Posteriormente, foram entregues os consentimentos informados aos alunos para entregarem aos seus encarregados de educação, e estes autorizarem a participação no estudo. Após serem obtidos os consentimentos informados assinados, foram agendadas as datas das recolhas de dados. É importante salientar que as recolhas de dados referentes às crianças ocorreram presencialmente, na escola D.Pedro IV (Monte Abraão). Foi entregue um bloco em papel com todos os questionários, a todos os alunos que tinham autorização. No que concerne à recolha de dados dos professores, ocorreram de forma digital, recorrendo à plataforma “Qualtrics”.

RESULTADOS

Para ser possível compreender se se existe relação entre a depressão e as competências sociais e emocionais das crianças e jovens, foi utilizada a versão 29 do programa SPSS. Procedeu-se primeiro ao estudo das fiabilidades dos questionários aplicados, tanto para as crianças, como para os professores. Posteriormente, foram realizadas as correlações entre subescalas, para verificar a existência ou não de relações significativas. De seguida, foi realizada uma análise multivariada, com o intuito de verificar a existência de efeitos em função dos níveis de sintomas depressivos e do género nas dimensões em estudo.

Fiabilidade dos Instrumentos

Questionário de depressão infantil: CDI

No que concerne a este instrumento (ver Tabela 1), foi possível concluir que o valor de alfa de Cronbach obtido na subescala “Humor Negativo”, não demonstra fiabilidade. O mesmo resultado foi verificado para as subescalas “Problemas Interpessoais” e “Inefetividade. A “Anedonia”, revelou ter um valor de alfa suficiente. Por fim, na última subescala deste instrumento, “Autoestima Negativa”, já foi obtido um alfa de Cronbach satisfatório. Contudo, é importante destacar que foram retirados 3 itens à escala total, uma vez que estes não apresentaram boa fiabilidade. Os itens retirados foram os seguintes: 6. *Algo mau pode acontecer*, 14. *Trabalhos escolares* e 18. *Dores*.

Sendo assim, é imprescindível verificar se os resultados das subescalas continuam a ser estatisticamente significativos ou se houve alguma alteração. O item 6 pertence à subescala “Humor Negativo”, sendo que a sua retirada não influenciou o resultado. O mesmo aconteceu com o item 14, pertencente à subescala “Inefetividade”. Por fim, o item 18 estava inserido na subescala de anedonia. O mesmo foi verificado com a eliminação desse item. Deste modo, torna-se importante verificar a escala total do CDI com estas eliminações, sendo que obteve um alfa bastante fiável.

Tabela 1 – Fiabilidade do *Questionário* CDI

Dimensões	Alfa de Cronbach
Humor Negativo	0.53
Problemas Interpessoais	0.42
Inefetividade	0.53
Anedonia	0.63
Autoestima Negativa	0.74
Escala Total CDI	0.84

Questionário Strengths and Difficulties: SDQ

No que diz respeito a esta escala, foi possível verificar que os alfas obtidos nas subescalas “Problemas emocionais” e “Problemas comportamentais” não demonstraram fiabilidade. Já nas subescalas de “Hiperatividade” e “Comportamento pró-social” os valores obtidos mostraram ser suficientes. A subescala de “Problemas com pares” o não apresentou fiabilidade. Em relação à escala de “Dificuldades totais”, verificou-se um valor satisfatório (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Fiabilidade do *Questionário* SDQ

Subescalas	Alfa de Cronbach
Problemas emocionais	0.56
Problemas comportamentais	0.43
Hiperatividade	0.62
Comportamento pró-social	0.58
	(0.60*)
Problemas com pares	0.42
Escala total de dificuldades	0.75

*Com base em itens estandardizados

Questionário Teacher Rating Scale: T-CRS

Remetendo agora para este questionário, foi possível utilizar todas as suas dimensões do instrumento para . Nas subescalas “Acting-out”, ”Timidez/Ansiedade”, “Tolerância à frustração”, assim como na escala total de competências obtiveram-se alfas de Cronbach bastante fiáveis. Nas dimensões “Problemas de aprendizagem”, “Orientação para tarefa”, “Problemas comportamentais”, assim como na subescala de aptidões sociais os valores de alfa revelaram-se excelentes. Na subescala de “Assertividade social”, o valor foi suficiente (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Fiabilidade do Questionário TCR-S

Dimensões	Alfa de Cronbach
Acting-out	0.82
Timidez/Ansiedade	0.81
Problemas de Aprendizagem	0.87
Tolerância à Frustração	0.79
Assertividade Social	0.68
Orientação para a tarefa	0.89
Aptidões sociais	0.90
Total de problemas comportamentais	0.87
Total de competências	0.79

Análises Descritivas

Correlações Entre as Variáveis

Nesta fase do estudo, foi importante correlacionar todas as dimensões fiáveis . Contudo, é importante mencionar que nem todos os professores responderam ao questionário, circunstância que diminuiu o número alunos com dados sobre o T-CRS para cerca de metade. A **Autoestima Negativa**, encontra-se positivamente relacionada com a anedonia, sendo esta relação significativa. A **escala total da CDI** encontra-se positivamente relacionada com a anedonia e autoestima negativa, sendo estas relações significativas.

A **Hiperatividade** encontra-se correlacionada de forma positiva com a anedonia, autoestima negativa e com a escala total CDI, contudo é importante destacar que a relação com a autoestima negativa é menos significativa do que as restantes. (tabela 1). O **Comportamento Pró Social**, não se relaciona com nenhuma subescala. A **escala de Dificuldades Totais** encontra-se relacionada positivamente com a anedonia, autoestima negativa, escala total de CDI e hiperatividade, sendo todas as correlações significativas.

O **Acting-out** encontra-se relacionado positivamente com a hiperatividade. A dimensão **Timidez/Ansiedade** não se relaciona com nenhuma outra subescala. Os **Problemas de aprendizagem** encontram-se relacionados, de forma positiva, com o Acting-out. A **Tolerância à Frustração** encontra-se negativamente relacionado com a hiperatividade, com o Acting-out e com os problemas de aprendizagem. No entanto, a relação com o Acting-out é menos significativa com as restantes. A **Assertividade Social** encontra-se relacionada de forma negativa com o Acting-out, timidez/ansiedade e problemas de aprendizagem, sendo todas as relações significativas. No entanto, encontra-se positivamente relacionado com a frustração à tolerância. (tabela 1) A **Orientação para a tarefa**, encontra-se negativamente relacionado com o Acting-out e problemas de aprendizagem. Já com a tolerância à frustração e assertividade social, existe uma relação positiva. Todas as correlações são significativas. A **Aptidão Social** encontra-se relacionada de forma positiva com o e problemas de aprendizagem. Sendo que esta relação é menos significativa. Já com a assertividade social e orientação para a tarefa existe uma relação negativa, sendo que esta última relação é menos significativa do que com a assertividade social. (tabela 1)

A **escala de Problemas comportamentais** encontra-se relacionada positivamente com o Acting-out, timidez/ansiedade, problemas de aprendizagem e aptidão social, sendo todas significativas. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa existe uma relação negativa e significativa. (tabela 1). Por fim, a **escala Total de Competência** apresenta correlações negativas com Acting-out, problemas de aprendizagem e escala total de problemas comportamentais. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa a relação é positiva. Todas as correlações são significativas.

Tabela 1- Correlações entre as Variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Anedonia	--														
2 Autoestima Negativa	.60**	--													
3 CDI Total	.82**	.80**	--												
4 Hiperatividade	.35**	.23*	.36**	--											
5 Prosocial	0.04	-0.03	-0.10	-0.14	--										
6 Dificuldades Total	.58**	.44**	.61**	.75**	-0.03	--									
7 Acting-out	-0.04	-0.03	-0.14	.26**	0.04	0.09	--								
8 Timidez/ansiedade	0.11	0.07	0.05	0.05	-0.034	0.14	-0.04	--							
9 Prob. de aprendizagem	-0.02	-0.04	0.02	0.08	-0.02	0.11	.49**	0.16	--						
10 Tolerância à Frustração	0.11	0.05	0.18	-.25*	0.03	-0.05	-.89**	-0.12	-.51**	--					
11 Assertividade Social	0.01	-0.02	0.03	0.01	0.02	-0.02	-.25*	-.57**	-.50**	.35**	--				
12 Orientação para a Tarefa	0.04	0.09	0.04	0.07	-0.07	-0.01	-.29**	-0.16	-.84**	.34**	.56**	--			
13 Aptidão Social	0.05	0.02	0.03	0.03	-0.07	0.18	-0.03	.81**	.21*	-0.11	-.49**	-.23*	--		
14 Probl. Comp. Total	-0.00	-0.03	-0.05	0.18	0.00	0.14	.73**	.44**	.87**	-.74**	-.61**	-.68**	.39**	--	
15 Competências Total	0.01	0.07	0.12	-0.06	-0.03	0.01	-.64**	-0.11	-.82**	.72**	.64**	.85**	-0.08	-.81**	--

N = 101

Correlações Entre as Variáveis para o Sexo Feminino

Considerando apenas as raparigas (ver Tabela 2), A **Autoestima Negativa**, encontra-se positivamente relacionada com a anedonia, sendo esta relação significativa. A **escala total da CDI** encontra-se positivamente relacionada com a anedonia e autoestima negativa, sendo estas relações significativas. A **Hiperatividade** encontra-se correlacionada de forma positiva com a anedonia, autoestima negativa e com a escala total CDI, contudo é importante destacar que a relação com a autoestima negativa é menos significativa do que as restantes. O **Comportamento Pró Social**, encontra-se relacionado de forma negativa com a hiperatividade, não sendo muito significativa. A **escala de Dificuldades Totais** encontra-se relacionada positivamente com a anedonia, autoestima negativa, escala total de CDI e hiperatividade, sendo todas as correlações significativas.

O **Acting-out** não apresenta nenhuma correlação. A **Timidez/ansiedade** não se relacionada com nenhuma subescala. Os **Problemas de aprendizagem** encontram-se relacionados, de forma positiva, com o Acting-out e timidez/ansiedade, sendo as relações significativas. A **Tolerância à Frustração** encontra-se negativamente relacionado com o Acting-out e com os problemas de aprendizagem. Sendo as relações significativas. A **Assertividade Social** encontra-se relacionada de forma negativa com a timidez/ansiedade e problemas de aprendizagem, sendo todas as relações significativas. No entanto, encontra-se positivamente relacionado com a frustração à tolerância, contudo, esta relação não é muito significativa. A **Orientação para a tarefa**, encontra-se negativamente relacionado com o Acting-out, timidez/ansiedade e problemas de aprendizagem. Já com a assertividade social, existe uma relação positiva. Todas as correlações são significativas, excepto com o Acting-out. A **Aptidão Social** encontra-se relacionada de forma positiva com a timidez/ansiedade e problemas de aprendizagem. Sendo que estas relações são significativas. Já com a assertividade social e orientação para a tarefa existe uma relação negativa, sendo todas significativas.

A **escala de Problemas comportamentais** encontra-se relacionada positivamente com o Acting-out, timidez/ansiedade, problemas de aprendizagem e aptidão social, sendo todas significativas. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa existe uma relação negativa e significativa. Por fim, a **escala Total de Competência** apresenta correlações negativas com Acting-out, timidez/ansiedade, problemas de aprendizagem, aptidão social e escala total de problemas comportamentais.

No entanto, a relação negativa com a aptidão social é menos significativa. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa a relação é positiva. Todas as correlações são significativas.

Correlações Entre as Variáveis para o Sexo Masculino

No caso dos rapazes (ver Tabela 3). A **Autoestima Negativa**, encontra-se positivamente relacionada com a anedonia, sendo esta relação significativa. A **escala total da CDI** encontra-se positivamente relacionada com a anedonia e autoestima negativa, sendo estas relações significativas. A **Hiperatividade** não apresenta nenhuma correlação. O **Comportamento Pró Social**, não apresenta nenhuma correlação. A **escala de Dificuldades Totais** encontra-se relacionada positivamente com a anedonia, autoestima negativa, escala total de CDI e hiperatividade, sendo todas as correlações significativas, exceto com a autoestima negativa.

O **Acting-out** apresenta uma correlação positiva e significativa com a hiperatividade. A timidez/ansiedade não se relaciona com nenhuma subescala. Os **Problemas de aprendizagem** encontram-se relacionados, de forma positiva, com o Acting-out, sendo a relação significativa. A **Tolerância à Frustração** encontra-se negativamente relacionado com a hiperatividade, o Acting-out e com os problemas de aprendizagem. Sendo as relações significativas. A **Assertividade Social** encontra-se relacionada de forma negativa com a timidez/ansiedade e problemas de aprendizagem, sendo todas as relações significativas. No entanto, encontra-se positivamente relacionado com a frustração à tolerância, sendo uma relação significativa. A **Orientação para a tarefa**, encontra-se negativamente relacionado com o Acting-out e problemas de aprendizagem. Já com a tolerância à frustração e assertividade social, existe uma relação positiva. Todas as correlações são significativas, exceto com o Acting-out. A **Aptidão Social** encontra-se relacionada de forma positiva com o timidez/ansiedade. Sendo que esta relação é significativa. Já com a assertividade social existe uma relação negativa, não sendo muito significativa.

A **escala de Problemas comportamentais** encontra-se relacionada positivamente com a hiperatividade, Acting-out, timidez/ansiedade, problemas de aprendizagem e aptidão social. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa existe uma relação negativa. Todas as relações são significativas, exceto a hiperatividade e aptidão social. Por fim, a **escala Total de Competência** apresenta

correlações negativas com Acting-out, problemas de aprendizagem e escala total de problemas comportamentais. No entanto, as relações com o Acting-out, escala total de problemas comportamentais e problemas de aprendizagem não são significativas. aptidão social é menos significativa. Já com a tolerância à frustração, assertividade social e orientação para a tarefa a relação é positiva. Todas as correlações são significativas.

Tabela 2 - Correlações entre as Variáveis para o Sexo Feminino

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Anedonia	--														
2 Autoestima Negativa	.56**	--													
3 CDI Total	.80**	.79**	--												
4 Hiperatividade	.41**	.33*	.53**	--											
5 Prosocial	-0.02	-0.13	-0.23	-.33*	--										
6 Dificuldades Total	.63**	.49**	.72**	.75**	-0.18	--									
7 Acting-out	-0.00	0.01	-0.10	0.17	0.05	0.01	--								
8 Timidez/ansiedade	0.16	-0.03	0.06	-0.19	0.06	0.11	-0.05	--							
9 Prob. Aprendizagem	0.19	0.11	0.20	0.09	-0.00	0.2	.46**	.40**	--						
10 Tol. à Frustração	0.09	-0.03	0.13	-0.17	-0.00	0.05	-.94**	0.03	-.41**	--					
11 Assertividade Social	0.01	-0.01	0.03	0.06	0.02	-0.02	-0.24	-.76**	-.54**	.31*	--				
12 Orient. para a Tarefa	-0.22	-0.05	-0.13	-0.02	-0.03	-0.19	-.32*	-.52**	-.89**	0.25	.64**	--			
13 Aptidão Social	0.01	-0.18	-0.07	-0.13	0.02	0.14	-0.02	.77**	.49**	-0.01	-.69**	-.64**	--		
14 Probl. Comp. Total	0.14	0.05	0.06	0.07	0.06	0.13	.76**	.49**	.87**	-.71**	-.64**	-.78**	.47**	--	
15 Competências Total	-0.07	-0.10	-0.02	-0.13	0.01	-0.04	-.79**	-.29*	-.76**	.81**	.66**	.72**	.297*	-.90**	--

N=50

Tabela 3 - Correlações entre as Variáveis para Sexo Masculino

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Anedonia	--														
2 Autoestima Negativa	.56**	--													
3 CDI Total	.80**	.76**	--												
4 Hiperatividade	0.22	0.02	0.10	--											
5 Pro Social	-0.01	-0.03	-0.07	-0.02	--										
6 Dificuldades Total	.45**	.29*	.43**	.74**	0.03	--									
7 Acting-out	-0.08	-0.07	-0.18	.41**	0.05	0.23	--								
8 Timidez/ansiedade	0.12	0.20	0.06	0.24	-0.09	0.19	-0.03	--							
9 Prob. de aprendizagem	-0.08	-0.07	-0.01	0.13	0.02	0.14	.56**	0.03	--						
10 Tolerância à Frustração	0.06	0.07	0.18	.40**	0.03	-0.23	-.81**	-0.24	-.60**	--					
11 Assertividade Social	-0.02	-0.08	-0.01	-0.06	0.00	-0.05	-0.27	-.45**	-.49**	.39**	--				
12 Orientação para a Tarefa	0.13	0.09	0.05	0.08	-0.15	0.01	-.28*	0.02	-.80**	.40**	.52**	--			
13 Aptidão Social	0.08	0.21	0.11	0.16	-0.17	0.2	-0.03	.85**	0.05	-0.24	-.30*	-0.01	--		
14 Probl. Comp. Total	-0.04	-0.01	-0.07	.35*	0.01	0.25	.73**	.40**	.87**	-.79**	-.58**	-.61**	.35*	--	
15 Competências Total	0.14	0.11	0.13	-0.08	-0.13	-0.05	-.56**	-0.00	-.84**	.67**	.65**	.91**	0.05	-.75**	--

N=51

Análise Multivariada

A partir dos valores da escala CDI Total, foram criados dois grupos. O primeiro grupo foi composto pelos jovens que tiveram valores até à mediana ($M_d = 39$), o segundo grupo, foi constituído pelos sujeitos que obtiveram valores acima da mesma.

Tabela 4 – Efeitos Multivariados em Função do Grupo e Sexo

	Wilk's Lambda	F	df	p	
Idade (covariável)	0.60	5.29	(15. 82)	0.000	***
Grupo	0.69	11.77	(15. 82)	0.000	***
Sexo	0.781	1.99	(15. 82)	0.113	
Grupo * Sexo	0.882	0.99	(15. 82)	0.743	
N = 110;*** p<.001					

Através da Tabela 4, podemos observar os efeitos da análise multivariada que foi realizada em função do Grupo de sintomas depressivos e o Sexo, para controlar a Idade, esta foi incluída como covariável. É possível verificar que a Idade, o Grupo e o Sexo, apresentaram efeitos multivariados estatisticamente significativos nas dimensões combinadas em estudo. Não existiu efeito multivariado de interação entre o Grupo de sintomas depressivos e o Sexo. Na Tabela 5, estão descritos os efeitos obtidos para a idade da criança. Podemos destacar então, que a idade da criança teve efeitos significativos nas seguintes subescalas: Prob. de aprendizagem, Assertividade Social, Orientação para a Tarefa, Probl. Comp. Total, e Competências Total.

Tabela 5 – Efeitos entre Sujeitos em Função da Idade

Variáveis Dependentes	F	gl	p	
Anedonia	0.66	(1. 96)	0.420	
Autoestima Negativa	0.65	(1. 96)	0.423	
CDI Total	1.70	(1. 96)	0.196	
Hiperatividade	3.75	(1. 96)	0.056	+
Prosocial	2.07	(1. 96)	0.154	
Dificuldades Total	1.60	(1. 96)	0.208	
Acting-out	3.85	(1. 96)	0.053	+
Timidez/ansiedade	0.05	(1. 96)	0.821	
Prob. de aprendizagem	17.67	(1. 96)	0.000	***
Tolerância à Frustração	3.49	(1. 96)	0.065	+
Assertividade Social	22.60	(1. 96)	0.000	***
Orientação para a Tarefa	29.32	(1. 96)	0.000	***
Aptidão Social	0.67	(1. 96)	0.415	
Probl. Comp. Total	11.19	(1. 96)	0.001	**
Competências Total	27.36	(1. 96)	0.000	***

N = 50 (Fem.), 51 (Masc.), 101 (Total); *** $p < .001$, ** $p < .01$, + $p < .10$

Em seguida, procedeu-se ao estudo dos efeitos simples entre sujeitos. Na Tabela 6, podemos analisar os resultados das dimensões em estudo em função do Grupo dos sintomas depressivos (CDI Total). Sendo assim, é possível verificar que o nível de sintomas depressivos teve efeitos significativos em todas as subescalas do CDI, duas das três dimensões do SDQ (sem efeito na Prosocial), sempre com valores superiores no Grupo de Alto nível de sintomas depressivos, e em três (Acting-out, Tolerância à Frustração e Competência Total) das nove subescalas do T-CRS, apresentado o Grupo de Baixo nível de sintomas depressivos apenas valores médios superiores para o Acting-out.

Na Tabela 7, podemos verificar que não existem efeitos simples entre sujeitos significativos em função do Sexo da criança nas variáveis em estudo. É apenas possível constatar efeitos marginais nas seguintes subescalas: autoestima negativa, comportamento pró-social, e orientação para a tarefa, sendo os valores médios sempre superiores para o sexo feminino. Finalmente foram identificados dois efeitos simples de interação entre as variáveis independentes do Grupo e do Sexo ($p < .05$ em ambos): Hiperatividade, $F(1,96) = 5.25$, $p = 0.024$; Dificuldades Total, $F(1,96) = 5.53$, $p = 0.021$, com os rapazes do Grupo Baixo de sintomas depressivos, a apresentar os valores médios superiores, pelo contrário, no Grupo Alto de sintomas depressivos, são as raparigas que apresentam os valores médios marcadamente mais elevados (ver Figura 1).

Tabela 6 – Efeitos entre Sujeitos em Função do Grupo (CDI)

Variáveis Dependentes		Grupo		Total	F	gl	p
		Baixo	Alto				
Anedonia	\bar{x}	8.96	12.21	10.51	57.74	(1. 96)	0.000 ***
	σ	1.79	2.06	2.51			
Autoestima Negativa	\bar{x}	5.32	7.73	6.47	55.71	(1. 96)	0.000 ***
	σ	1.17	1.69	1.87			
CDI Total	\bar{x}	32.58	44.73	38.36	174.72	(1. 96)	0.000 ***
	σ	3.16	5.19	7.42			
Hiperatividade	\bar{x}	1.87	2.11	1.98	7.92	(1. 96)	0.006 **
	σ	0.38	0.45	0.43			
Prosocial	\bar{x}	2.56	2.54	2.55	0.87	(1. 96)	0.354
	σ	0.37	0.36	0.37			
Dificuldades Total	\bar{x}	1.65	1.96	1.80	34.08	(1. 96)	0.000 ***
	σ	0.22	0.28	0.29			
Acting-out	\bar{x}	1.26	1.08	1.17	7.37	(1. 96)	0.008 **
	σ	0.46	0.20	0.37			
Timidez/ansiedade	\bar{x}	1.12	1.15	1.14	0.30	(1. 96)	0.585
	σ	0.33	0.25	0.29			
Prob. de aprendizagem	\bar{x}	1.40	1.30	1.35	0.72	(1. 96)	0.397
	σ	0.56	0.53	0.55			
Tolerância à Frustração	\bar{x}	4.73	4.91	4.81	9.61	(1. 96)	0.003 **
	σ	0.38	0.15	0.31			
Assertividade Social	\bar{x}	4.76	4.79	4.77	0.90	(1. 96)	0.346
	σ	0.28	0.33	0.30			
Orientação para a Tarefa	\bar{x}	4.67	4.73	4.70	0.44	(1. 96)	0.509
	σ	0.47	0.47	0.47			
Aptidão Social	\bar{x}	1.10	1.13	1.11	0.01	(1. 96)	0.943
	σ	0.43	0.33	0.39			
Probl. Comp. Total	\bar{x}	1.26	1.17	1.22	2.83	(1. 96)	0.096 +
	σ	0.32	0.23	0.29			
Competências Total	\bar{x}	4.17	4.26	4.21	4.99	(1. 96)	0.028 *
	σ	0.26	0.18	0.23			

N = 50 (Fem.), 51 (Masc.), 101 (Total); *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$.

Tabela 7 – Efeitos entre Sujeitos em Função do Sexo

Variáveis Dependentes		Sexo		Total	F	gl	p
		Feminino	Masculino				
Anedonia	\bar{x}	11.24	9.78	10.51	2.46	(1, 96)	0.120
	σ	2.58	2.24	2.51			
Autoestima Negativa	\bar{x}	7.04	5.90	6.47	2.89	(1, 96)	0.092 +
	σ	2.01	1.55	1.87			
CDI Total	\bar{x}	40.56	36.20	38.36	1.53	(1, 96)	0.220
	σ	7.65	6.57	7.42			
Hiperatividade	\bar{x}	2.05	1.92	1.98	0.58	(1, 96)	0.447
	σ	0.43	0.42	0.43			
Prosocial	\bar{x}	2.61	2.49	2.55	3.62	(1, 96)	0.060 +
	σ	0.36	0.37	0.37			
Dificuldades Total	\bar{x}	1.87	1.73	1.80	1.46	(1, 96)	0.230
	σ	0.29	0.28	0.29			
Acting-Out	\bar{x}	1.16	1.19	1.17	0.18	(1, 96)	0.672
	σ	0.42	0.31	0.37			
Timidez/ansiedade	\bar{x}	1.12	1.15	1.14	0.23	(1, 96)	0.633
	σ	0.24	0.33	0.29			
Prob. de aprendizagem	\bar{x}	1.25	1.45	1.35	1.87	(1, 96)	0.175
	σ	0.44	0.62	0.55			
Tolerância à Frustração	\bar{x}	4,85	4,78	4,81	0,01	(1, 96)	0,915
	σ	0,34	0,28	0,31			
Assertividade Social	\bar{x}	4,79	4,76	4,77	0,01	(1, 96)	0,944
	σ	0,31	0,29	0,30			
Orientação para a Tarefa	\bar{x}	4,80	4,60	4,70	3,11	(1, 96)	0,081 +
	σ	0,37	0,54	0,47			
Aptidão Social	\bar{x}	1,13	1,09	1,11	0,31	(1, 96)	0,577
	σ	0,38	0,39	0,39			
Probl. Comp. Total	\bar{x}	1,17	1,26	1,22	0,80	(1, 96)	0,373
	σ	0,27	0,30	0,29			
Competências Total	\bar{x}	4,26	4,17	4,21	1,66	(1, 96)	0,201
	σ	0,19	0,25	0,23			

N = 50 (Fem.), 51 (Masc.), 101 (Total); + $p < .10$.

Figura 1 – Efeitos entre Sujeitos de Interação Grupo*Sexo na Hiperatividade

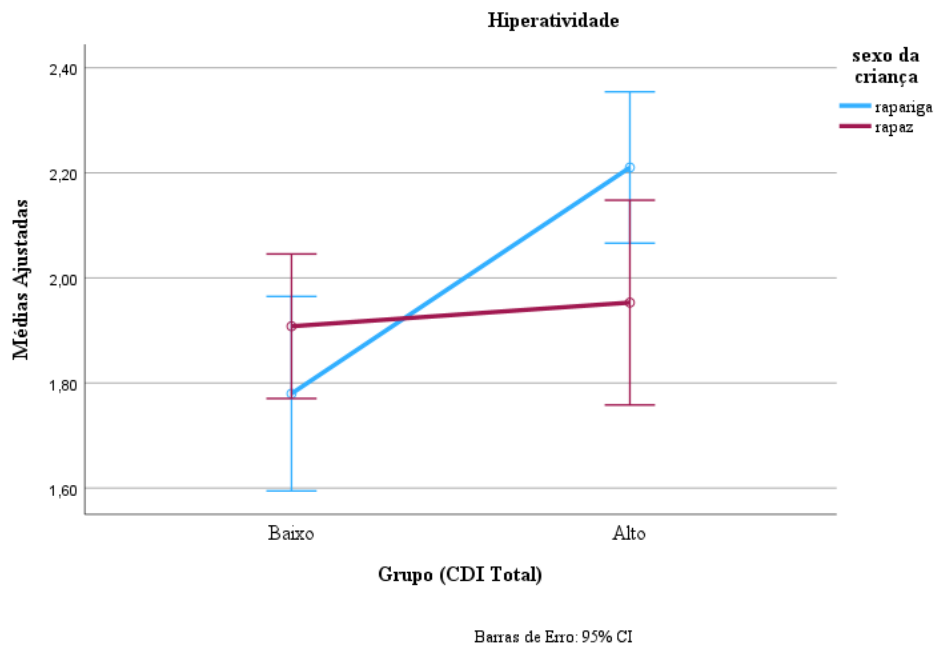
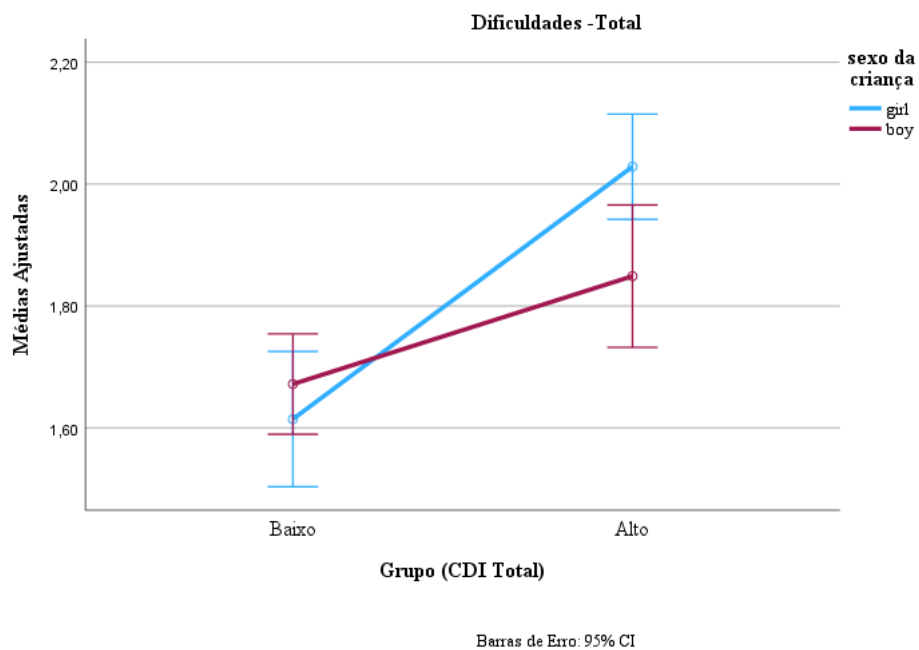


Figura 2 – Efeitos entre Sujeitos de Interação Grupo*Sexo nas Dificuldades



DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo consistiu em verificar se o aumento dos sintomas depressivos está associado ao aumento dos atributos psicológicos negativos, à diminuição dos atributos psicológicos positivos e das competências sociais e emocionais, assim como verificar possíveis diferenças em função do sexo das crianças. Os resultados obtidos confirmam esta previsão, de um modo geral.

Em relação aos sintomas depressivos, as raparigas mostraram mais sintomas que os rapazes, nomeadamente, anedonia, autoestima negativa e CDI Total. De acordo com o estudo realizado por Lima Coutinho et al. (2016), existe uma diferenciação de sintomas associados às perturbações depressivas em relação ao género. No género feminino, os sintomas de depressão incluem a baixa autoestima e problemas com a socialização, o mesmo foi observado no estudo de Abel & Hankin (2007), mencionado anteriormente. No género masculino, os sintomas englobam problemas comportamentais, desprezo, rejeição e utilização de substâncias.

Na hiperatividade, os rapazes não revelaram ter significativamente mais sintomas desta perturbação na presente amostra, em contraste com publicações anteriores. Por exemplo, nos estudos realizados por Spencer et al. (2007), a prevalência desta perturbação é superior no sexo masculino. Um resultado semelhante foi verificado nas investigações de Xu et al. (2018), que estimaram cerca de 12% do diagnóstico da perturbação de hiperatividade diz respeito a indivíduos do sexo masculino, enquanto no sexo feminino foi estimado 4,7% de prevalência de diagnóstico. Tal padrão de resultados só está presente no Grupo Baixo em sintomas depressivos. Spencer et al. (2007), refere ainda que a sintomatologia da hiperatividade difere em relação ao sexo do indivíduo. O sexo masculino tende a ter comportamentos disruptivos e oposição, enquanto o sexo feminino tende a mostrar mais desatenção. A dimensão reduzida da presente amostra, assim como a ausência de diagnóstico pormenorizado, não permitem uma interpretação conclusiva dos resultados obtidos.

Em relação ao comportamento pró-social, as raparigas revelaram uma tendência para resultados superiores quando comparadas com os rapazes. Estes resultados corroboram investigações realizadas anteriormente, em que o género feminino tende a ser mais pró-social do que o masculino. Segundo alguns estudos com o intuito de analisar o comportamento pró-social em adolescentes, verificou-se o mesmo resultado que o

anterior, ou seja, as raparigas tendem a ter uma maior competência neste domínio, o que vai de encontro dos resultados da presente investigação (Fernandes et al., 2017).

É importante também mencionar alguns estudos que se debruçaram neste domínio e obtiveram resultados pertinentes. O primeiro estudo sublinhou que o género feminino tende a apresentar maiores capacidades nos comportamentos de cooperação, ajuda e envolvimento emocional. No segundo estudo, o sexo masculino revelou uma maior tendência em ajudar o outro em situações mais claras e urgentes, enquanto o género feminino investe mais nas relações interpessoais a longo prazo (Fernandes et al., 2017).

Sobre os resultados referentes ao instrumento T-CRS, é importante realçar que os dados traduzem opiniões e avaliações que os professores fazem dos seus alunos. Sendo assim, os professores que participaram nesta investigação, não demonstraram que as raparigas tendem a ser mais tímidas e ansiosas do que os indivíduos do sexo masculino. Batista & Oliveira (2005), reportam investigações que tiveram como objetivo analisar a prevalência da ansiedade em ambos os géneros, concluindo que os indivíduos do sexo feminino tendem a ser mais ansiosas, sendo que esta divergências podem ser explicadas pelo facto das raparigas têm uma maior necessidade de serem aprovadas a nível social. Em relação à timidez, estudos indicam que as raparigas têm uma maior tendência a serem mais tímidas do que os rapazes (Ribeiro et al., 2015). A dimensão ainda mais reduzida de professores na presente amostra, não permite uma interpretação conclusiva dos resultados obtidos.

Por fim, foi constatado que apenas existiram efeitos marginais em determinada escalas, como a autoestima negativa, comportamento pró-social e orientação para a tarefa, porém os valores médios apresentam ser sempre superiores em relação ao género feminino. O facto destes valores médios serem superiores no género feminino, pode indicar a prevalência destes sintomas neste género, comparativamente ao género masculino.

De acordo com um estudo realizado pelo departamento de psiquiatria do Hospital de Setúbal, foi constatado um aumento do número de adolescentes com diagnóstico de perturbação depressiva, sendo crucial intervir nesta área. Cardoso et al. (2004), revelam a inconsistência e a escassez de dados empíricos sobre este tema, no entanto, conseguiram encontrar alguns resultados consistentes. Em relação, às diferenças de género, constataram que na infância existe uma maior predominância do género masculino face

ao género feminino, enquanto na entrada da adolescência existe uma inversão de prevalência, assumindo o género feminino mais predominância. Os resultados obtidos na presente investigação, não corroboram esta inversão de prevalência ao nível dos resultados do CDI Total, apesar do sexo feminino ter obtido valores superiores, a diferença não demonstrou ser significativa.

Limitações e Sugestões

No decorrer desta investigação, foram percebidas algumas limitações ao estudo. Por exemplo, a dimensão da amostra reduzida e de conveniência, uma vez que tivemos apenas 101 jovens participantes, o que impede generalizações dos resultados. Dado que participaram apenas 9 professores no total, é bastante importante que na investigação sejam recolhidos substancialmente dados por parte de alunos e professores. Relativamente aos instrumentos, seria pertinente acrescentar informação sobre o sucesso escolar, uma vez que nesta investigação, os professores, relataram problemas relacionados com esta área.

Seria também pertinente, enquadrar mais um instrumento de competências sociais e emocionais que fossem os próprios alunos a preencher, para ter a perspetiva de si próprios e não apenas dos professores. Além disso, seria igualmente importante acrescentar a perspetiva dos pais em relação aos seus educandos, no que diz respeito às competências sociais e emocionais. Finalmente, no futuro, seria interessante que este projeto abrangesse mais escolas, nomeadamente do agrupamento, bem como mais turmas, para ser possível a realização de um levantamento de necessidades mais pormenorizado do mesmo.

REFERÊNCIAS

- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., RamosMorales, F., Cruz-Sánchez, J. & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos Neurociencias*, 18(1), 20-25.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression*, Jackson. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Alzahrani, M., Alharbi, M., & Alodwani, A. (2019). The Effect of Social-Emotional Competence on Children Academic Achivement and Behavioral Development. *Internacional Education Studies*, 12(12). doi:10.5539/ies.v12n12p141
- APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. The American Psychiatric Association.
- A.Dirck Hightower;Emory L. Cowen;Arline P. Spinell;Bohdan S. Lotyczewski;John C. Guare;Cynthia A. Rohrbeck;Lannie P. Brown; (1987). The Child Rating Scale: The Development of a Socioemotional Self-Rating Scale for Elementary School Children . *School Psychology Review*, (), – . doi:10.1080/02796015.1987.12085288
- Habibi Asgarabad, M., Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2023). Social skills and symptoms of anxiety disorders from preschool to adolescence: a prospective cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 64(7), 1045-1055.
- Bahls, S.C. (2002a). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*,78(5):359-366.
- Barros,Coutinho, Araújo & Castanha. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 19-28 .
- Batista, M. A. & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de psicologia da vetor editora*. Vol. 6, nº2, pp. 43-50.
- Baker, J. A. (2006). Contributions of teacher–child relationships to positive school adjustment during elementary school. *Journal of School Psychology*, 44(3), 211-229. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.02.002>
- Baker, J. A., Grant, S., & Morlock, L. (2008). The teacher-student relationship as a developmental context for children with internalizing or externalizing behavior problems. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 3-15. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.1.3>
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C. & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls?. *Journal of Affective Disorders* 89 (2005) 35 – 44.

- Bilaç, O., Ercan, E. S., Uysal, T., Aydin, C. (2014). Prevalence of Anxiety and Mood Disorders and Demographic Characteristics of Elementary School Students. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 171-180. doi: 10.5080/u7670
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Bolsoni-Silva, A., Perallis, C. & Nunes, P. (2018). Problemas de comportamento, competência social e desempenho acadêmico: Um estudo comparativo de crianças no ambiente escolar e familiar. *Temas em psicologia*. Vol 26. No 3. pp. 1189-1204.
- Breton, J. J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., Guilé, J. M. (2012). Clinical characteristics of depressed youths in child psychiatry. *J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 21, 16-29.
- Calçada, A. (2014). Depressão na infância. *Revista Psique Ciência & Vida*. Ano VII, Edição 98, Editora Escala, p(22-23).
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*. Vol 4. pp. 667-675
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Data and Statistics on Children's Mental Health. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G. & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de depressão infantil (CDI): Evidências de validade de construto e consistência interna. *Análise psicológica*, 7(3), pp. 291-300.
- Collie, R.J (2020). The development of social and emotional competence at school: Na integrated model. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 76-87.
- Collaborative of Academic, Social, and Emotional Learning (2013). *CASEL guide: Effective social and emotional programs – Preschool and elementary school edition*, Chicago, IL: Author.
- Chan, A. & Poulin, F. (2009). Monthly instability in early adolescent friendship networks and depressive symptoms. *Social Development*, 18, 1, pp 1-23
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, VI, 553-564
- Feitosa, M. P., Bohry, S., & Machado, E. R. (2011). Depressão: Família, e seu papel no tratamento do paciente. *Encontro: Revista de Psicologia*, 14(21), 127-144.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.
- Franco, M. G. S. D. C. & Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da compreensão emocional. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Vol 31. No 3. pp. 339-348

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (Cap. 38, 581-586).
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L. & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do inventário da depressão infantil (CDI) aplicado a uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Rev. Psiq. Clin* 29 (2). pp. 66-70.
- Huber, Laura; Plötner, Maria; Schmitz, Julian (2018). Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, (), -. doi:10.1007/s00787-018-1152-x
- Josephson, A. M. (2007). Depression and Suicide in Children and Adolescents: A Spiritual Perspective. *Southern Medical Journal*, 100 (7), 744-745
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M., & MHS Staff. (2003). *The Children's Depression Inventory (CDI). Technical manual update*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems
- Machado, P. M., Veríssimo, M. & Denham, S. (2012). O teste de conhecimento das emoções para crianças de idade pré escolar. *Revista Iberoamericana de diagnóstico e avaliação psicológica*. Vol 2. pp. 201-222.
- Mathews, Brittany L.; Koehn, Amanda J.; Abtahi, Mahsa Movahed; Kerns, Kathryn A. (2016). Emotional Competence and Anxiety in Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 162–184. doi:10.1007/s10567-016-0204-3
- Marujo, H. M. (1994). Síndromas depressivos na infância e na adolescência. *Tese de doutoramento não publicada*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, S., & Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. (Vol. 2, Cap. 13, Pag. 40–46).
- Moreira, P. (2004). Ser professor: competências básicas...3. Emoções positivas e regulação emocional. Competências sociais e assertividade. *Coleção Crescer a brincar*. Porto: Porto Editora

- National Institute of Mental Health, (n.d.). Child and Adolescent Mental Health, <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health>
- Peter Muris; Cor Meesters; Frank van den Berg (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). , 12(1), 1–8. doi:10.1007/s00787-003-0298-2
- Phil, k. A. M. & Ph D, A. H. (2015). Review of the relevance of social competence of to child's development: Lessons drawn. *Academic journal of interdisciplinary studies*. Vol 4. No 2.
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes - mito ou realidade? *Nascer e Crescer*, 21(3), 145-150.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A., & Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(2), 469 – 480. doi: 10.1037/0022-3514.49.2.469
- Segrin C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clin Psychol Rev* 20(3):379–403.
- Spencer, T., Biederman, J. and Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Journal of Ambulatory Pediatrics*, 7 (1), 73- 81.
- Tuerk, C., Anderson, V., Bernier, A., & Beauchamp, M. H. (2020). Social competence in early childhood: An empirical validation of the SOCIAL model. *Journal of Neuropsychology*. doi:10.1111/jnp.12230
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M., & Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18, pp. 197-214.
- Xu, G., Stratheam, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open* 1(4), e181471. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1471