

Universidades Lusíada

Ferreira, Filipa Coelho Menano Viseu, 2000-

A saúde mental nas crianças: fatores de risco e protetores

<http://hdl.handle.net/11067/8720>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

A presença de um suporte social sólido no contexto familiar é crucial para o desenvolvimento psicossocial saudável das crianças pré-adolescentes, desempenhando um papel protetor significativo contra a manifestação de sintomas depressivos. A presente investigação de natureza quantitativa, teve como objetivo geral analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes e investigar a sua relação com a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos, ...

The presence of solid social support in the family context is crucial for the healthy psychosocial development of pre-adolescent children, playing a significant protective role against the manifestation of depressive symptoms. The present quantitative research had the general objective of analyzing the prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent children and investigating their relationship with emotional regulation and the perception of social support from family and friends, as well a...

Palavras Chave

Depressão em crianças, Saúde mental infantil

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T22:00:04Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**A Saúde Mental nas Crianças:
Fatores de risco e protetores**

Realizado por:
Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira

Orientado por:
Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientador:	Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 24 de abril de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

A Saúde Mental nas Crianças: Fatores de risco e protetores

Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira

Lisboa

Agosto 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**A Saúde Mental nas Crianças:
Fatores de risco e protetores**

Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira

Lisboa

Agosto 2025

Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira

A Saúde Mental nas Crianças: Fatores de risco e protetores

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira

Orientador Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Título A Saúde Mental nas Crianças: Fatores de risco e protetores

Local Lisboa

Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Filipa Coelho Menano Viseu, 2000-

A Saúde Mental nas Crianças : Fatores de risco e protetores / Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira ; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981

LCSH

1. Depressão em crianças
2. Saúde mental infantil
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Depression in children

2. Child mental health

3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

4. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ506.D4 F47 2025

Agradecimentos

A realização da dissertação de Mestrado representou uma das maiores conquistas ao longo da minha vida, mas também um dos maiores desafios. Ao longo deste percurso, contei com o apoio, a orientação e a presença motivadora de pessoas fundamentais, pelas quais sou profundamente grata.

Em primeiro lugar, um enorme obrigada aos 180 participantes – todas crianças em idade pré-adolescentes - por aceitarem participar no presente estudo e dedicarem alguns minutos do seu tempo a responder aos questionários propostos. Aos encarregados de educação, o meu especial agradecimento pela autorização para a participação dos filhos. Aos colégios e respectivos professores por permitirem a realização da recolha de dados no seu espaço escolar.

Ao Prof. Doutor Miguel Freitas, por todo o apoio e o constante incentivo à aprendizagem. Pelo seu profissionalismo e dedicação durante todo este percurso.

À Universidade Lusíada de Lisboa por me proporcionar a oportunidade de continuar a minha formação académica, a concretização do Mestrado em Psicologia Clínica.

À minha família, principalmente aos meus pais, à minha irmã e avós, pelo apoio incansável ao longo destes 5 anos e por acreditarem sempre em mim. Obrigada pelas palavras de aconchego nas horas difíceis e pelo seu amor incondicional.

Às minhas amigas, pela paciência e grande suporte que me deram nesta etapa. Foi sem dúvida muito importante para mim. São a família que escolhi, obrigada por estarem sempre lá.

“O que a criança pode fazer hoje com ajuda, será capaz de fazer sozinha amanhã”.

(Lev Vygotsky, 1978)

Resumo

A presença de um suporte social sólido no contexto familiar é crucial para o desenvolvimento psicossocial saudável das crianças pré-adolescentes, desempenhando um papel protetor significativo contra a manifestação de sintomas depressivos.

A presente investigação de natureza quantitativa, teve como objetivo geral analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes e investigar a sua relação com a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos, bem como explorar eventuais diferenças nestas variáveis em função do género e da idade. A amostra foi constituída por 180 crianças dos concelhos de Lisboa, Amadora, Odivelas, Vila Franca de Xira e Loures (90 rapazes e 90 raparigas), com idades compreendidas entre os 9 e 12 anos. O protocolo de recolha de dados incluiu a administração de cinco instrumentos: (1) Questionário de Dados Sociodemográficos, (2) Inventário de Depressão para Crianças (CDI), (3) Questionário de Regulação emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA), (4) a Escala de Perceção de Suporte Social da Família (PSS-Fam) e a Escala de Suporte Social dos Amigos (PSS-Fr). Crianças com mais suporte social (da família e amigos) apresentam uma menor probabilidade de desenvolver sintomas depressivos e uma melhor regulação emocional. É fundamental a implementação de programas baseados no Modelo SEL, não apenas para a saúde mental das crianças em idade pré-adolescente, mas também para o seu bem-estar no contexto familiar, pois tem um impacto enorme na prevenção e mitigação da depressão infantil.

Palavras-chaves: Depressão; Crianças; Suporte social da Família e Amigos; Regulação Emocional; Saúde Mental

Abstract

The presence of solid social support in the family context is crucial for the healthy psychosocial development of pre-adolescent children, playing a significant protective role against the manifestation of depressive symptoms.

The present quantitative research had the general objective of analyzing the prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent children and investigating their relationship with emotional regulation and the perception of social support from family and friends, as well as exploring possible differences in these variables according to gender and age.

The sample consists of 180 children from the municipalities of Lisbon, Amadora, Odivelas, Vila Franca de Xira and Loures (90 boys and 90 girls), aged between 9 and 12 years old. The data collection protocol included the administration of five instruments:

(1) Sociodemographic Data Questionnaire, (2) Depression Inventory for Children (CDI), (3) Emotional Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA), (4) the Family Social Support Perception Scale (PSS-Fam) and the Friends Social Support Scale (PSS-Fr). Children with more social support (from family and friends) are less likely to develop depressive symptoms and have better emotional regulation.

Implementing programs based on the SEL Model is crucial not only for the mental health of preadolescent children but also for their well-being within the family, as it has a significant impact on preventing and mitigating childhood depression.

Keywords: Depression; Children; Social support from Family and Friends; Emotional Regulation; Mental Health

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica das Crianças.....	47
Tabela 2 - Estatística Descritiva do Inventário de Depressão para Crianças – CDI (N = 180).....	57
Tabela 3 - Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala CDI.....	57
Tabela 4 - Estatística Descritiva do Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes - ERQ-CA (N = 180)	58
Tabela 5 - Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala ERQ-CA.....	58
Tabela 6 - Estatística Descritiva da Escala de Percepção de Suporte Social da Família – PSS-Fam (N = 180).....	58
Tabela 7 - Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala PSS-Fam.....	59
Tabela 8 - Estatística Descritiva da Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos - PSS-Fr (N = 180).....	59
Tabela 9 - Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala PSS-Fr.....	60
Tabela 10 - Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral do Inventário de Depressão para Crianças, relativamente à variável Género	61
Tabela 11 - Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral do Inventário de Depressão para Crianças, relativamente à variável Idade	61
Tabela 12 - Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto aos 2 factores de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, relativamente à variável Género	62
Tabela 13 - Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto às 2 dimensões de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, relativamente à variável Idade	63
Tabela 14 - Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Reavaliação Cognitiva com a variável “Idade”	64
Tabela 15 - Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social da Família, relativamente à variável Género	64
Tabela 16 - Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social da Família, relativamente à variável Idade	65
Tabela 17 - Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Geral com a variável “Idade”	66
Tabela 18 - Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social dos Amigos, relativamente à variável Género	66

Tabela 19 - Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social dos Amigos, relativamente à variável Idade	67
Tabela 20 - Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Geral com a variável “Idade”	68
Tabela 21 - Correlação entre as dimensões das 4 Escalas (CDI, ERQ-CA, PSS-Fam e PSS-Fr)	69

Índice

Introdução	13
A Saúde Mental nas Crianças Pré-adolescentes: Fatores de risco e protetores	15
<i>Transição da Infância para a Adolescência</i>	16
<i>Características Cognitivas, Emocionais, Sociais e Físicas</i>	16
Perspetiva desenvolvimental.....	19
O modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner	20
Teoria de Erikson e o estágio/estádio “confiança básica versus desconfiança básica”	22
Depressão	23
Definição e pertinência do seu estudo	24
Modelo cognitivo da depressão de Beck	25
Modelo etiológico da depressão	26
Depressão na infância: Desenvolvimento e diferenciação por fases.....	26
Etiologia da depressão	27
Factores contextuais protetores	29
Factores contextuais de risco	30
Regulação emocional.....	32
Definição e pertinência do seu estudo	33
Modelo teórico sobre a regulação emocional.....	34
Estratégias de regulação emocional	36
Regulação emocional e depressão.....	36
Suporte social da família e suporte social dos amigos	39
Modelo de efeito principal.....	41
Suporte social da família, suporte social dos amigos, depressão e regulação emocional.....	42
Objetivos	44
Método	46
Participantes.....	46
Instrumentos.....	48
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	48
<i>Inventário de Depressão para Crianças</i>	48

<i>Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes</i>	49
<i>Escala de Percepção de Suporte Social da Família e Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos</i>	50
Procedimento	51
Plano Analítico	52
Resultados	54
Análise Estatística Descritiva das Escalas	54
Discussão	70
Limitações	73
Conclusão	76
Referências Bibliográficas	78
Anexos	93
Anexo A – Autorização para Utilização das Escalas	93
a) <i>Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes</i>	93
b) <i>Escala de Percepção de Suporte Social da Família e Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos</i>	94
Anexo B – Instrumentos aplicados à amostra	95
a) <i>Questionário Sociodemográfico e clínico</i>	95
b) <i>Inventário de Depressão para Crianças (CDI)</i>	98
c) <i>Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA)</i>	100
d) <i>Escala de Percepção de Suporte Social da Família (PSS-Fam)</i>	101
e) <i>Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos (PSS-Fr)</i>	102
Anexo C – Documentos de Consentimento e Informação ao Participante	103
a) <i>Folha de Informação ao Participante</i>	103
b) <i>Declaração de Consentimento Informado</i>	104
Anexo D – Caracterização Sociodemográfica das Crianças	105

Introdução

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes. Em particular, pretende-se examinar a sua associação com variáveis psicossociais, nomeadamente a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos.

A literatura científica apresenta evidências substanciais sobre a regulação emocional, suporte social da família, de amigos e depressão em adolescentes, acabando por descurar a fase de desenvolvimento da pré-adolescência. Torna-se assim, pertinente abordar esta temática em crianças pré-adolescentes, devido à sua escassez de estudos.

Ao longo da dissertação apresentar-se-á uma revisão da literatura sobre os principais constructos em estudo e a sua pertinência. Num primeiro momento, iremos debruçar-nos sobre o período de desenvolvimento que se refere a pré-adolescência, em particular, as suas principais características cognitivas, emocionais e sociais, a transição da infância para a adolescência e a sua conceptualização segundo diferentes autores e modelos teóricos. Num segundo momento, iremos abordar a depressão, tendo por base, as suas causas, sintomas, factores de risco e protetores, bem como a sua operacionalização segundo o Manual DSM-5 e Modelo Cognitivo da Depressão de Beck e modelo etiológico da psicopatologia do desenvolvimento. A seguir, a regulação emocional será o constructo a trabalhar, com recurso a um modelo teórico e principais estratégias associadas, finalizando este tópico analisando a relação entre a regulação emocional e a depressão. Num último momento, iremos introduzir o conceito de suporte social da família e dos amigos, utilizando o Modelo de Efeito Principal. Para finalizar, é feita a interligação entre as quatro variáveis em estudo.

Serão delineados os objetivos do estudo, seguidos da apresentação do método (participantes, instrumentos, procedimentos adotados). De forma a concluir o trabalho, serão identificados os resultados e discussão, assim como possíveis contributos do presente estudo.

A Saúde Mental nas Crianças Pré-adolescentes: Fatores de risco e protetores

A depressão é considerada um dos maiores desafios da era moderna, especialmente no contexto pós-pandémico que atualmente vivenciamos, marcada por duas guerras instaladas, na Ucrânia e Síria, e crises económicas. Esses factores combinados têm um impacto significativo na qualidade de vida e no bem-estar mental e emocional das pessoas. A prevalência da depressão atingiu níveis inigualáveis em todo o mundo, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), cerca de 50 milhões de pessoas na União Europeia sofrem de depressão. Portugal está em quinto lugar entre os países com mais casos, com 8% da população diagnosticada com essa perturbação (Direção Geral da Saúde (DGS), 2022).

A preocupação com a saúde mental infantil tem aumentado, uma vez que a taxa de depressão em crianças pré-adolescentes entre 6 e 12 anos duplicou na última década, passando de 4,5% para 8%. A pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo, resultando num aumento global de 25% na ocorrência de perturbação depressiva e ansiedade (OMS, 2022). Entre os factores que agravaram a depressão no período de infância estão as mudanças no que diz respeito às interações sociais estabelecidas com pares e professoras/professores, as dificuldades no ambiente escolar e a restrição de prática de atividades lúdicas essenciais para o bem-estar das crianças pré-adolescentes (Courtney et al., 2020; Orben et al., 2020; Taquet et al., 2021). Estudos sugerem que este quadro psicopatológico pode possuir consequências negativas no desenvolvimento socioemocional do pré-adolescente, ou seja, pode afetar a forma como ele gera as emoções, se relaciona com os outros e se adapta a diferentes contextos do dia a dia, como o ambiente familiar, social e escolar. O crescimento saudável pode igualmente ser prejudicado (Bernaras et al., 2019; Finning et al., 2019).

Transição da Infância para a Adolescência

Embora exista conhecimento teórico acerca das diferentes fases de desenvolvimento que a adolescência engloba, poucos são os autores, em Portugal, que definem a faixa etária compreendida entre os 9-14 anos como o período da pré-adolescência (Castanho, 2005). É definida como uma fase de transição entre a infância e a adolescência, sendo marcada pelas primeiras mudanças físicas, neurobiológicas e hormonais, maturação cognitiva e sexual.

A maioria da literatura diverge em relação ao início da idade da pré-adolescência. Alguns autores defendem que a pré-adolescência corresponde ao despertar da puberdade, vocábulo com origem no termo latino *pubescere*, que significa ser coberto de pelos (Brooks-Gunn & Peterson, 1983, cit. por Castanho, 2005). Outros sustentam que a mesma começa aos 9-10 anos (Irvin, 1998, cit. por Castanho, 2005). Diferentes investigações indicam que a fase de desenvolvimento pubertário diz respeito aos 10-12 anos (Fernandes, 1990, cit. por Castanho, 2005). Não obstante, a adolescência nem sempre inicia entre os 10 e os 14 anos. Em alguns casos, pode acontecer um pouco antes ou um pouco depois, sendo, por isso, subjetivo (Gilstrap et al., 1992, cit. por Castanho, 2005).

Características Cognitivas, Emocionais, Sociais e Físicas

Ao longo do desenvolvimento, é crucial identificar características cognitivas, emocionais, sociais e físicas. Durante a pré-adolescência, as crianças passam por uma transição do estágio das operações concretas para as operações formais, isto é, o avanço no pensamento lógico e concreto para o início do pensamento abstrato, surgindo a capacidade para considerar, pensar reflexivamente e raciocinar (Piaget, 1977). A preocupação com que os outros pensam dela é evidente nessa fase, assim como a

capacidade de pensar sobre si mesma (“Self”) e sobre o futuro (Piaget, 1975). A ausência de suporte emocional, juntamente com o pensamento reflexivo (característica cognitiva) pode levar à autocrítica excessiva e sentimentos de fracasso, podendo contribuir para a manifestação da sintomatologia depressiva.

Ainda a nível cognitivo, o aspecto mais relevante que distingue o pré-adolescente da criança, consiste no raciocínio. Na pré-adolescência, este constructo torna-se mais elaborado, através da passagem do pensamento hipotético-indutivo para o pensamento hipotético-dedutivo, passando o sujeito a adquirir o pensamento de forma mais científica e organizada (Castanho, 2005).

Este período é ainda marcado pelo desenvolvimento rápido das funções cognitivas, como a percepção, a memória e a inferência (Mussen et al., 1980, cit. por Castanho, 2005). Além disso, a atenção seletiva, que lhes permite identificar sons e imagens e focar-se neles, desenvolve-se durante a pré-adolescência.

Relativamente às características emocionais, os pré-adolescentes vivenciam oscilações de humor, ansiedade, tristeza e raiva com frequência. A identidade ainda está a ser construída, pelo que há uma necessidade profunda de compreender “quem são” e por encontrar um lugar no mundo (Bukya & Rao, 2022).

A passagem da infância para a adolescência desencadeia no pré-adolescente sentimentos de insegurança, sensibilidade, falta de confiança em si mesmo e sensação de perda da própria identidade (Castanho, 2005).

A literatura refere que o aumento da autoconsciência, no que diz respeito à forma corporal, desempenho escolar e aceitação social ou validação externa, e a vulnerabilidade a críticas e rejeições são aspectos evidentes durante esta etapa da adolescência (Offer & Offer, 1975).

São várias as características sociais que fazem parte do período da pré-adolescência. Entre elas encontram-se o sentimento de pertença, a inclusão em grupos de pares, a procura por independência social (desejo de tomada de decisões de forma autónoma) e o posicionamento sem a constante supervisão dos adultos de referência. Além disso, os pré-adolescentes começam por explorar os diferentes papéis sociais e possibilidades futuras (e.g., carreiras profissionais) (Bukya & Rao, 2022).

São ainda acompanhadas alterações nos relacionamentos sociais – principalmente ao nível dos contextos escolar e familiar (Mascia et al., 2023; Steinberg, 2014). A evidência empírica indica que o ambiente escolar, influencia significativamente o desenvolvimento de crianças em idade pré-adolescente, uma vez que esse contexto exerce um papel central na formação da identidade, nas relações sociais e no desenvolvimento emocional e cognitivo. Torna-se assim, um desafio com que os pré-adolescentes são confrontados, principalmente porque esta fase se designa como um período onde algumas particularidades características da adolescência começam a ganhar forma e a manifestar-se (Rogol et al., 2002, cit. por Mascia et al., 2023).

A transição do ensino é considerada um evento stressante para estes jovens, principalmente ao nível relacional, da própria autonomia e abordagem ao estudo, como também de algumas mudanças, tanto de contexto (alteração de escola) como pessoal (início da puberdade) (Mascia et al., 2023).

Do ponto de vista psicológico, a pré-adolescência também corresponde ao período onde a identidade começa a desenvolver-se, ou seja, os jovens começam a identificar-se com os pares/colegas e, simultaneamente, a criar situações de conflito com as figuras de referência – pais e professores (Erikson, 1982). É nesta construção da individualidade que os pré-adolescentes vivem num confronto entre a segurança da infância e a vontade de começar a criar a sua própria identidade, dando mais importância aos pares do que às

relações no contexto familiar (Agarwal et al., 2022; Cicognani & Zani, 2010, cit. por Mascia et al., 2023).

Durante este período, ocorrem mudanças físicas notórias que, para adultos e pares, representam a transição do indivíduo para uma nova etapa do desenvolvimento. É evidente tanto o rápido crescimento físico, como o início do amadurecimento dos caracteres sexuais primários (desenvolvimento dos órgãos reprodutores) e o aparecimento das características sexuais secundárias (o aumento dos seios nas raparigas e o engrossamento da voz nos rapazes) (Castanho, 2005).

Contudo, para além da pré-adolescência corresponder a um período de enormes mudanças e transformações psicossociais, pode ser um período de risco suscetível à manifestação de sintomatologia depressiva. A combinação de intensa reatividade emocional, a desregulação emocional, a alta sensibilidade social e a elevada plasticidade cerebral, estão significativamente associadas à depressão, sobretudo quando factores de risco (rejeição, bullying ou negligência parental) estão presentes na vida da pessoa (Steinberg, 2014).

Perspetiva desenvolvimental

O período de desenvolvimento das crianças pode ser compreendido através do modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1979) e da teoria de Erikson (1968). Ambos os modelos oferecem perspectivas complementares sobre o desenvolvimento humano. O modelo de Bronfenbrenner apresenta uma perspetiva holística ao explicar as transições no desenvolvimento das crianças, considerando os diferentes contextos de vida e as suas relações sociais como elementos-chave (Bronfenbrenner, 1979). Por outro lado, a teoria

de Erikson tem uma visão biopsicossocial, sendo a tarefa psicológica relevante a este período, a de confiança versus desconfiança (Erikson, 1968).

O modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner

De forma a compreender o desenvolvimento humano, Bronfenbrenner propõe o *Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano*. Este é um modelo (1979) que aborda o desenvolvimento humano ao longo da vida segundo uma perspectiva holística, levando em consideração todos os contextos circundantes ao indivíduo.

O autor destaca a importância da interação entre o indivíduo e o contexto no desenvolvimento do ser humano, seja ele, escolar, social, familiar ou laboral. Além disso, existem quatro elementos, nomeadamente o Processo, Pessoa, Contexto e Tempo que são igualmente relevantes nesse processo (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Para Bronfenbrenner, o desenvolvimento humano surge quando o sujeito assume uma postura ativa, quando tem a capacidade de interagir com os outros pares e contextos ao longo do tempo, denominando esse fenómeno de “Processo Proximal” (Bronfenbrenner, 1995).

Neste sentido, os quatro sistemas inter-relacionados que compõem o ambiente de um indivíduo são o microssistema, o mesossistema, o macrossistema, o exossistema e cronossistema.

O microssistema diz respeito ao contexto mais próximo do indivíduo, envolvendo as interações diretas e imediatas com pessoas e ambientes (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Exemplos disso são a família, cuidadores, escola e grupo de amigos. O microssistema corresponde por isso, ao primeiro sistema da criança. O contexto mais

importante ao desenvolvimento da criança é a família, sendo influenciado direta e indiretamente pelos restantes contextos onde a criança está inserida.

Assim, Bronfenbrenner (1986), salienta que todos os contextos apesar de independentes, interagem reciprocamente. Dito por outras palavras, os contextos escolares e familiares influenciam o desenvolvimento da criança, assim como a criança afeta esses ambientes. O contexto escolar tem influência no contexto familiar e vice-versa.

O mesossistema consiste nas interações e relações entre diferentes microsistemas nos quais o indivíduo está envolvido (Bronfenbrenner & Morris, 1998), tais como a relação família-escola. Por sua vez, o exossistema, refere-se a contextos que embora o sujeito não participe diretamente, têm um impacto no seu desenvolvimento, como o local de trabalho dos pais ou a escola do irmão. O macrosistema corresponde ao nível mais abrangente da cultura e sociedade que influencia o desenvolvimento humano. Inclui valores culturais, sistema de crenças, normas e religião que moldam as experiências individuais e coletivas ao longo do tempo. Por fim, o cronossistema refere-se à dimensão temporal que engloba todas as mudanças e ruturas que se dão ao longo do percurso desenvolvimental, podendo estas transições ser atípicas (transição da infância para a adolescência) ou não-atípicas, ou seja, mudanças que não são esperadas, como a morte de um ente querido (Bronfenbrenner, 1986).

O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, quando aplicado à fase de crianças, destaca a importância dos vários sistemas ambientais na formação e desenvolvimento dos indivíduos. As interações na escola, com os pares, na comunidade e nas relações familiares desempenham papéis cruciais no crescimento psicológico, emocional, social e cognitivo dos jovens. Esses processos proximais são moldados pelas características tanto da própria criança quanto do ambiente ao seu redor, sendo vistos como o “motor”

ou a força motriz que impulsiona o desenvolvimento social na infância (Assis et al., 2021).

Teoria de Erikson e o estágio/estádio “confiança básica versus desconfiança básica”

Erik Erikson aborda o desenvolvimento humano em diferentes estágios durante o ciclo de vida, contemplando desde a infância até à idade adulta. Não se refere somente a estágios específicos relacionados à adolescência, mas também aborda as diversas fases do desenvolvimento, incluindo as relacionadas à infância, adolescência e adultez (Erikson, 1968).

A teoria de Erikson sobre o desenvolvimento psicossocial enfatiza o percurso ao longo da vida, dividindo-o em oito estágios, cada um associado a tarefas desenvolvimentais específicas. Para os indivíduos conseguirem progredir de um estágio para o próximo, é necessário que os mesmos enfrentem e resolvam desafios e tarefas com sucesso (Erikson, 1950; 1968). Superar esses desafios contribui para o desenvolvimento saudável e construção de uma identidade sólida.

A Confiança Básica versus Desconfiança Básica é dos estágios mais importantes no período de desenvolvimento da criança. É a primeira tarefa do ego, uma tarefa para o cuidado materno, sendo esta relevante para compreender como as experiências iniciais moldam a visão do mundo e o sentido de si mesmo das crianças (Erikson, 1950).

Um senso saudável de confiança estabelece uma base sólida para o desenvolvimento emocional e social do futuro. Se a criança desenvolve uma confiança básica, ela irá sentir-se segura, valorizada, capaz de confiar em si mesma e capaz de explorar o seu ambiente. Para além disso, se as mães criarem os seus filhos com

sentimento de confiança e atenderem às necessidades individuais da criança, isso vai criar na criança a base para um sentimento de identidade que mais tarde combinará num sentimento de ser “aceitável”. Torna-se assim crucial ter em conta a qualidade da relação materna (Erikson, 1950).

Em contrapartida, se a criança desenvolver uma desconfiança básica, poderá tornar-se ansiosa, insegura e desconfiada em relação aos outros e ao mundo à sua volta, o que pode afetar negativamente o seu desenvolvimento, não só emocional como social.

Depressão

A depressão é um tipo de perturbação do humor caracterizado por sentimentos de tristeza e anedonia (perda de interesse ou prazer nas atividades anteriormente apreciadas). De acordo com os critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014), pessoas com depressão podem apresentar mau humor, tristeza persistente, anedonia, alteração do apetite e no sono, dificuldade de concentração, impacto nos processos de tomada de decisão, sentimento de culpa e inutilidade, desesperança, pensamentos negativos e ideias suicidas. Esses sintomas devem durar duas semanas ou mais para serem diagnosticados como depressão. Importa salientar que o DSM-5 não apresenta critérios de diagnóstico específicos da depressão em crianças.

A gravidade dos transtornos depressivos é avaliada com base na quantidade e intensidade dos sintomas, assim como no nível de comprometimento funcional. A depressão leve é caracterizada por cinco a seis sintomas leves e comprometimento funcional reduzido. A depressão grave, por outro lado, envolve a maioria ou totalidade dos sintomas diagnósticos: comprometimento funcional severo, ideação suicida,

podendo estar associada a sintomas psicóticos ou histórico familiar de perturbação bipolar. A depressão moderada situa-se entre essas duas categorias.

Em termos epidemiológicos, estudos com amostras representativas indicam que a depressão é rara na primeira infância, aumentando a sua prevalência de forma acentuada ao longo do desenvolvimento da adolescência. Em crianças pré-escolares (3 a 5 anos), a prevalência é aproximada de 1% e 2% de episódios depressivos (Bufferd et al., 2011; Egger & Angold, 2006).

Definição e pertinência do seu estudo

Torna-se pertinente abordar o estudo da depressão em crianças pré-adolescentes, dado que a maioria dos estudos se concentra em adolescentes e adultos (Raposo & Francisco, 2022; LaMontagne et al., 2022; Gonçalves et al., 2019). É neste sentido que o presente estudo aparece, tentando colmatar essa lacuna e contribuir para o avanço do conhecimento nesta área.

Além disso, é crucial ter em consideração a taxa de depressão nesta população, visto que há evidência empírica que demonstra que 2 a 5% de crianças e adolescentes atendem aos critérios diagnósticos para depressão, de acordo com o DSM-5.

A saúde mental na infância desempenha um papel fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento da personalidade, na aquisição de habilidades para a regulação emocional e para a interação social. Além disso, contribui para a construção de uma base biológica saudável e fortalece a capacidade de aprendizado, ambos essenciais para a vida (Siegel & Bryson, 2012).

Modelo cognitivo da depressão de Beck

A literatura existente indica que o Modelo Cognitivo da Depressão de Aaron Beck assenta na ideia de que a depressão é resultado de distorções no processamento da informação, levando o indivíduo a interpretar a realidade de maneira negativa ao longo da vida. Esse modelo apresenta três constructos principais: tríade cognitiva; esquemas cognitivos; e erros ou distorções cognitivas (Beck, 1967; 1976; Beck et al., 1979).

O conceito de tríade cognitiva (Beck, 1967), consiste no indivíduo deprimido se perceber de forma negativa de si mesmo (autoimagem negativa), do mundo (percepção do ambiente como hostil ou insatisfatório) e do futuro (expectativa pessimista). Ao mesmo tempo, o indivíduo tende a sentir-se sem valor, percebendo-se como inadequado, o que pode levar à auto desvalorização e, conseqüentemente, a um padrão de autocritica persistente.

Os Esquemas Cognitivos são estruturas mentais desenvolvidas a partir de experiências de desenvolvimento com figuras significativas, quer um cuidador, quer sejam pais ou mães, que moldam a interpretação da realidade (Beck, 1967, 1976). Estes esquemas que se desenvolvem ao longo da vida, especialmente na infância, permanecem latentes e são ativados por eventos estressores, o que leva ao viés cognitivo depressivo, isto é, uma forma distorcida e negativa de interpretar a realidade.

Já as Distorções Cognitivas, dizem respeito a erros sistemáticos a nível do pensamento, como inferência arbitrária (tirar conclusões sem evidências), hipergeneralização (generalizar um evento negativo para todas as situações), e pensamento dicotómico (ver tudo em termos de “tudo ou nada”).

Em síntese, o modelo cognitivo da depressão de Beck postula a existência de um conjunto de factores que contribuem para vulnerabilidade, precipitação e manutenção da

depressão. A abordagem terapêutica proposta por Beck, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), tem como finalidade identificar e modificar crenças e padrões disfuncionais de pensamento de forma a aliviar possíveis sintomas depressivos e prevenir outros problemas psicológicos ou emocionais.

Modelo etiológico da depressão

Depressão na infância: Desenvolvimento e diferenciação por fases

A depressão na infância apresenta sinais distintos comparativamente à idade escolar e pré-adolescência, apesar de algumas variações no desenvolvimento. Na primeira infância e idade pré-escolar, as crianças podem apresentar mudanças de humor ao longo do tempo, dificuldades na concentração e aprendizagem, retraimento e recusa na interação social. Além disso, problemas alimentares e do sono são evidentes nestas fases (Santos et al., 2021; Beauchaine & Hinshaw, 2017).

A manifestação clínica mais comum da perturbação depressiva em crianças de seis a sete anos consiste em sintomas físicos, como dores de cabeça e desconfortos abdominais, fadiga e tontura (Werner-Seidler et al., 2017), seguidos de ansiedade, especialmente ansiedade de separação, fobias, diminuição do apetite e irritabilidade (Loevaas et al., 2018). No período da idade escolar, começam a emergir sentimentos de culpa ou desvalorização, havendo por isso, uma maior capacidade de verbalização do sofrimento (Beauchaine & Hinshaw, 2017; Israel et al., 2021).

Quando a sintomatologia depressiva surge entre a faixa etária dos oito e onze anos, o processo de recuperação tende a ser mais lento. Já quando os sintomas aparecem em crianças mais velhas, a recuperação é mais rápida (Kovacs et al., 1984; Kwong et al., 2019).

A investigação demonstra que nos adolescentes, os sintomas da perturbação depressiva maior, como a hipersónia, os sintomas melancólicos e psicóticos e as tentativas de suicídio, são ligeiramente mais frequentes do que em crianças (Rao & Chen, 2009).

A evidência empírica acumulada indica que a pré-adolescência é um período onde a prevalência de depressão aumenta significativamente, com maior ênfase em meninas (Beauchaine & Hinshaw, 2017; Israel et al., 2021). Esse aumento é atribuído a uma combinação de factores físicos (como as mudanças hormonais), sociais e cognitivos (como a ruminação e o pensamento dicotómico) explicados anteriormente.

Em suma, é um período desafiante marcado por padrões depressivos mais duradouros, frequentemente associado a comorbidades, como a ansiedade e o uso de substâncias (Beauchaine & Hinshaw, 2017; Israel et al., 2021).

Etiologia da depressão

A etiologia da depressão é multifatorial, envolvendo factores genéticos, neurobiológicos, ambientais, cognitivos e psicossociais (Chand & Arif, 2023).

Estudos de meta-análises revelam que a genética desempenha um papel vital na suscetibilidade a perturbações psiquiátricas, como o caso da depressão, embora enfatize as influências ambientais como significativas (Sullivan et al., 2000). Conclui-se que a depressão maior não tem origem apenas em influências genéticas ou ambientais, mas sim em ambas.

A depressão em crianças tem uma maior prevalência entre parentes de primeiro grau de pacientes deprimidos, com uma concordância significativa entre gémeos idênticos. Além do mais, pode resultar num início precoce e numa elevada taxa de

reincidência (Sullivan et al., 2000). Pode-se referir assim, que os factores genéticos apresentam uma função importante no desenvolvimento de respostas depressivas a eventos adversos.

Crianças e adolescentes cujos pais tenham experienciado um ou mais episódios de depressão estão sujeitos a uma fonte significativa de vulnerabilidade e risco de depressão e outros problemas de saúde mental (Beauchaine & Hinshaw, 2017).

A literatura refere que os factores biológicos, como o triptofano, um componente essencial da depleção de serotonina, impactam de forma significativa o aparecimento de perturbações depressivas em crianças e adolescentes (Bernarás et al., 2019).

A evidência empírica demonstra que os factores biológicos estão associados a problemas durante a gestação, seja devido a eventos psicológicos enfrentados pela mãe ou ao uso de substâncias inadequadas. Por outro lado, os factores psicossociais envolvem o ambiente em que a criança está inserida, sendo esse um elemento central a ser analisado e modificado tanto na prevenção quanto no tratamento da depressão infantil (Carvalho et al., 2021).

Neste contexto, importa considerar dois princípios fundamentais do desenvolvimento psicopatológico: a equifinalidade e a multifinalidade.

A equifinalidade refere-se ao facto de diferentes caminhos de desenvolvimento poderem levar ao mesmo quadro clínico, como a depressão. A depressão também é caracterizada por multifinalidade. O mesmo factor pode contribuir para uma variedade de desfechos, consoante outras variáveis moderadoras ou mediadoras (e.g., outras vulnerabilidades, factores de risco e protecção) (Klein et al., 2017).

Pode-se dizer assim, que as perturbações depressivas são etiológicamente heterogêneas, isto é, existem diferentes formas de depressão que surgem por diferentes conjuntos de processos etiológicos.

Outro aspecto relevante na compreensão da etiologia da depressão é o papel do temperamento infantil, definido como um conjunto de tendências emocionais, como a sensibilidade, a irritabilidade e com a calma das crianças. Essas características fazem parte da forma como cada criança nasce, influenciando a forma como a criança experiencia e responde ao mundo. Neste sentido, pode-se postular que determinadas características temperamentais, como a emotividade negativa elevada (NE) e a emotividade positiva reduzida (EP), contribuem para uma maior probabilidade do desenvolvimento da depressão mais tarde na infância e adolescência (Klein et al., 2012).

A evidência empírica assinala que filhos de pais deprimidos têm níveis mais altos de NE e/ou níveis mais baixos de PE comparativamente com filhos de pais não deprimidos (Olinio et al., 2010). Esse padrão pode, em parte, refletir influências genéticas partilhadas entre características temperamentais como a NE (emotividade negativa) e o diagnóstico de perturbação depressiva maior (MDD).

Além disso, estudos longitudinais mostram que crianças com mais emoções negativas (e.g., tristeza, medo) e menos emoções positivas (e.g., alegria, exuberância) em crianças e adolescentes preveem risco de depressão no futuro (Bould et al., 2014; Olinio et al., 2010).

Factores contextuais protetores

Os factores de proteção desempenham um papel fundamental na redução do risco de depressão durante a infância e pré-adolescência. A evidência mostra que a presença de

suporte familiar nas crianças pré-adolescentes é considerada um fator protetor, diminuindo a depressão (Paixão et al., 2018; Schneiders et al., 2006).

No sentido de reduzir o risco de psicopatologias internalizantes (e.g., depressão), destaca-se o suporte parental positivo, o estilo de apego seguro e a comunicação aberta no seio familiar e social. Um estilo de apego seguro contribui para o desenvolvimento de autorregulação emocional e confiança interpessoal. Estes aspetos são considerados por isso, factores protetores cruciais no processo (Beauchaine & Hinshaw, 2017).

Por outro lado, quando os pais ou cuidadores são emocionalmente responsivos – ou seja, acolhem e respondem com sensibilidade às emoções da criança – isso ajuda a criança a compreender e dar significado ao que sente. Ao longo do tempo, o acolhimento emocional permite à criança formar um self positivo de si mesma (começa a se ver como alguém que tem valor, lidar com as suas emoções) (Beauchaine & Hinshaw, 2017).

Além do contexto familiar, também as relações interpessoais (e.g., relação de amizade, colegas e professores) funcionam como proteção contra sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Israel et al., 2021).

Uma rede de suporte de professores aliada à participação dos alunos em atividades extracurriculares, possibilitam o desenvolvimento de competências sociais, incluindo a autoestima e o sentimento de pertença, elementos relevantes na prevenção de perturbações do humor (Israel et al., 2021).

Factores contextuais de risco

Quando existem conflitos entre os membros de uma família, no que respeita à educação das crianças pré-adolescentes (e.g., excesso de controlo, negligência parental,

permissividade e superproteção), a probabilidade de virem a ter sintomatologia depressiva é maior (Chorot et al., 2017; Kapornai & Vetró, 2008).

A vivência de vinculação parental marcada por menor cuidado e maior superproteção, especialmente em meninas é um facto contextual de risco presente em indivíduos com psicopatologia, como depressão. Nesse sentido, o vínculo parental é visto também como um dos principais factores que influenciam a psicopatologia dos filhos (Raffagnato et al., 2021).

Factores de psicopatologia parental, como crianças com pais deprimidos apresentam risco quatro vezes superior de desenvolverem perturbação depressiva (Loechner et al., 2018; Sroufe et al., 2000).

Crianças com depressão frequentemente sentem-se inferiores e incapazes de ver aspectos positivos em si mesmas ou no ambiente ao redor. A tendência ao isolamento pode prejudicar o desenvolvimento de habilidades sociais, o que pode, por sua vez, aumentar ainda mais o isolamento (Monteiro, 2014).

Um estudo realizado com crianças pré-adolescentes de 9 a 10 anos sugere que a presença de histórico familiar de depressão está associada a uma maior vulnerabilidade – seja genética ou ambiental – ao desenvolvimento futuro de sintomatologia depressiva (Holt-Gosselin et al., 2023).

A convivência com um dos pais deprimidos, stressores ambientais como abuso sexual e físico, e a perda de um ente querido podem significativamente influenciar o desenvolvimento da depressão infantil (Antunes et al., 2016; Chiu et al., 2019). O retrocesso no desempenho escolar é outro factor essencial para detectar a perturbação da depressão em crianças, devido à dificuldade que as crianças possam apresentar na concentração de tarefas escolares (Werner-Seidler et al., 2017).

A investigação científica sugere que a depressão parental constitui um factor de risco significativo para o desenvolvimento de depressão e outras formas de psicopatologia em crianças e adolescentes (Beauchaine & Hinshaw, 2017).

A presença de depressão nos pais pode interferir na sua capacidade de fornecer apoio, nutrição e estrutura aos filhos, levando a interrupções na paternidade. A maioria dos estudos que abordam a paternidade em famílias deprimidas, está concentrada em dificuldades parentais associadas ao físico, cognição e sintomas emocionais de depressão (e.g., humor triste, irritabilidade, falta de interesse, fadiga ou dificuldade de concentração) (Dix & Meunier, 2009).

Regulação emocional

É de extrema importância abordar o conceito de emoção antes de definir a regulação emocional. As emoções são inatas e, portanto, influenciadas pela evolução biológica, estando presentes nas interações sociais (Damásio, 2003). Damásio refere ainda, que as emoções desempenham um papel fundamental quanto à tomada de decisões, comportamento social e funcionamento geral do cérebro.

Davidoff (2000) define emoções como estados interiores, que incluem pensamentos, sensações, reações fisiológicas e comportamentos expressivos específicos. Esses estados ocorrem de forma súbita e são de difícil controle. As emoções envolvem um conjunto de componentes: subjectivos (cognitivos e sensoriais), fisiológicos (manifestações orgânicas da emoção) e comportamentais. De salientar, que cada componente influencia todas as outras.

Outro conceito relevante de se abordar associado de facto às emoções, é a regulação emocional. A regulação emocional diz respeito ao processo pelo qual uma

pessoa tenta controlar e moldar as suas próprias emoções, determinando como as sente e manifesta (Gross & Thompson, 2007). É uma competência que se desenvolve nos primeiros anos de vida e que desempenha um papel crucial na construção da personalidade, na competência social e no comportamento da criança (Sacrey et al., 2021). A avaliação das respostas fisiológicas associadas às emoções pode contribuir para a identificação de padrões típicos e atípicos de desenvolvimento emocional, auxiliando na compreensão dos mecanismos subjacentes a esse processo.

Definição e pertinência do seu estudo

A regulação emocional (RE) refere-se à capacidade de gerir emoções em diversas situações, promovendo o equilíbrio emocional, envolvendo o reconhecimento de emoções em si e nos outros, juntamente com a prevenção de reações impulsivas. Abrange processos internos (cognições) e externos (suporte dos pais), pelos quais os indivíduos influenciam a experiência e expressão de emoções para alcançar os seus objetivos (Gross & Thompson, 2007; Thompson, 1991).

A regulação emocional engloba uma ampla gama de estratégias e processos que as pessoas utilizam para lidar com as suas emoções de forma organizada (Gross & Thompson, 2007). Inicialmente, é crucial compreender o surgimento da emoção e exercer controle sobre ela. De seguida, é necessário identificar os gatilhos emocionais, estabelecendo objetivos. Finalmente, avaliar os possíveis resultados e selecionar a resposta mais adequada ao contexto e situação em particular. A falta de desenvolvimento de processos e estratégias de RE (regulação emocional) pode levar a comportamentos disfuncionais e impulsivos (Ferreira, 2020).

De acordo com a literatura, o desenvolvimento da regulação emocional em crianças ocorre dentro de contextos relacionais, formando modelos internos que moldam a visão delas sobre si mesmas e outros (Candeias et al., 2018). As relações com figuras significativas, especialmente na família, exercem influência crucial no ajustamento emocional e relacional desde a infância até à adolescência, impactando a autoavaliação, comportamento e percepção das redes de suporte social (Blaskely-McClure & Ostrov, 2016).

É de extrema pertinência estudar a regulação emocional (RE), devido à sua influência direta na saúde mental, capacidade de tomar decisões racionais e equilibradas e estabelecimento de relações interpessoais. Pessoas que apresentem dificuldade em regular as suas emoções têm uma maior tendência a desenvolver problemas de saúde mental (Loevaas et al., 2018). Deste modo, compreender como gerir e regular as emoções pode ajudar a reduzir o stresse, a ansiedade e a depressão, que são atualmente, problemas cada vez maiores.

Em suma, estudos sobre o constructo de regulação emocional contribuem para melhorar os relacionamentos interpessoais e familiares, para uma melhor resiliência, como ainda, prevenir a manifestação de sintomatologia depressiva ou outro tipo de problema internalizante.

Modelo teórico sobre a regulação emocional

O Modelo Processual de Regulação Emocional (Gross, 1998) é uma teoria que descreve como as emoções são reguladas ao longo do tempo. Este modelo enfatiza cinco momentos nos quais os indivíduos podem regular as suas emoções e que representam cinco famílias de processos ou estratégias de regulação emocional,

nomeadamente a seleção de situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, mudança cognitiva e a modulação da resposta. Essas estratégias representam diferentes abordagens que as pessoas podem adotar de forma a regular as suas emoções em diversas situações.

A Seleção da Situação corresponde à aproximação ou evitamento de determinadas pessoas ou situações em função do impacto emocional no próprio. A Modificação da situação consiste nos esforços ativos para modificar aspectos das situações que geram emoções. A Modificação do foco atencional envolve direcionar a atenção para uma determinada situação, com o objetivo de influenciar as emoções. A Mudança cognitiva refere-se à modificação da avaliação de uma situação, através da alteração de pensamentos ou da capacidade para lidar com, de modo a alterar o seu significado emocional. Por fim, a Modulação de resposta diz respeito à influência direta da expressão emocional, seja suprimindo ou amplificando a resposta emocional manifesta. Um exemplo é o facto de esconder sentimentos de angústia durante uma situação social para manter uma aparência positiva (Gross, 1998).

Este modelo destaca duas classes principais de regulação emocional (RE), as estratégias focadas no antecedente (aplicadas antes que a resposta emocional completa seja gerada, cujo objetivo é a modificação da resposta), e as estratégias focadas na resposta (após a resposta emocional ter sido iniciada ou desenvolvida). Tanto o antecedente quanto a resposta desempenham papéis importantes na geração e regulação das emoções (Gross, 1998).

A literatura aponta ainda, que a reavaliação cognitiva e a supressão emocional são duas estratégias relevantes à luz do modelo de Gross (1998). A reavaliação cognitiva é um exemplo de estratégia focada no antecedente, onde o indivíduo faz esforços conscientes para reinterpretar um evento ou estímulo emocionalmente carregado, tendo

como finalidade alterar o seu impacto emocional. A estratégia de supressão emocional surge na fase final do processo e consiste no indivíduo inibir ou esconder as suas expressões emocionais visíveis, como expressões faciais, gestos ou vocalizações.

Estratégias de regulação emocional

A evidência científica sugere que o uso frequente de estratégias adaptativas de regulação emocional, como reavaliação cognitiva, resolução de problemas e facilidades, está associado a menos sintomas internalizantes. Por outro lado, a utilização mais intensa de estratégias menos adaptativas, como evitação, supressão e ruminação, está associada a sintomas mais pronunciados (Schafer et al., 2017). Vale ressaltar que grande parte dos estudos que foram realizados nessas meta-análises foram com crianças e adolescentes, de natureza transversal. Uma recente meta-análise sobre regulação emocional na adolescência, indicou que ansiedade e depressão estavam associadas negativamente à resolução de problemas, reavaliação e aceitação, mas positivamente à evitação, ruminação e supressão (Schafer et al., 2017).

Regulação emocional e depressão

Há evidência empírica acumulada de que os distúrbios internalizantes, como a depressão está associada a dificuldades na capacidade de regular negativamente as emoções negativas, como a tristeza ou à dificuldade de regular e manter emoções positivas (Eisenberg et al., 2001; Gilbert, 2012; Silk et al., 2003; Schneider et al., 2006; Suveg & Zeman, 2004). Esses estudos foram feitos maioritariamente com crianças e adolescentes.

Num estudo realizado no Brasil, uma amostra de 343 adolescentes e adultos foi avaliada. Os resultados revelaram uma correlação positiva e significativa, indicando que quanto maior a dificuldade em controlar as emoções, maior a presença de sintomas depressivos (Coutinho et al., 2010).

Investigou-se a regulação emocional em crianças com e sem diagnóstico de depressão. Concluiu-se que o grupo diagnosticado com depressão tinha mais dificuldade em expressar emoções e também tendia a fazer um uso inadequado das emoções negativas comparativamente ao grupo sem diagnóstico (Cruvinel & Boruchovitch, 2011). Deste modo, quanto maiores são as dificuldades em regular as emoções, maior a severidade da sintomatologia depressiva observada (Beveren et al., 2017; Borges & Pacheco, 2018).

Por outro lado, também a literatura mostra que, para além da depressão, também a ansiedade está igualmente associada a fragilidades nas emoções positivas e à sua regulação emocional (Gilbert, 2012). Pessoas com perturbação de ansiedade têm mais dificuldade em entender as suas próprias emoções e reagem mais intensamente de forma negativa às mesmas (Hasel & Ardebil, 2018).

Descobertas longitudinais apontam que dificuldades na regulação emocional durante a infância representam um factor de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade (Freng et al., 2009; Schneider et al., 2016).

Vários estudos mostram que as dificuldades na RE (regulação emocional) preveem sintomatologia depressiva ao longo do tempo, abrangendo desde a infância até à pré-adolescência (Feng et al., 2009).

A dificuldade em regular a emoção desempenha um papel complexo na depressão, atuando tanto como uma causa predisponente quanto como uma consequência

agravante. Causa, porque as dificuldades emocionais podem contribuir para o surgimento da depressão (Beveren et al., 2017). Consequência, uma vez que neste quadro psicopatológico, há um agravamento nas dificuldades de RE, afetando as emoções positivas e negativas (Loevaas et al., 2018). A percepção de baixa capacidade de controlar as emoções reforça a crença de que a pessoa não pode gerenciar os seus sentimentos, alimentando um ciclo de vulnerabilidade que sustenta os quadros depressivos (Loevaas et al., 2018). Deste modo, a regulação emocional, a labilidade negativa e a sintomatologia depressiva interagem de forma dinâmica, influenciando-se mutuamente.

Um grupo de estudos de uma meta-análise indica que existe uma associação entre sintomas de psicopatologia juvenil e regulação emocional (Compas et al., 2017). Porém, grande parte dos estudos estão mais centrados em adolescentes.

Segundo evidência científica, o uso frequente de estratégias adaptativas de regulação emocional, como reavaliação cognitiva, resolução de problemas e facilidades, está associado a menos sintomas internalizantes. Por outro lado, a utilização mais intensa de estratégias menos adaptativas, como evitação, supressão e ruminação, está associada a sintomas mais pronunciados (Schafer et al., 2017). Vale ressaltar que grande parte dos estudos que foram realizados nessas meta-análises foram com crianças e adolescentes, de natureza transversal. Uma recente meta-análise sobre regulação emocional, indicou que ansiedade e depressão estavam associadas negativamente à resolução de problemas, reavaliação e aceitação, mas positivamente à evitação, ruminação e supressão (Schafer et al., 2016).

As dificuldades em regular as emoções correlacionam-se com sintomas elevados de ansiedade e/ou depressão. Este foi um estudo que se verificou numa amostra

normativa de crianças pré-adolescentes norueguesas com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos (Loevaas et al., 2018).

Em conformidade com os dados empíricos, existe uma associação entre dificuldades de RE (regulação emocional) e sintomatologia depressiva, sendo que maiores dificuldades em regular as emoções foram mais fortemente associadas a sintomas depressivos em meninas do que em meninos. A amostra neste estudo contempla o início da adolescência (Gonçalves et al., 2019).

Suporte social da família e suporte social dos amigos

Com base na literatura, a família desempenha um papel fundamental nesse processo, podendo ser um refúgio de afetividade e solidariedade ou, alternativamente, um ambiente de inautenticidade e conflito (Ramos, 1993). Como o primeiro grupo social ao qual as crianças pertencem, a família deveria ser um espaço privilegiado para transmitir habilidades e valores, preparando as crianças para a vida futura. O suporte social da família representa um papel crucial na formação da capacidade de regulação emocional. A família é essencial no atendimento das necessidades psicoemocionais da criança, apoiando-a na compreensão e gestão das emoções. Isso destaca a função indispensável da família como um suporte emocional (Cruvinel & Boruchovith, 2014, p.96).

No ambiente familiar, as crianças aprendem a expressar emoções, compreendendo as mensagens transmitidas e os processos regulatórios (Larson et al., 2002). Além disso, a qualidade das relações familiares é um factor significativo que impacta a saúde mental. Níveis mais baixos de perturbações mentais estão positivamente associados a um maior apoio e coesão familiar (Paixão et al., 2018). Características positivas no

contexto familiar, como suporte e baixo níveis de conflito, têm o potencial de reduzir os sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Exemplos incluem melhor qualidade de vida correlacionada a uma comunicação aprimorada com os pais, maior participação em atividades familiares, percepção de apoio parental e relacionamentos familiares mais saudáveis (Guedes et al., 2022).

A presença de uma relação afetiva e próxima com alguém que se preocupa genuinamente com a criança ou jovem atua como um factor protetor fundamental para o seu desenvolvimento emocional (Bronfenbrenner, 2011).

A influência dos amigos é tão significativa quanto a da família no desenvolvimento das crianças. O grupo de amigos desempenha um papel crucial ao ajudar na aquisição de habilidades interpessoais e sociais, promovendo um senso de pertencimento e contribuindo para a construção da autoestima e identidade pessoal. No entanto, é importante reconhecer que a pressão do grupo e a perpetuação de preconceitos podem ter efeitos adversos (Papalia & Feldman, 2013).

Recentemente, LaMontagne et al. (2022) encontraram uma associação entre maior conflito familiar e maiores dificuldades na regulação emocional, além de uma maior presença de sintomas depressivos. Evidências apontam que quando crianças e adolescentes interagem com membros da família, tendem a expressar mais afeto positivo e menos ansiedade, irritação e humor deprimido (Schneiders et al., 2006).

De acordo com a literatura, conflitos familiares intensos estão associados a um menor bem-estar e a um aumento nos problemas internalizantes. Quanto maior a coesão e suporte familiar, menor será a internalização de problemas. Para além disso, também a presença de dificuldades na regulação emocional encontra-se significativamente associada ao aumento de problemas internalizantes, indicando uma correlação positiva

entre esses factores (Raposo et al., 2022). O suporte social da família pode estabelecer uma base segura e disponibilizar recursos emocionais, o que, por sua vez, contribui para a promoção de uma regulação emocional saudável nos adolescentes e crianças.

É de salientar ainda, que as dinâmicas familiares podem determinar a manifestação e o desenvolvimento da depressão em crianças, destacando a importância da família no contexto de saúde mental infantil, assim como a intervenção de equipa multidisciplinar, escola e família (Rodrigues & Delfino, 2023).

Em conclusão, a pertinência do estudo do suporte social da família e dos amigos prende-se com o facto de este exercer uma influência significativa em diversas dimensões da vida de um indivíduo. Os diversos contextos, como a família exerce uma função vital na formação da confiança básica, identidade e personalidade de uma criança e adolescente (Erikson, 1968).

Modelo de efeito principal

Conforme o modelo de efeito principal, o apoio social exerce um impacto positivo geral na saúde, contribuindo para a redução da disforia e diminuição de estados emocionais negativos, como a solidão, ansiedade e depressão (Cohen & Wills, 1985; Eva et al., 2014; Yu et al., 2022). Indivíduos que possuem um maior suporte social têm uma maior probabilidade de apresentar níveis mais baixos de depressão (Banks & Weems, 2014; Mckillop et al., 2017), em contraste com sujeitos que possuem um menor apoio social. Além disso, um baixo nível de apoio social está associado a um risco aumentado de problemas psicológicos, incluindo depressão e ansiedade (Reza et al., 2014).

Independentemente do nível de stresse enfrentado por um indivíduo ou perturbação na vida de uma pessoa, o apoio social promove efeitos positivos diretos na saúde psicológica, física e no bem-estar geral (Cohen & Wills, 1985). O suporte social pode desempenhar um papel protetor aquando da ocorrência de eventos stressantes (Zimet et al., 1988).

Suporte social da família, suporte social dos amigos, depressão e regulação emocional

Investigações empíricas sugerem que tanto o apoio social quanto os estilos cognitivos assumem papéis essenciais na relação entre eventos de vida stressantes e depressão em crianças e adolescentes (Gao et al., 2022).

A literatura mostra que existe uma associação significativa entre apoio social e depressão, com evidências indicando que o apoio social percebido pode ter um efeito protetor na saúde mental (Oexle et al., 2020). Um estudo sobre o apoio social de amigos revelou que o apoio social diminui os sintomas depressivos (Rueger et al., 2016).

Uma meta-análise indica que há uma associação significativa entre o apoio social percebido e a presença de depressão durante a infância (Rueger et al., 2016). Em outras palavras, quando crianças percebem ter um apoio social sólido e positivo ao seu redor, têm uma menor probabilidade de desenvolver sintomas depressivos.

Dados empíricos demonstram que o apoio social e familiar, estão inversamente associados à desregulação emocional, e esta, por sua vez, está associada a níveis mais elevados de depressão. Além disso, a desregulação emocional parece mediar a relação entre apoio social/familiar e depressão. Conclui-se que o apoio social e familiar,

desempenham uma função significativa na regulação emocional e na prevenção da depressão (Tartaro et al., 2024).

A investigação empírica sobre variáveis psicossociais - depressão, regulação emocional e suporte social (família e amigos) - mostra uma associação significativa entre níveis elevados de suporte social da família e de amigos e menores índices de sintomatologia depressiva (Gilbert, 2012). A maioria das pesquisas estão em consonância com a premissa de que dificuldades na regulação emocional estão associadas à depressão (Feng et al., 2009; Loevaas et al., 2018; Beveren et al., 2017).

No entanto, algumas lacunas importantes permanecem na literatura. Uma das principais reside na predominância de estudos transversais, que dificultam a inferência de relações causais entre as variáveis (Schafer et al., 2016; Compas et al., 2017). Em segundo lugar, a maior parte dos estudos concentra-se em determinados países, como Brasil e Noruega, limitando a generalização dos resultados para diferentes contextos socioculturais (Coutinho et al., 2010; Loevaas et al., 2018). Além disso, existem divergências em relação ao papel da regulação emocional: enquanto algumas investigações sugerem que dificuldades em gerir emoções causam depressão, outras indicam que podem ser consequência da sintomatologia depressiva (Beveren et al., 2017; Loevaas et al., 2018).

A literatura existente indica que, para avaliar a regulação emocional e os sintomas depressivos na pré-adolescência, foram utilizados relatos de mães, autoavaliações das crianças pré-adolescentes e observações comportamentais (Siener & Kerns, 2011). Por outro lado, outro estudo baseia-se predominantemente em autorrelatos das crianças e dos pais, sem incluir observações comportamentais diretas (Loevaas et al., 2018).

Face a estas lacunas, evidencia-se a necessidade de estudos que integrem suporte social (familiar e de amigos), regulação emocional e sintomas depressivos em pré-adolescentes, uma faixa etária pouco explorada. Neste sentido, o presente estudo pretende suprir essas lacunas, ao investigar essas associações de forma detalhada e contextualizada, justificando assim a relevância do tema e servindo de ponte para a apresentação dos objetivos da investigação.

Objetivos

A presente investigação, de natureza quantitativa, transversal e correlacional, tem como objetivo geral analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes e examinar a sua associação com variáveis psicossociais, nomeadamente a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos.

Este estudo organiza-se em cinco objetivos específicos:

1. Explorar possíveis diferenças na depressão em função de variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género e a idade das crianças.
2. Explorar possíveis diferenças na regulação emocional em função de variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género e a idade das crianças.
3. Explorar possíveis diferenças na perceção de suporte social da família em função de variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género e a idade das crianças.
4. Explorar possíveis diferenças na perceção de suporte social dos amigos em função de variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género e a idade das crianças.

5. Analisar a associação entre os sintomas depressivos, a regulação emocional e a perceção de suporte social (familiar e dos amigos), explorando o contributo destas variáveis psicossociais para a variação dos índices de depressão.

Método

Participantes

A seleção das crianças pré-adolescentes para a amostra realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência, após definir os seguintes critérios de inclusão: 1 – Ter idade compreendida entre 9 e 12 anos; 2 – As crianças pré-adolescentes devem estar clinicamente saudáveis e livres de quaisquer condições médicas que possam afetar os resultados do presente estudo; 3 – As crianças pré-adolescentes e os seus pais ou cuidadores devem estar disponíveis e dispostos a participar em questionários/entrevistas caso necessário.

A escolha de incluir apenas crianças pré-adolescentes de 9 a 12 anos baseia-se no facto de que essa faixa etária corresponde a uma fase crucial de desenvolvimento cognitivo e emocional, permitindo por isso, uma avaliação mais precisa e detalhada dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Além disso, definir uma faixa etária específica contribui para a criação de um grupo de estudo mais homogéneo, facilitando a análise e interpretação dos dados.

Participaram na presente investigação 180 crianças pré-adolescentes, tanto do sexo feminino ($n=90$; 50.0%), como masculino ($n=90$; 50.0%), assegurando uma distribuição equilibrada entre os géneros. As idades foram compreendidas entre 9 e 12 anos ($M=9.87$; $DP=.98$), sendo a idade mais predominante a dos 9 anos (44.4%). A nacionalidade mais prevalente foi a portuguesa (94.4%), sendo que 92.8% referiram que moram em Lisboa. Relativamente ao estado civil dos pais, 65,6% dos participantes afirmaram que os pais estão casados, enquanto 29,4% referem que estão juntos, e para 5,0% os pais estão separados/divorciados. 55,0% das crianças pré-adolescentes

mencionaram residir com a mãe, o pai e os irmãos. Quanto às crianças que têm irmãos, 65,6% referiram que sim, e 42,8% afirmaram terem 1 irmão (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica das Crianças

Variáveis	n (%)	$M \pm DP$	Min-Máx
Sexo	180 (100.0)		
Feminino	90 (50.0)		
Masculino	90 (50.0)		
Idade	180 (100.0)	9.87 $\pm$ 0.98	9 – 12
9 anos	80 (44.4)		
10 anos	61 (33.9)		
11 anos	21 (11.7)		
12 anos	18 (10.0)		
Nacionalidade	180 (100.0)		
Portuguesa	170 (94.4)		
Estrangeira	7 (3.9)		
Angolana	3 (1.7)		
Estado Civil			
Separados/Divorciados	53 (29,4)		
Estão juntos	9 (5,0)		
Casados	118 (65,6)		
Onde mora?	180 (100.0)		
Lisboa	167 (92.8)		
Falagueira	2 (1.1)		
Odivelas	4 (2.2)		
Vila Chã	3 (1.7)		
Alverca	3 (1.7)		
Damaia	1 (.5)		
Com quem vive?	180 (100.0)		
Mãe e Pai	59 (32.8)		
Mãe	7 (3.9)		
Pai	6 (3.3)		
Mãe, Pai e Irmão/ãos	99 (55.0)		
Mãe e Irmão	9 (5.0)		
Tens irmãos?	180 (100.0)		
Sim	118 (65.6)		
Não	62 (34.4)		
Número de irmãos	180 (100.0)	1.07 $\pm$ 1.07	0 – 8
0	56 (31.0)		
1	77 (42.8)		
2	33 (18.3)		
3	10 (5.6)		
4	3 (1.7)		

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico composto por 15 questões (consultar Anexo B), que possibilitam a descrição e a caracterização da amostra (idade, sexo, nacionalidade, local de residência, principais interesses, hobbies, relação familiar e atividades extracurriculares).

Inventário de Depressão para Crianças

O Inventário de Depressão para Crianças (CDI) é amplamente utilizado como o principal instrumento para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes (consultar Anexo B). O questionário foi validado para a população portuguesa (Marujo, 1994). É um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory* (BDI) para adultos por Kovacs em 1992 (aplicado a crianças dos sete aos dezassete anos).

Segundo Dias e Gonçalves (1999), este é um instrumento que mede vários sintomas depressivos, incluindo o humor perturbado, a capacidade de sentir prazer, funções vegetativas, autoavaliação e comportamentos interpessoais. Esses fatores foram identificados através de uma análise à estrutura fatorial. Portanto, os itens do CDI estão agrupados em cinco fatores intrínsecos à depressão para a versão com 27 itens: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e autoestima negativa (Borges et al., 2007).

Cada um dos itens que compõem o inventário envolve 3 frases classificadas entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave). Relativamente às três opções, uma refere-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a outra à enfermidade clínica mais significativa. Por fim, a cotação total é calculada através do somatório da

pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas depressivos.

A versão portuguesa do CDI foi desenvolvida por Marujo (1994), e um estudo subsequente conduzido por Dias e Gonçalves (1999), revelaram uma boa fiabilidade, apresentando valores elevados de consistência interna, com coeficientes de alfa de Cronbach variando entre .80 e .84.

Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes

O ERQ-CA (Gullone & Taffe, 2011; adaptação portuguesa Carvalho et al., 2014) é um instrumento de autorrelato adaptado para crianças e adolescentes, baseado na versão de adultos (Gross & John, 2003), que avalia como os jovens se sentem e expressam as suas emoções (consultar Anexo B). É composto por 10 itens, utilizando uma escala de Likert de 5 pontos para medir estratégias de Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional. Resultados mais altos indicam maior uso dessas estratégias (Gullone & Taffe, 2012). Os resultados são obtidos pela soma dos itens de cada subescala, não existindo itens invertidos. Os resultados variam assim entre 6 e 30 para a escala de Reavaliação Cognitiva e entre 4 e 20 para a escala de Supressão Emocional.

O instrumento do estudo original apresenta subescalas que revelaram níveis aceitáveis de consistência interna, com alfas de *Cronbach* de .83 para a Reavaliação Cognitiva e de .75 para a Supressão Emocional (Gullone & Taffe, 2012). A versão portuguesa do ERQ-CA, assegurou uma estrutura fatorial de 3 componentes e uma consistência interna considerada fraca (Pratas, 2014). Os coeficientes alfa de *Cronbach* foram de .61 para Reavaliação Cognitiva, .66 para Supressão Emocional e .55 para a subescala Distração.

Escala de Percepção de Suporte Social da Família e Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos

A Escala de Percepção de Suporte Social da Família (PSS-Fam; Procidano & Heller, 1983) e a Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos (PSS-Fr) foram adaptadas para a população portuguesa por Gouveia et al. (2015) (consultar Anexo B).

Ambas são compostas por 20 itens, respondidas pelas crianças numa escala de 3 pontos (Sim, Não e Não sei) para avaliar a percepção de suporte social no que diz respeito às relações com a família em crianças e jovens, e amigos. A pontuação é obtida somando-se um ponto para cada item que sugere apoio social percebido. Quanto maior a pontuação, maior a percepção geral de apoio social.

Para cada item, a resposta indicativa da percepção social apoio foi pontuada como +1, de modo que as pontuações variaram entre 0 (ausência de apoio social percebido) e 20 (corresponde ao máximo apoio social percebido, oferecido por familiares ou amigos).

As análises fatoriais realizadas em estudos anteriores revelaram uma estrutura unidimensional do instrumento. Esta estrutura explica 62.0% da variância total para a escala PSS-Fr e 52.3% para a escala PSS-Fam, apresentando ainda altos índices de consistência interna com alfas de *Cronbach* de .87 e .84, respetivamente.

O suporte social foi analisado em cinco categorias normalizadas, variando de acordo com o sexo. Tanto para a PSS-Fr como para a PSS-Fam, as classificações para as mulheres são: inferior (0-4 pontos), médio inferior (5-11 pontos), médio (12-17 pontos), médio superior (18-19 pontos) e superior (20 pontos). Para os homens, a distribuição é: inferior (0-3 pontos), médio inferior (4-10 pontos), médio (11-17 pontos), médio superior (18-19 pontos) e superior (20 pontos) (Gouveia et al., 2015).

É importante salientar que um estudo validado sugere que as medidas PSS-Fr (Suporte Social dos Amigos) e PSS-Fam (Suporte Social da Família) mostraram-se homogêneas, com coeficientes de Cronbach de .88 e .90, respetivamente (N = 222). Da mesma forma, análises fatoriais separadas com rotação ortogonal indicaram que cada escala era composta por um único fator, conforme esperado pelo método de seleção final dos itens e pela consistência interna de ambas as escalas (Procidano & Heller, 1983).

Procedimento

Considerando os procedimentos éticos e deontológicos a atender, foram formalizados todos os pedidos de autorização necessários à recolha de dados para fins de investigação.

O projeto de dissertação, no qual este estudo está integrado, foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada – Lisboa. Foi desenvolvido tendo por referência os princípios éticos que constam da Declaração de Helsínquia, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes e dos dados recolhidos, bem como a utilização dos dados apenas para fins académicos. Além disso, a participação foi voluntária, permitindo que os participantes desistissem se assim desejassem, sem qualquer consequência.

Num primeiro momento, começou-se por contactar a comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa e posteriormente os colégios, por forma a obter a aprovação e cooperação da Comissão de Ética de ambas as instituições. De forma a poder aplicar os questionários acima referidos, também foram enviados e-mails, com os

pedidos de autorização aos autores das escalas (consultar Anexo A), com o intuito de poder aplicar as adaptações portuguesas dos mesmos.

Contactados os colégios, foram elaboradas a folha de informação ao participante e a solicitação de consentimento informado. Os encarregados de educação foram informados sobre a natureza do estudo, sendo solicitado o consentimento para a participação dos seus educandos na investigação, garantindo sempre o sigilo, a confidencialidade e anonimato dos resultados dos instrumentos. Apenas se recolheu informação relevante para a investigação, de forma a manter e preservar a privacidade, assegurando que não haveria qualquer risco superior ao risco mínimo para o bem-estar dos participantes.

Após ser dado o consentimento pelos pais dos participantes, foi aplicado o protocolo numa única sessão. A aplicação dos questionários realizou-se pessoalmente, em contexto de sala de aula ao longo de, aproximadamente, 2 meses – de março a maio de 2025.

Cada questionário foi atribuído com uma numeração para salvaguardar a anonimização dos participantes antes de se inserir numa base de dados para análise estatística posterior.

Plano Analítico

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao software informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26.0, tendo como base a significância estatística dos resultados ($p < .05$).

Através de uma análise descritiva dos dados recolhidos neste estudo, foi feita a descrição das variáveis, depressão, regulação emocional, suporte social da família e

suporte social dos amigos quanto à sua média, desvio padrão, obtendo-se também o máximo e o mínimo, assimetria e curtose. Para testar se a distribuição dos dados era normal, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, adotando-se valores de $p > .05$.

A análise dos dados organizou-se de acordo com os cinco objetivos específicos do estudo. Assim, para os quatro primeiros objetivos, que visam explorar diferenças na depressão, regulação emocional e na percepção de suporte social (familiar e dos amigos) em função de variáveis sociodemográficas (género e idade), foram realizados testes não paramétricos, dada a não normalidade dos dados verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov: a) o teste U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar diferenças entre os grupos de género (rapazes e raparigas); b) o teste de Kruskal-Wallis foi aplicado para analisar diferenças em função da idade (grupos etários de 9, 10, 11 e 12 anos). Por fim, para o quinto objetivo, que pretende analisar a associação entre sintomas depressivos, regulação emocional e percepção de suporte social, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, desde que satisfeitos os pressupostos de linearidade e normalidade. Esta análise permitiu observar a magnitude e direção das relações entre as variáveis psicossociais e os sintomas depressivos.

Resultados

Análise Estatística Descritiva das Escalas

A análise estatística descritiva do Inventário de Depressão para Crianças (Tabela 2), composto por 27 itens com três opções de resposta, permitiu caracterizar o padrão de respostas dos participantes. Os valores mínimos e máximos variam entre os extremos da escala (0-2). A média das respostas obtidas pelos participantes situa-se entre .16 e 1.86.

A frase da questão 1 - “Estou triste de vez em quando” - obteve uma média de .16 ($DP = .46$), indicando que a maioria das crianças relatou sentimentos de tristeza com pouca frequência. Já a frase da questão 5 - “Sou mau(má) de vez em quando” - obteve uma média elevada de 1.86 ($DP = .43$), sendo que todas as crianças responderam a opção 2, ou seja, afirmaram que são más “de vez em quando”. A frase da questão 17 - “Sinto-me cansado(a) de vez em quando” - apresentou uma média de 1.43 ($DP = .61$), refletindo uma percepção moderada de cansaço, embora com alguma variabilidade entre os participantes. Por fim, a questão 18 - “Há muitos dias em que não me apetece comer” - destacou-se com uma média de 1.36 ($DP = .87$), evidenciando que um número significativo de crianças referiu alterações no apetite em vários dias, sendo este um sintoma relevante no quadro depressivo.

Relativamente aos valores de assimetria (SK) e de curtose (Ku) da escala CDI, estes permitem testar a normalidade dos itens, tendo-se verificado que estes mesmos valores não violam os indicadores de distribuição normal ($|SK| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2018). Esses resultados sugerem que, no geral, as crianças revelaram níveis moderadamente baixos de sintomas depressivos, com algumas variações individuais em itens específicos, como os que envolvem a alimentação e o cansaço.

O total da escala apresentou uma consistência interna, Alpha de Cronbach, de .72, com valores considerados aceitáveis ($N = 180$; $M = 1.50$ e $DP = .35$) (Tabela 3).

Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva do Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, com uma escala de respostas entre 1 – Discordo Totalmente e 5 – Concordo Totalmente (Tabela 4). As questões 5 – “Quando estou preocupado com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor” e 7 – “Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela” obtiveram ambas a média mais elevada da escala ($M = 3.79$) - a primeira com um DP de 1.16 e a segunda com um DP de 1.09. Esses valores indicam uma forte tendência de os participantes recorrerem a estratégias cognitivas adaptativas. Relativamente à questão 3 – “Quando me quero sentir menos mal, penso em algo diferente”, obteve-se uma média de 3.77 e um DP de 1.21. São estas as três questões da escala em análise, que apresentaram uma avaliação próxima do 4 – Concordo. Em contraste, os itens associados à Supressão Emocional (2, 4, 6 e 9) revelaram médias mais baixas. O item 4 “Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar” apresentou a média mais baixa da escala ($M = 2.07$; $DP = 1.30$), sugerindo que as crianças pré-adolescentes tendem a expressar as emoções positivas sem inibi-las.

Em suma, os resultados evidenciam que os participantes deste estudo utilizam mais frequentemente estratégias de reavaliação cognitiva do que de supressão emocional, o que, segundo a literatura, está associado a uma regulação emocional mais adaptativa (Schafer et al., 2017).

No que concerne aos valores de assimetria e de curtose deste questionário, é possível verificar-se que apresentam bons indicadores de distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2018).

O total da escala ERQ-CA apresentou uma consistência interna, Alpha de *Cronbach*, de .59, com valores considerados aceitáveis ($N= 180$; $M = 3.37$ e $DP = .53$). Os valores das dimensões apresentam-se semelhantes, entre .68 (Reavaliação Cognitiva) e .49 (Supressão Emocional) indicando possuírem um nível médio de consistência interna (Tabela 5).

Através dos resultados obtidos na Escala de Percepção de Suporte Social da Família (Tabela 6), é possível verificar que os valores médios dos itens variam entre 1.08 e 2.28, dentro dos limites da escala de resposta (1- Sim; 2- Não; 3- Não sei). Pode-se concluir que os participantes deste estudo apresentam um nível elevado de suporte social da família. A partir da análise dos valores de assimetria e de curtose é possível verificar que esta escala apresenta uma distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2018).

O total da escala apresentou uma consistência interna, Alpha de *Cronbach*, de .75, com valores considerados bastante aceitáveis ($N= 180$; $M = 1.60$ e $DP = .78$ (Tabela 7).

Na Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos (Tabela 8), observou-se que grande parte da amostra respondeu “Sim”, indicando uma percepção positiva do suporte social por parte dos amigos. No entanto, os itens 2 – “A maioria dos meus colegas está mais próximo do que eu dos seus amigos”, 20 - “Gostava que os meus amigos fossem muito diferentes” e 18 – “Não tenho uma relação tão próxima e íntima a um amigo, como outros colegas” apresentam médias mais próximas da resposta “Não”, com valores respetivos de $M = 2.16$; $DP = .77$, $M = 2.02$; $DP = .46$ e $M = 1.93$; $DP = .84$.

O total da escala apresentou uma consistência interna, Alpha de *Cronbach*, de .73, com valores considerados elevados ($N = 180$; $M = 2.18$ e $DP = 1.14$) (Tabela 9).

Tabela 2*Estatística Descritiva do Inventário de Depressão para Crianças – CDI (N = 180)*

itens	M	DP	Assimetria	Curtose
1 – Estou triste de vez em quando	.16	.46	3.032	8.476
2 – As coisas vão-me correr bem	1.51	.54	-.443	-.973
3 – Faço quase tudo bem	.25	.43	1.164	-.651
4 – Divirto-me com muitas coisas	.34	.48	.660	-1.582
5 – Sou mau(má) de vez em quando	1.86	.43	-3.244	9.989
6 – Tenho receio que me aconteça coisas más	.74	.72	.423	-.975
7 – Gosto de mim	1.83	.46	-2.805	7.304
8 – As coisas más não costumam ser culpa minha	1.62	.62	-1.411	.871
9 – Penso às vezes em matar-me, mas nunca o farei	.51	.62	.829	-.311
10 – De vez em quando tenho vontade de chorar	1.66	.65	-1.712	1.512
11 – Aborreço-me de vez em quando	1.64	.60	-1.435	1.016
12 – Gosto de estar com pessoas	.26	.44	1.130	-.731
13 – Para mim é difícil tomar decisões	1.26	.66	-.332	-.755
14 – Gosto do meu aspeto	.43	.55	.801	-.432
15 – Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos de casa	1.26	.77	-.475	-1.167
16 – Durmo sempre muito bem	1.51	.66	-1.003	-.133
17 – Sinto-me cansado(a) de vez em quando	.43	.61	1.087	.160
18 – Há muitos dias em que não me apetece comer	1.36	.87	-.760	-1.248
19 – Preocupo-me muito com a minha saúde	1.25	.62	-.235	-.606
20 – Não me sinto só	.46	.63	1.058	.052
21 – Divirto-me muitas vezes na escola	1.52	.69	-1.097	-.092
22 – Tenho muito(a)s amigo(a)s	.23	.51	2.127	3.739
23 – Os meus resultados escolares são bons	.49	.67	1.043	-.124
24 – Se eu quiser poderei ser tão bom(boa) como o(a)s outro(a)s	1.39	.75	-.778	-.811
25 – Tenho a certeza de que alguém gosta de mim	1.56	.64	-1.132	.172
26 – Costumo fazer o que me mandam	.24	.48	1.840	2.305
27 – Dou-me bem com o(a)s outro(a)s	.16	.49	3.036	8.155

Legenda: M (média) e DP (desvio padrão)

Escala: 0 - Ausência do Sintoma; 1 – Sintoma Leve/Moderado; 2 – Sintoma mais Intenso/Frequente

Tabela 3*Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala CDI*

Dimensões	Itens	Alpha de Cronbach
Dimensão Geral		.72

Tabela 4

Estatística Descritiva do Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes - ERQ-CA (N = 180)

itens	M	DP	Assim.	Curtose
1 – Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente	3.71	1.15	-.957	.074
2 – Guardo os meus sentimentos para mim próprio(a)	3.27	1.23	-.186	-.851
3 – Quando me quero sentir menos mal, penso em algo diferente	3.77	1.21	-.900	-.135
4 – Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar	2.07	1.30	1.086	.014
5 – Quando estou preocupado com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor	3.79	1.16	-.620	-.847
6 – Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando	3.06	1.10	.171	-.757
7 – Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela	3.79	1.09	-.754	-.161
8 – Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas, mudando a forma como penso sobre elas	3.50	1.09	-.675	-.281
9 – Quando me sinto mal, tenho cuidado em não o demonstrar	2.97	1.34	-.090	-1.190
10 – Quando me quero sentir menos mal, em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso	3.74	1.05	-.859	.467

Legenda: M (média) e DP (desvio padrão)

Escala: 1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo Totalmente

Tabela 5

Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala ERQ-CA

Dimensões	Itens	Alpha de Cronbach
Reavaliação Cognitiva	1, 3, 5, 7, 8 e 10	.68
Supressão Emocional	2, 4, 6 e 9	.49
Dimensão Geral		.59

Tabela 6

Estatística Descritiva da Escala de Perceção de Suporte Social da Família – PSS-Fam (N = 180)

itens	M	DP	Assim.	Curtose
1 – A minha família dá-me o apoio moral de que preciso	1.08	.39	4.810	21.377
2 – A minha família costuma dar-me boas ideias de como fazer as coisas	1.24	.63	2.362	3.793
3 – A maior parte das pessoas que conheço são mais próximas das suas famílias do que eu	2.28	.75	-.504	-1.056
4 – Quando confidencio com os meus familiares mais próximos, sinto que eles ficam desconfortáveis	2.19	.68	-.259	-.826
5 – A minha família gosta de ouvir a minha opinião	1.43	.81	1.407	.018
6 – As pessoas da minha família têm os mesmos interesses que eu	2.28	.75	-.517	-1.053
7 – Alguns dos meus familiares procuram-me quando têm problemas ou precisam de conselhos	1.77	.86	.470	-1.488
8 – Confio na minha família para me dar apoio emocional	1.14	.49	3.309	9.586

9 – Existe um membro da minha família a quem posso recorrer quando me sinto em baixo, sem me sentir estranho mais tarde	1.56	.83	.989	-.804
10 – Eu e a minha família temos uma forma muito aberta de pensar sobre as coisas	1.62	.86	.815	-1.153
11 – A minha família é sensível às minhas necessidades pessoais	1.99	.82	.010	-1.495
12 – Algumas pessoas da minha família procuram-me para terem apoio emocional	1.98	.91	.044	-1.798
13 – A minha família ajuda-me a resolver os meus problemas	1.24	.59	2.271	3.795
14 – Eu tenho uma relação de grande proximidade com um número significativo de membros da minha família	1.48	.83	1.215	-.428
15 – Os meus familiares têm boas ideias de como fazer as coisas da melhor maneira para mim	1.31	.72	1.916	1.734
16 – Sinto-me desconfortável quando conto algumas coisas a pessoas da minha família	1.84	.70	.227	-.912
17 – Os meus familiares procuram a minha companhia	1.53	.87	1.064	-.840
18 – Acho que as pessoas da minha família sentem que sou bom (boa) a ajudá-los a resolver problemas	1.73	.96	.558	-1.681
19 – Não tenho uma relação próxima a um membro da minha família, como outras pessoas têm	1.79	.76	.364	-1.185
20 – Desejava que a minha família fosse muito diferente	2.03	.39	.268	3.765

Legenda: M (média) e DP (desvio padrão)
Escala: 1 – Sim; 2 – Não; 3 – Não sei

Tabela 7

Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala PSS-Fam

Dimensões	Itens	Alpha de Cronbach
Dimensão Geral		.75

Tabela 8

Estatística Descritiva da Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos - PSS-Fr (N = 180)

itens	M	DP	Assimetria	Curtose
1 – Os meus amigos dão-me o apoio moral de que preciso	1.24	.56	2.276	3.983
2 – A maioria dos meus colegas está mais próxima do que eu dos seus amigos	2.16	.77	-.286	-1.262
3 – Os meus amigos gostam de ouvir a minha opinião	1.73	.93	.570	-1.616
4 – Certos amigos procuram-se quando têm problemas ou necessitam de conselhos	1.59	.90	.894	-1.171
5 – Confio nos meus amigos para apoio emocional	1.17	.49	2.885	7.309
6 – Se eu sentisse que um ou mais dos meus amigos estivessem chateados comigo, eu guardaria isso para mim mesmo(a)	1.82	.70	.266	-.922
7 – Sinto que estou um pouco à parte do meu grupo de amigos	1.87	.59	.042	-.232
8 – Existe um amigo(a) a quem posso recorrer quando me sinto em baixo, sem me sentir envergonhado sobre isso mais tarde	1.25	.57	2.185	3.596
9 – Eu e os meus amigos temos uma forma muito aberta de pensar sobre as coisas	1.63	.85	.781	-1.146
10 – Os meus amigos preocupam-se com as minhas necessidades pessoais	1.75	.87	.510	-1.494
11 – Os meus amigos recorrem a mim para apoio emocional	1.64	.85	.765	-1.193
12 – Tenho um relacionamento profundo de partilha com vários amigos	1.53	.82	.054	-.683
13 – Os meus amigos ajudam-me a resolver os meus problemas	1.25	.61	2.265	3.576

14 – Os meus amigos têm boas ideias de como fazer as coisas da melhor maneira para mim	1.52	.85	1.094	-.708
15 – Sinto-me desconfortável quando conto algumas coisas aos meus amigos	1.77	.67	.296	-.779
16 – Os meus amigos procuram a minha companhia	1.64	.88	.777	-1.269
17 – Acho que os meus amigos sentem, que sou bom(boa) a ajudá-los a resolver problemas	1.76	.97	.508	-1.748
18 – Não tenho uma relação tão próxima e íntima a um amigo, como outros colegas têm	1.93	.84	.126	-1.561
19 – Recentemente, percebi como é que posso fazer algo por um amigo	1.62	.84	.824	-1.081
20 – Gostava que os meus amigos fossem muito diferentes	2.02	.46	.085	1.812

Legenda: M (média) e DP (desvio padrão)
Escala: 1 – Sim; 2 – Não; 3 – Não sei

Tabela 9

Valores do coeficiente Alpha de Cronbach da Escala PSS-Fr

Dimensões	Itens	Alpha de Cronbach
Dimensão Geral		.73

Diferenças na depressão em função do género e da idade

Para analisar se o Género dos inquiridos (masculino/feminino) condiciona o Inventário de Depressão para Crianças e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Mann-Whitney.

Assim, verificou-se, na Tabela 10, que não existem diferenças estatisticamente significativas no Inventário de Depressão para Crianças, relativamente à variável género.

Tabela 10

Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral do Inventário de Depressão para Crianças, relativamente à variável Género

Dimensões	Masculino		Feminino		U	p
	(n = 90)		(n = 90)			
	M	DP	M	DP		
Dimensão Geral	1.51	.24	1.56	.22	3679.5	.288

Em seguida procurou-se analisar-se a variável sociodemográfica Idade, de forma a verificar se condiciona o Inventário de Depressão para Crianças e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Kruskal-Wallis.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, quanto à dimensão Geral da escala CDI, relativamente à variável Idade (Tabela 11).

Tabela 11

Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral do Inventário de Depressão para Crianças, relativamente à variável Idade

Dimensões	9 anos		10 anos		11 anos	
	(n=80)		(n=61)		(n=21)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Dimensão Geral	1.53	.24	1.53	.25	1.56	.18

Dimensões	12 anos		H	p
	(n=18)			
	M	DP		
Dimensão Geral	1.60	.15	1.611	.657

Diferenças na regulação emocional em função do género e da idade

Para analisar se o Género dos inquiridos (masculino/feminino) condiciona a Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Mann-Whitney.

Assim, verificou-se, na Tabela 12, que não existem diferenças estatisticamente significativas na Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, das dimensões relativamente ao género ($U(180) = 3526.5; p > .05$), para a dimensão Reavaliação Cognitiva, e ($U(180) = 4442.0; p > .05$), para a dimensão Supressão Emocional, sendo que para a dimensão 1, os elementos do género feminino apresentam valores médios mais elevados ($M = 3.81; DP = .75$), enquanto os elementos do género masculino apresentam um valor médio mais elevado ($M = 3.03; DP = .73$).

Tabela 12

Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto aos 2 factores de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, relativamente à variável Género

Dimensões	Masculino		Feminino		U	p
	(n = 90)		(n = 90)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Reavaliação Cognitiva	3.71	.75	3.81	.75	3526.5	.132
Supressão Emocional	3.03	.73	2.91	.65	4442.0	.259
Dimensão Geral	3.37	.56	3.36	.51	3763.5	.410

Em seguida procurou-se analisar a variável sociodemográfica Idade, de forma a verificar se condiciona a Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Kruskal-Wallis.

Encontraram diferenças estatisticamente significativas, na Dimensão 1, quando analisada a variável “Idade”, ($H(180) = 26.337; p < .000$) (Tabela 13).

Tabela 13

Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto às 2 dimensões de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes, relativamente à variável Idade

Dimensões	9 anos (n=80)		10 anos (n=61)		11 anos (n=21)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Reavaliação Cognitiva	3.99	.62	3.35	.92	3.95	.41
Supressão Emocional	2.95	.57	3.14	.87	2.71	.51
Dimensão Geral	3.47	.49	3.25	.68	3.33	.24

Dimensões	12 anos (n=18)		H	p
	M	DP		
Reavaliação Cognitiva	3.89	.35	26.337	< .000
Supressão Emocional	2.84	.58	5.701	.127
Dimensão Geral	3.37	.27	4.137	.247

Para identificar os pares de médias onde se encontram as diferenças estatisticamente significativas, elaborou-se o Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni (Tabela 14). Observa-se assim que existem essas diferenças entre os elementos de 9 anos e os de 10 anos ($ET = 43.078; p = 0,000$), entre os 10 e os 11 anos ($ET = -39.208; p = .017$) e entre os elementos de 10 e 12 anos ($ET = -38.454; p = .034$).

Tabela 14

Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Reavaliação Cognitiva com a variável “Idade”

Pares de Médias	Estatística de Teste	Sig
9 anos vs 10 anos	43.078	.000
10 anos vs 11 anos	-39.208	.017
10 anos vs 12 anos	-38.454	.034

Diferenças na percepção de suporte social da família em função do género e da idade

Para analisar se o Género dos inquiridos (masculino/feminino) condiciona a Percepção de Suporte Social da Família e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Mann-Whitney.

Assim, verificou-se, na Tabela 15, que não existem diferenças estatisticamente significativas na Percepção de Suporte Social da Família, relativamente à variável Género.

Tabela 15

Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social da Família, relativamente à variável Género

Dimensões	Masculino		Feminino		U	p
	(n = 90)		(n = 90)			
	M	DP	M	DP		
Dimensão Geral	1.63	.31	1.58	.34	4433.0	.272

Em seguida procurou-se analisar-se a variável sociodemográfica Idade, de forma a verificar se condiciona a Percepção de Suporte Social da Família e dado não ter sido

cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Kruskal-Wallis (Tabela 16).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, na Dimensão Geral, quando analisada a variável “Idade”, ($H(180) = 17.597; p < .000$).

Tabela 16

Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social da Família, relativamente à variável Idade

Dimensões	9 anos (n=80)		10 anos (n=61)		11 anos (n=21)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Dimensão Geral	1.68	.36	1.52	.25	1.42	.23

Dimensões	12 anos (n=18)		H	p
	M	DP		
Dimensão Geral	1.75	.33	17.597	<.001

Para identificar os pares de médias onde se encontram as diferenças estatisticamente significativas, elaborou-se o Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni (Tabela 17).

Para a Dimensão Geral, existem diferenças estatisticamente significativas entre os elementos de 9 anos e 10 anos ($ET = 24.299; p = .036$), entre os 9 e 11 anos ($ET = 40.202; p = .010$) e entre os 11 e 12 anos ($ET = -51.952; p = .011$).

Tabela 17

Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Geral com a variável “Idade”

Dimensões	Pares de Médias	Estatística de Teste	Sig
Geral	9 anos vs 10 anos	24.299	.036
	9 anos vs 11 anos	40.202	.010
	11 anos vs 12 anos	-51.952	.011

Diferenças na percepção de suporte social dos amigos em função do género e da idade

Para analisar se o Género dos inquiridos (masculino/feminino) condiciona a Perceção de Suporte Social dos Amigos e dado não ter sido cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Mann-Whitney.

Assim, verificou-se, na Tabela 18, que não existem diferenças estatisticamente significativas na Perceção de Suporte Social dos Amigos, da dimensão Geral relativamente ao género.

Tabela 18

Procedimento Não Paramétrico Mann-Whitney (U) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral do Perceção de Suporte Social dos Amigos, relativamente à variável Género

Dimensões	Masculino		Feminino		U	p
	(n = 90)		(n = 90)			
	M	DP	M	DP		
Dimensão Geral	2.20	.32	2.16	.30	4222.5	.620

Em seguida procurou-se analisar-se a variável sociodemográfica Idade, de forma a verificar se condiciona a Perceção de Suporte Social dos Amigos e dado não ter sido

cumprido o pressuposto de normalidade ($p < .05$) para amostras independentes, foi utilizado o Procedimento Não Paramétrico de Kruskal-Wallis.

Encontraram diferenças estatisticamente significativas, na Dimensão Geral, quando analisada a variável “Idade”, ($H(180) = 26.337; p < .000$) (Tabela 19).

Tabela 19

Procedimento Não Paramétrico Kruskal-Wallis (H) para amostras independentes, quanto à dimensão Geral da Percepção de Suporte Social dos Amigos, relativamente à variável Idade

Dimensões	9 anos (n=80)		10 anos (n=61)		11 anos (n=21)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	2.24	.34	2.19	.29	2.10	.27

Dimensões	12 anos (n=18)		<i>H</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	2.02	.18	8.484	.037

Para identificar os pares de médias onde se encontram as diferenças estatisticamente significativas, elaborou-se o Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni (Tabela 20).

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os elementos de 9 e 12 anos ($ET = 2.446; p = .014$) e os elementos de 10 e 12 anos ($ET = 2.059; p = .039$).

Tabela 20

Teste de Comparações Múltiplas Pairwise de Bonferroni, para a Dimensão Geral com a variável “Idade”

Dimensões	Pares de Médias	Estatística de Teste	Sig
Geral	10 anos vs 12 anos	2.059	.039
	9 anos vs 12 anos	2.446	.014

Estudos de Associação

Com o objetivo de compreender possíveis associações entre as quatro variáveis (depressão, regulação emocional, suporte social da família e suporte social dos amigos), procedeu-se à realização de análises correlacionais através do coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 21).

A análise dos dados revelou associações médias, negativas e estatisticamente significativas entre as dimensões das escalas de suporte social da família (PSS-Fam), suporte social dos amigos (PSS-Fr) e regulação emocional (ERQ-CA).

Através do Teste de Correlação de *Pearson*, é possível verificar que a maioria das associações entre as variáveis Depressão, Regulação Emocional, Suporte Social da Família e Suporte Social dos Amigos apresentou significância estatística ($p < .05$), com exceção da relação entre as variáveis Depressão e Regulação Emocional ($r = .076$; $p = .312$), que não revelou correlação significativa. Observa-se que a variável depressão apresentou correlações negativas com o suporte social percebido – da família ($r = -.260$; $p < .001$) e de amigos ($r = -.381$; $p < .001$). Uma vez que a correlação é negativa, conclui-se que as variáveis estão inversamente correlacionadas, ou seja, quando o valor de uma variável é alto, o valor da outra variável tende a ser baixo. Neste caso, se os níveis de suporte social (da família e amigos) aumentam, os níveis de depressão tendem a ser mais baixos (e o mesmo acontece quando são altos).

A variável regulação emocional também apresentou correlações negativas com o suporte familiar ($r = -.156$; $p = .037$) e de amigos ($r = -.313$; $p < .001$), indicando que quanto mais a criança utiliza a estratégia medida pela escala ERQ-CA (regulação emocional), menor tende a ser a sua percepção de suporte social – tanto da família como dos amigos. Por outro lado, é possível constatar que a magnitude de associação entre as variáveis suporte social da família e suporte social dos amigos é elevada ($r = .612$; $p < .001$), pois encontra-se entre .50 e 1 (Cohen et al., 2003). Uma vez que a correlação é positiva, conclui-se que as duas variáveis estão diretamente correlacionadas, ou seja, quando o valor de uma variável é alto, o valor da outra variável também. Neste caso, se os níveis de suporte social da família aumentam, consequentemente, os níveis de suporte social dos amigos também são altos (e o mesmo acontece quando são baixos).

Tabela 21

Correlação entre as dimensões das 4 Escalas (CDI, ERQ-CA, PSS-Fam e PSS-Fr)

Dimensões	Coef. Correlação	Valor-p
CDI vs ERQ-CA	.076	.312
CDI vs PSS-Fam	-.260**	<.001
CDI vs PSS-Fr	-.381**	<.001
ERQ-CA vs PSS-Fam	-.156**	.037
ERQ-CA vs PSS-Fr	-.313**	<.001
PSS-Fam vs PSS-Fr	.612**	<.001

** A correlação é significativa ao nível de .01 (bilateral)

Discussão

A presente investigação teve como objetivos específicos: (i) explorar possíveis diferenças em quatro variáveis - depressão, regulação emocional, suporte social da família e suporte social dos amigos - em função das variáveis sociodemográficas género e idade, em crianças pré-adolescentes; e (ii) analisar a associação entre sintomas depressivos, regulação emocional e perceção de suporte social (familiar e dos amigos), explorando o contributo destas variáveis psicossociais para a variação dos índices de depressão. Os resultados obtidos são discutidos à luz destes objetivos.

Dados indicam que crianças pré-adolescentes do sexo feminino apresentam uma maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com os rapazes (Beauchaine & Hinshaw, 2017; Israel et al., 2021). Factores biológicos (como as mudanças hormonais), sociais (expectativas de papéis de género) e cognitivos (ruminação e pensamento dicotómico) podem contribuir para essa vulnerabilidade acrescida. Desta forma, os resultados deste estudo corroboram parcialmente com a literatura existente.

Relativamente à regulação emocional, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao género. Os resultados deste estudo vão ao encontro da literatura existente (e.g., Zimmermann & Iwanski, 2014), que aponta para diferenças de género mais evidentes apenas em fases posteriores do desenvolvimento (adolescência tardia ou vida adulta). A variável sociodemográfica idade revelou-se significativa na dimensão Reavaliação Cognitiva da escala. Crianças de 10 anos apresentaram níveis inferiores em comparação com crianças de 9, 11 e 12 anos. Este resultado é consistente com a literatura, uma vez que as crianças pré-adolescentes passam por um período de maior instabilidade emocional, o que dificulta a capacidade que as crianças têm de gerir as emoções de forma eficaz (Zimmermann & Iwanski, 2014).

No que concerne ao suporte social, verifica-se que a percepção proveniente tanto da família como dos amigos varia em função da idade e, em menor grau, do género, corroborando que relações próximas contribuem para o bem-estar e a qualidade de vida das crianças pré-adolescentes, uma vez que a família fornece uma base emocional segura e os amigos promovem o desenvolvimento de habilidades sociais e autoestima (Cruvinel & Boruchovith, 2014, p.96; Papalia & Feldman, 2013).

No que se refere às associações entre variáveis, verificou-se que níveis mais elevados de suporte social - tanto familiar como de pares - estão associados a uma menor probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como a uma regulação emocional mais eficaz. Estes resultados, obtidos com crianças em idade pré-adolescente, são consistentes com a literatura que descreve o suporte social como factor protetor na saúde mental infantil (Oexle et al., 2020; Tartaro et al., 2024).

Esta associação entre suporte social e depressão pode ser compreendida à luz de diferentes modelos teóricos. De acordo com o modelo de efeito principal, o suporte social exerce um impacto positivo direto na saúde mental e física, contribuindo para a redução de sintomas depressivos ao promover autoestima, sentimento de pertença e bem-estar (Cohen & Wills, 1985; Eva et al., 2014; Yu et al., 2022). Assim, quanto maior a percepção de suporte social as crianças apresentarem, mais baixos tendem a ser os níveis de sintomatologia depressiva (Banks & Weems, 2014; Mckillop et al., 2017). O suporte social promove resiliência e saúde mental, mesmo na ausência de eventos altamente stressantes. Já o modelo do efeito amortecedor sustenta que o constructo psicológico – suporte social – atua como moderador, “amortecendo” (reduzindo) os efeitos negativos em situações de stress e vulnerabilidade, como dificuldades em gerir as emoções (Cohen & Wills, 1985).

Por outro lado, ao contrário de alguns estudos que apontam que dificuldades em gerir as emoções tendem a estar associadas a níveis mais elevados de depressão (Beveren et al., 2017; Feng et al., 2009; Loevaas et al., 2018), nesta amostra não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre dificuldades na regulação emocional e sintomas depressivos. Este resultado pode estar relacionado com a presença de factores protetores – suporte social da família e suporte social dos amigos – que atenuam o impacto das dificuldades na regulação emocional nesta faixa etária.

Estudos recentes com amostras de pré-adolescentes de idades compreendidas entre os 11 e 13 anos mostram resultados semelhantes, sugerindo que o uso de estratégias mal-adaptativas de regulação emocional (ruminação ou culpar-se a si mesmo) não apresentou relação significativa com sintomas depressivos (Volkaert et., 2024).

Em suma, os principais pontos fortes deste estudo remetem para os resultados. Estes indicam que as variáveis - suporte social da família e o suporte social dos amigos - atuam como dois factores de proteção contra sintomas depressivos destas crianças pré-adolescentes. Estes resultados são relevantes, dado que a pré-adolescência é uma fase de transição marcada por mudanças e desafios nas dimensões biológica, social, emocional e cognitiva, vulnerável ao surgimento de determinadas psicopatologias.

A principal contribuição deste estudo prende-se com o facto de ter sido desenvolvida investigação sobre a saúde mental em pré-adolescentes - uma faixa etária ainda pouco explorada, comparativamente com adolescentes e adultos. Assim, esta investigação reforça a importância de promover competências de regulação emocional e fortalecer redes de suporte social desde a infância, como estratégia preventiva contra psicopatologias (como é o caso da depressão).

Limitações

Uma das limitações da presente investigação refere-se à distribuição sociodemográfica dos participantes. Embora o número de crianças pré-adolescentes do sexo feminino (n= 90) tenha sido igual ao do sexo masculino (n= 90), permitindo comparações entre géneros, a faixa etária restrita (9-12 anos) poderá ter influenciado a compreensão de alguns itens dos instrumentos aplicados. Tal limitação pode ter contribuído para a ausência de associações significativas entre dificuldades de regulação emocional e sintomas depressivos, relações que seriam expectáveis à luz da literatura existente.

O facto de a amostra ser composta exclusivamente por crianças provenientes de colégios privados, pode ter introduzido um enviesamento socioeconómico limitando a generalização dos resultados a contextos socioeconómicos mais diversos. Esse factor pode ter influenciado a elevada perceção de suporte social reportada, dado que famílias de contextos privados tendem a dispor de mais recursos para oferecer apoio emocional e material.

Outra limitação, prende-se com a aplicação dos questionários (instrumentos de autorrelato). Desta forma, os participantes estão sujeitos a enviesamentos como dificuldades na autoavaliação.

Implicações teóricas e práticas

Este estudo acrescenta ao conhecimento existente ao fornecer evidências sobre factores psicossociais associados à sintomatologia depressiva em crianças pré-adolescentes, uma faixa etária ainda pouco explorada. Torna-se relevante porque a pré-adolescência é um período de transição crítica, caracterizado por mudanças biológicas

(hormonais), cognitivas (pensamento abstrato e autorreflexão) e sociais (maior influência de pares e vínculo familiar). Essas mudanças tornam as crianças mais vulneráveis a sintomas depressivos, como também receptivas a factores protetores – suporte social e regulação emocional. Além disso, é nesta fase que se conseguem identificar precocemente riscos, permitindo intervenções direcionadas e o aprimoramento de estratégias que fomentam resiliência emocional antes que padrões de depressão se consolidem.

Ao longo do estudo, são evidentes factores contextuais de risco e de proteção na depressão infantil, elementos cruciais para o desenvolvimento, especialmente na pré-adolescência.

Do ponto de vista prático, algumas propostas em contexto escolar com base no *Modelo Social and Emotional Learning* (SEL) incluem:

1. Desenvolvimento de competências sociais e emocionais: Implementar programas estruturados de SEL que promovam autoconsciência, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento e tomada de decisão responsável. Assim, permitirá às crianças reconhecer e gerir emoções, reduzindo possíveis sintomas depressivos.

2. Integração com apoio familiar: Envolver pais ou cuidadores em workshops, palestras ou atividades conjuntas com a escola que fortaleçam a comunicação e a validação emocional em casa. É fundamental garantir, por isso, que a aprendizagem socioemocional seja integrada no dia a dia da criança, não ficando restrita ao contexto escolar.

Propostas para Investigação Futura

Em estudos futuros, seria interessante aprofundar esta temática com amostras mais diversificadas, integrando escolas públicas e contextos socioeconómicos variados, de maneira a aumentar a representativa e a validade externa dos resultados.

Além disso, sugere-se a inclusão de variáveis adicionais – autoestima, stress parental e resiliência, uma vez que estas podem explicar ou alterar a forma como o suporte social e a regulação emocional condicionam a depressão.

Em terceiro lugar, recomenda-se a combinação de instrumentos quantitativos (questionários padrozinados) com a aplicação de métodos qualitativos (entrevistas, grupos focais), que poderão fornecer dados mais ricos sobre a percepção das crianças quanto às suas vivências emocionais e relacionais.

Por fim, estudos longitudinais ou comparativos possibilitam informações essenciais acerca da evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo e sobre o papel preditor dos constructos – suporte social e regulação emocional em diversas etapas do desenvolvimento.

Conclusão

O presente estudo propôs-se a analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes e examinar a sua associação com variáveis psicossociais, nomeadamente a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos.

Dando resposta aos objetivos delineados, é possível concluir que as raparigas apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva. Além disso, os constructos – suporte social da família e suporte social dos amigos, quando a níveis elevados, funcionam como factores protetores. Quanto maior o suporte social da família e amigos a criança tiver, menor a probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos e melhor capacidade de gerir as emoções.

A literatura referente à perturbação depressiva é vasta, contudo, a bibliografia relacionada especificamente com a sintomatologia depressiva em crianças pré-adolescentes, factores de risco e de proteção, revela-se ainda bastante escassa. A pertinência desta investigação funda-se, assim, na carência de estudos que envolvem a interação entre todas as variáveis nessa faixa etária.

Desta forma, o estudo e os seus resultados pretendem constituir um contributo relevante para a Psicologia, ao demonstrar que a qualidade das relações sociais e a capacidade de regulação emocional são elementos-chave na prevenção e na intervenção precoce dos sintomas depressivos em idade pré-adolescente.

Por fim, acredita-se que este estudo possa não só enriquecer a produção científica no campo da saúde mental infantil, como também consciencializar famílias, profissionais e educadores para a importância de promover redes de apoio sólidas e competências emocionais desde as primeiras fases do desenvolvimento. A construção de

contextos protetores para a saúde mental das crianças (em idade precoce) é, atualmente, uma responsabilidade partilhada entre ciência, sociedade e política pública – e é nesse compromisso que este trabalho se insere.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Climepsi.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Antunes, H. M., Campos, C. J. G., Lima, G. M. P. A., & Ferraz, I. L. G. (2016). Statements and beliefs of family face of treatment of depressive disorder in childhood: Qualitative study. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(2), 157-166. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160016>
- Assis, D., Moreira, L. V., & Fornasier, R. (2021). Bronfenbrenner's bioecological theory: The influence of proximal processes on the social development of children. *Research, Society and Development*, 10(10). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263>
- Banks, D. M., & Weems, C. F. (2014). Family and peer social support and their links to psychological distress among hurricane exposed minority youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 341-352. <https://doi.org/10.1037/ort0000006>
- Beauchaine, T. P., & Hinshaw, S. P. (Eds.). (2017). *Child and adolescent psychopathology* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-24.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Beveren, L. M. V., Harding, K., Beyers, W., & Braet, C. (2017). Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptative emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 1-24. <https://doi.org/10.1111/bjc.12151>
- Bhering, E. (2008). *Iniciativas compartilhadas para a infância: Crescendo na família e nas instituições de educação infantil*. [Relatório de Pesquisa – FAPERJ].
- Blakely-McClure, S. J., & Ostrov, J. M. (2016). Relational aggression, victimization and self-concept: Testing pathways from middle childhood to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 376-390. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0357-2>
- Borges, L., & Pacheco, J. T. B. (2018). Depressive symptoms, emotional self-regulation and family support: A study with children and adolescents. *Interdisciplinary Studies in Psychology*, 9(3), 132-148. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp132>
- Bould, H., Psych, M. R. C., Araya, R., Pearson, R. M., Stapinski, L., Carnegie, R., & Joinson, C. (2014). Association between early temperament and depression at 18 years. *Depression and Anxiety*, 31(9), 729-736. <https://doi.org/10.1002/da.22294>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.) *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-018>
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecology of Human Development: Making human beings more human*. Artmed.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.) *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). John Wiley & Sons, Inc.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 359-369.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.08.006>
- Bukya, T. N., & Rao, S. F. (2022). Developmental characteristics of children and adolescents: Physical, cognitive, emotional and social aspects. *Journal of Positive School Psychology*, 6(11), 866-875.
<https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/14059>

- Carvalho, T. C. F., Teixeira, Z. D., Vilela, P. R., & dos Santos, J. P. (2021). Childhood depression and the educator on stage. *Research, Society and Development*, 10(17), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24633>
- Castanho, M. G. (2005). *À descoberta da pré-adolescência: O desenvolvimento físico e psicológico e o universo da leitura*. Livros Horizonte.
- Chand, S. P., & Arif, H. (2023). Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613597/>
- Chiu, T. F., Yu, T. M., Chuang, Y. W., Sun, K. T., Li, C. Y., Su, Y. C., & Kao, C. H. (2019). Sequential risk of depression in children born prematurely: A nationwide population-based analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.019>
- Chorot, P., Valiente, R. M., Magaz, A. M., Santed, M. A., & Sandin, B. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: The mediational role of attachment. *Psychiatry Research*, 253, 287-295. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.015>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple correlation/regression analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative

review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991.

<https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). Covid-19 impacts on child and youth anxiety and depression: Challenges and opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 688-691.

<https://doi.org/10.1177/0706743720935646>

Coutinho, M. B., & Macedo, C. L. (2020). Tratamento da depressão infantil: Atuação multiprofissional do psicólogo e do farmacêutico. *Temas em Saúde*, 20(1), 428-450. <https://doi.org/10.29327/213319.20.1-25>

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2011). Emotional regulation in children with and without symptoms of depression. *Psychological Studies (Natal)*, 16(3), 219-226.

<https://doi.org/10.1590/s1413-294x2011000300003>

Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Publicações Europa-América.

Davidoff, L. L. (2000). *Introdução à psicologia: Emoção e ajustamento*.

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. VI, pp. 553-564). Apport.

Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45-68.

<https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>

Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 47, 313-337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company.

Erikson, E. H. (1963). El problema de la identidad del yo: Traducido por May Dighiero de Ribeiro. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5(2-3).

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/453>

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. W. W. Norton & Company.

https://www.academia.edu/37327712/Erik_H_Erikson_Identity_Youth_and_Crisis_1_1968_W_W_Norton_and_Company_1

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. W. W. Norton & Company.

Eva, R., Maren, A., Malte, S., Christian, S., Ulrich, J., & Baumeister, S. E. (2014). High social support buffers the effects of 5-HTTLPR genotypes within social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 433-439. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0481-5>

Feng, X., Keenan, K., Hipwell, AE., Henneberger, AK., Rischall, MS., Butch, J., Coyne, C., Boeldt, D., Hinze, AK., & Babinski, DE. (2009). Longitudinal associations between emotion regulation and depression in preadolescent girls: Moderation by the caregiving environment. *Developmental Psychology*, 45(3), 798-808.

<https://doi.org/10.1037/a0014617>

Fernandes, E. (1990). *Psicologia da adolescência e da relação educativa*. Edições Asa.

Ferreira, W. (2020). Regulação emocional em terapia cognitivo-comportamental.

Pretextos. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 5(9), 618-639.

Finning, K., Ukoumunne, O. C., Ford, T., Danielsson- Waters, E., Shaw, L., Jager, I. R., Stentiford, L., & Moore, D. A. (2019). The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: A systematic review and

- meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 928-938.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.055>
- Gao, B., Li, K., & Zhao, M. (2022). Life events and depression among children and adolescents in Southwest China: A two-stage moderated mediation model of social support and cognitive styles. *BMC Psychiatry*, 22(819).
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04454-5>
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 467-481.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.005>
- Gilstrap, R. L., Bierman, C., & McKnight, T. R. (1992). *Improving instruction in middle schools*. Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Gonçalves, S. F., Chaplin, T. M., Turpyn, C. C., Niehaus, C. E., Curby, T. W., Sinha, R., & Ansell, E. B. (2019). Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 50, 618-630. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- Gouveia, P., Leal, I., Cardoso, J., & Nunes, A. C. (2015). Contributos para a adaptação e aferição de duas medidas de suporte social. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 386-391. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160309>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.3-26). Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>

- Guedes, F. B., Cerqueira, A., Gaspar, S., Gaspar, T., Moreno, C., & Gaspar, M. (2022). Family environment and Portuguese adolescents: Impact on quality of life and well-being. *Children*, 9(2). <https://doi.org/10.3390/children9020200>
- Gusmão, A. B., Machado, R. D. M. X., Ferreira, B. W. R. C., Duarte, L. D. S. M., Hasel, K., & Ardeil, M. (2018). Relationship of body image and emotion regulation strategies among female students. *Journal of Garmian University*, 5(3), 446-453. <https://doi.org/10.24271/garmian.382>
- Holt-Gosselin, B., Keding, T. J., Rodrigues, K., Rueter, A., Hendrickson, T. J., Perrone, A., Byington, N., Houghton, A., Miranda-Dominguez, O., Feczko, E., Fair, D. A., Joormann, J., & Gee, D. G. (2024). Familial risk for depression moderates neural circuitry in healthy preadolescents to predict adolescent depression symptoms in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 68(101400). <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2024.101400>
- Irvin, J. L. (1998). *Reading and the middle school student: Strategies to enhance literacy* (2nd ed.). Allyn & Bacon.
- Israel, A. C., Malatras, J. W., & Wicks-Nelson, R. (2021). *Abnormal child and adolescent psychology* (9th ed.). Routledge.
- Kapornai, K., & Vetró, A. (2008). Depression in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 1-7. <https://doi.org/yco.0b013e3282fb01>
- Klein, D. N., Dyson, M. W., Kujawa, A. J., & Kotov, R. (2012). Temperament and internalizing disorders. In M. Zentner & R. Shiner (Eds.). *Handbook of temperament* (pp. 541-561). Guilford.

- Klein, D. N., Goldstein, B. L., & Finsaas, M. C. (2017). Depressive disorders. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.). *Child and adolescent psychopathology*. Wiley.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229-237. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790140019002>
- Kwong, A. S. F., Manley, D., Timpson, N. J., Pearson, R. M., Heron, J., Sallis, H., Stergiakouli, E., Davis, O. S. P., & Leckie, G. (2019). Identifying critical points of trajectories of depressive symptoms from childhood to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 815-827. <https://doi.org/10.1007/s10964018-0976-5>
- LaMontagne, L. G., Diehl, D. C., Doty, J. L., & Smith, S. (2022). The mediation of family context and youth depressive symptoms by adolescent emotion regulation. *Youth & Society*, 55(3), 552-580. <https://doi.org/10.1177/0044118X211067266>
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151-1165. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00464>
- Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., & Platt, B. (2018). Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 60, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.009>
- Loevaas, M. E. S., Domingo, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S. P., Holen, S., & Reinfjell, T. (2018). Emotion regulation and its relation to

symptoms of anxiety and depression in children aged 8–12 years: Does parental gender play a differentiating role? *BMC Psychology*, 6(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0255-y>

Malini Turner (2024). Neurobiological and psychological factors to depression.

International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 28(2), 114-127.

<https://doi.org/10.1080/13651501.2024.2382091>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.

Mascia, M. L., Langiu, G., Bonfiglio, N. S., Penna, M. P., & Cataudella, S. (2023).

Challenges of preadolescence in the school context: A systematic review of protective/risk factors and intervention programmes. *Education Sciences*, 13(2), 1-

24. <https://doi.org/10.3390/educsci13020130>

Mckillop, A. B., Carroll, L. J., Allyson, J. C., & Battié, M. C. (2017). The relationship between social support and depression in patients with chronic low back pain.

Disability and Rehabilitation, 39(15), 1482-1488.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1202335>

Monteiro, P. (2014). Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 305-308).

LIDEL.

Oexle, N., & Sheehan, L. (2020). Perceived social support and mental health after

suicide loss. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(1),

65-69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000594>

Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From teenager to young manhood: A psychological study*. Basic Books.

- Olino, T. M., Klein, D. N., Dyson, M. W., Rose, S. A., & Durbin, C. E. (2010). Temperamental emotionality in preschool-aged children and depressive disorders in parents: Associations in a large community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 468-478. <https://doi.org/10.1037/a0020112>
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child and Adolescent Health, 4*(8), 634-640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell'Aglia, D. D. (2018). Relações entre violência, clima familiar e transtornos mentais na adolescência. *Revista Interinstitucional de Psicologia, 11*(1), 109-122. <https://doi.org/10.36298/gerais2019110109>
- Piaget, J. (1975). *A psicologia da criança*. Edições 70.
- Piaget, J. (1977). A psicologia. In B. P. Campos (Coord.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (Vol. I). Universidade Aberta.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*(1). <https://doi.org/10.1007/bf00898416>
- Raffagnato, A., Angélico, C., Fasolato, R., Sale, E., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2023). Parental bonding and children's psychopathology: A transgenerational view point. *Children, 8*(11), 10-12. <https://doi.org/10.3390/children811012>
- Rao, U., & Chen, L. I. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 1*, 45-62. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/urao>
- Raposo, B., & Francisco, R. (2022). Emotional (dys) regulation and family environment in (non) clinical adolescents' internalizing problems: The mediating role of well-

being. *Frontiers in Psychology*, 13, 703-762.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.703762>

Reza, R. H., Hamid, A., Hassanzadeh, K. A., Narges, M., Awat, F., Mahshid, T., & Peyman, A. (2014). What's the role of perceived social support and coping Styles in depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(10), 944-949. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4274570/>

Rodrigues, G. C. R., & Delfino, D. (2022). Family dynamics and childhood depression: An analysis of signs, risk factors and psychotherapeutic interventions at school age. *Research, Society and Development*, 12(12), 2525-3409.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v12i12.43982>

Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>

Sacrey, L. A. R., Raza, S., Armstrong, V., Brian, J. A., Kushki, A., Smith, I. M., & Zwaigenbaum, L. (2021). Physiological measurement of emotion from infancy to preschool: A systematic review and meta-analysis. *Brain and behavior*, 11(2). <https://doi.org/10.1002/brb3.1989>

Santos, J. M., de Souza, J. F., Ribeiro, C. L., Esmeraldo, J. D. A., do Nascimento, S. M. M., & Nascimento, P. A. C. (2021). Risk factors for child depression. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(67), 6839-6850. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6839-6850>

Sarkis, A. (2007). A inserção de crianças pequenas na educação infantil: Um estudo sobre a perspectiva dos pais. In *Anais da 30ª Reunião Annual da ANPED* (CD-

ROM). Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED).

Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Cafffieri, B. T., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 261-276.
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>

Schneiders, J., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Feron, F. J., Van Os, J., & deVries, M. W. (2006). Mood reactivity to daily negative events in early adolescence: Relationship to risk for psychopathology. *Developmental Psychology*, 42(3), 543-554. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.543>

Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2012). *O cérebro da criança: 12 estratégias revolucionárias para nutrir a mente em desenvolvimento do seu filho e ajudar a sua família a prosperar*. Editora Gente.

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869-1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>

Siener, S., & Kerns, K. A. (2011). Emotion regulation and depressive symptoms in preadolescence. *Child Psychiatric Human Development*, 43(3), 414-430.
<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0274-x>

Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, development and psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.). *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp. 75-91).
https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4163-9_5

- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
- Taquet, M., Quoidbach, J., Fried, E. I., & Goodwin, G. M. (2021). Mood homeostasis before and during the coronavirus disease 2019 (covid-19) lockdown among students in the netherlands. *JAMA Psychiatry*, 78(1), 110-112. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2389>
- Tartaro, G. K., Baptista, M. N., & Raad, A. J. (2024). Social and family support, emotional dysregulation and depression: Associations and pathways. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 41, 210-138. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e210138>
- UNRIC. (n.d.). *Juventude*. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/juventude/>
- Volkaert, B., Wante, L., Wiersema, J. R., & Braet, C. (2024). Depressive symptoms in early adolescence: The dynamic interplay between emotion regulation and affective flexibility. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1165995>
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman, Eds. & Trans.). Harvard University Press.

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017).

School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systemic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 51, 30-47.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>

Yu, T., Hu, J., Zhang, W., Zhang, L., & Zhao, J. (2022). Psychological maltreatment and depression symptoms among Chinese adolescents: A multiple mediation model.

Child Abuse & Neglect, 134, 105940.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105940>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The

multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality*

Assessment, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to

emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of*

Behavioral Development, 38(2), 182-194.

<https://doi.org/10.1177/0165025413515405>

Anexos

Anexo A – Autorização para Utilização das Escalas

a) Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes

De: Filipa Viseu Ferreira <filipaviseuferreira@gmail.com>

Date: terça, 12/12/2023 à(s) 15:23

Subject: Consentimento para aplicação da ERQ-CA

To: <misa@psicologia.ulisboa.pt>

Boa tarde Professora Doutora Isabel,

Eu, Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, encontro-me a elaborar um projeto de investigação, sob a orientação da Professora Doutora Joana Gonçalves. Pretendo estudar a depressão na amostra de crianças e aplicar a ERQ-CA - Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes. Por conseguinte, venho por este meio solicitar o seu consentimento para aplicar o questionário ERQ-CA.

Com os melhores cumprimentos, agradeço a atenção dispensada

De: Isabel Sá <misa@psicologia.ulisboa.pt>

Date: quinta, 21/12/2023 à(s) 12:35

Subject: Re: Consentimento para aplicação da ERQ-CA

To: Filipa Viseu Ferreira <filipaviseuferreira@gmail.com>

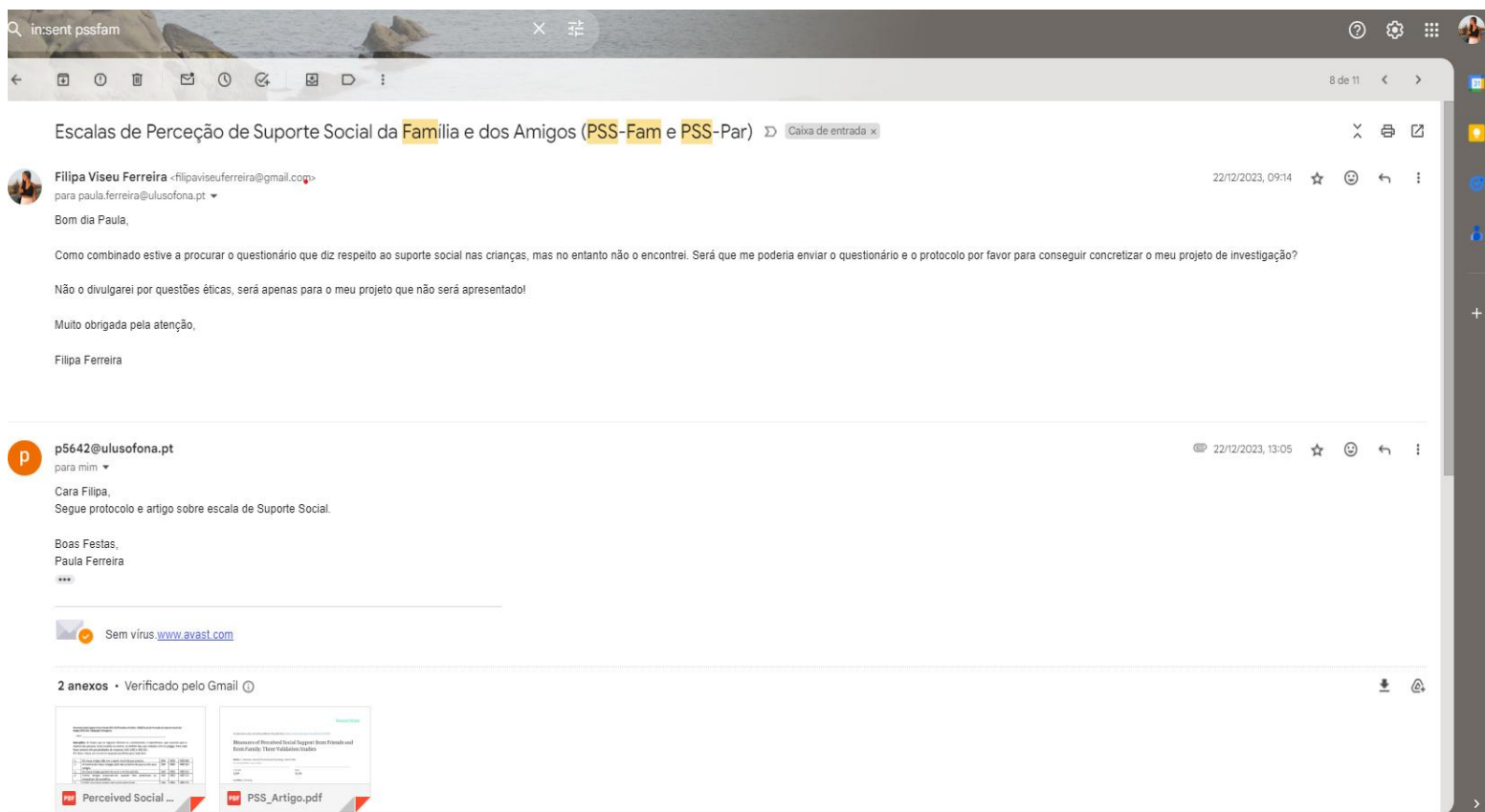
Bom dia Filipa,

Tem o meu consentimento para aplicar o ERQ-CA no seu trabalho.

Votos de bom trabalho e Boas Festas,

Isabel Sá

b) Escala de Percepção de Suporte Social da Família e Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos



Anexo B – Instrumentos aplicados à amostra

a) Questionário Sociodemográfico e clínico

É muito importante que leias atentamente e respondas a todas as perguntas. Não existem respostas certas nem erradas.

ID: _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo

(1) Feminino

(2) Masculino

(3) Outro: _____

(4) Prefiro não responder

3. Qual a tua Nacionalidade?

(1) Portuguesa

(2) Estrangeira, indique o país: _____

4. Onde moras?

(1) Lisboa

(2) Outra, indica qual: _____

5. Com quem vives?

(1) Mãe

(2) Pai

(3) Mãe e Pai

(4) Mãe, pai e irmã/ão

(5) Outros _____

6. Tens irmãos?

- (1) Sim
- (2) Não

7. Número de irmãos: _____

8. Quais são os teus principais interesses? _____

9. O que costumavas fazer nos teus tempos livres (podes seleccionar mais do que uma opção)?

- (1) Estar com os amigos
- (2) Estar com a família
- (3) Ir ao cinema
- (4) Ler
- (5) Ouvir música e ir a concertos
- (6) Visitar museus, exposições, galerias de arte
- (7) Fazer desporto
- (8) Dançar
- (9) Desenhar, pintar, fotografia e artes manuais
- (10) Passear ao ar livre, praia, piscina
- (11) Ver televisão, ver filmes
- (12) Estar sozinho (a)
- (13) Conhecer sítios novos
- (14) Ver lojas, fazer compras
- (15) Outro

10. Os teus pais estão:

- (1) Casados
- (2) Separados/Divorciados
- (3) Outra Situação _____

11. Tens uma boa relação com a tua mãe?

- (1) Sim
- (2) Muito boa
- (3) Normal
- (4) Não

12. Tens uma boa relação com o teu pai?

- (1) Sim
- (2) Muito boa
- (3) Normal
- (4) Não

13. Sabes qual é a profissão do teu pai? Se sim, qual

14. Sabes qual é a profissão da tua mãe? Se sim, qual

15. Praticas alguma atividade extracurricular? Se sim, qual?

Muito obrigada, pela tua colaboração e disponibilidade! 😊

b) Inventário de Depressão para Crianças (CDI)

CDI

(Kovacs, 1985)

(Versão portuguesa: Marujo, 1994)

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros. Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que **melhor** te descreve nas **últimas duas semanas**. Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o grupo seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Escolhe a frase que identifique como te tens sentido recentemente. Põe uma cruz ☒ na tua resposta.

Abaixo vais encontrar um exemplo para ajudar-te a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que melhor te descreve nas últimas duas semanas.

Exemplo:

- ☐ Leio livros muitas vezes.
- ☐ Leio livros de vez em quando.
- ☐ Nunca leio livros.

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve melhor nas últimas duas semanas.

1. ☐ Estou triste de vez em quando. ☐ Estou triste muitas vezes. ☐ Estou triste o tempo todo.	2. ☐ Nunca nada me vai correr bem. ☐ Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem. ☐ As coisas vão-me correr bem.
3. ☐ Faço quase tudo bem. ☐ Faço muitas coisas mal. ☐ Faço tudo mal.	4. ☐ Divirto-me com muitas coisas. ☐ Divirto-me com algumas coisas. ☐ Nada é divertido para mim.
5. ☐ Sou sempre mau (má). ☐ Sou mau (má) muitas vezes. ☐ Sou mau (má) de vez em quando.	6. ☐ De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer. ☐ Tenho receio que me aconteçam coisas más. ☐ Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis.
7. ☐ Eu detesto-me. ☐ Eu não gosto de mim. ☐ Gosto de mim.	8. ☐ Sou culpado(a) de tudo o que acontece de mau. ☐ Muitas coisas más acontecem por minha causa. ☐ As coisas más não costumam ser culpa minha.

9. ☐ Não penso em matar-me. ☐ Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei. ☐ Quero matar-me.	10. ☐ Tenho vontade de chorar todos os dias. ☐ Tenho vontade de chorar muitas vezes. ☐ De vez em quando tenho vontade de chorar.
11. ☐ Tudo me aborrece imenso. ☐ Aborreço-me muitas vezes. ☐ Aborreço-me de vez em quando.	12. ☐ Gosto de estar com pessoas. ☐ Não gosto, muitas vezes, de estar com pessoas. ☐ Nunca quero estar acompanhado com pessoas.
13. ☐ Nunca consigo tomar decisões. ☐ Para mim é difícil tomar decisões. ☐ Tomo decisões com facilidade.	14. ☐ Gosto do meu aspeto. ☐ Há algumas coisas do meu aspeto que não gosto muito. ☐ Sou feio(a).
15. ☐ Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os mesmos trabalhos da escola. ☐ Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os trabalhos da escola. ☐ Não é difícil fazer o trabalho da escola.	16. ☐ Durmo mal todas as noites. ☐ Muitas noites durmo mal. ☐ Durmo sempre muito bem.
17. ☐ Sinto-me cansado(a) de vez em quando. ☐ Sinto-me cansado(a) muitas vezes. ☐ Sinto-me sempre cansado(a).	18. ☐ A maioria dos dias não me apetece comer. ☐ Há muitos dias em que não me apetece comer. ☐ Como sempre bem.
19. ☐ Não me preocupo com a minha saúde. ☐ Preocupo-me muito com a minha saúde. ☐ Ando sempre preocupado com a minha saúde.	20. ☐ Não me sinto só. ☐ Sinto-me só muitas vezes. ☐ Sinto-me sempre só.
21. ☐ Nunca me divirto na escola. ☐ Divirto-me na escola de vez em quando. ☐ Divirto-me muitas vezes na escola.	22. ☐ Tenho muitos amigos (as). ☐ Tenho muitos amigos (as) mas gostava de ter mais. ☐ Não tenho amigos (as).
23. ☐ Os meus resultados escolares são bons. ☐ Os meus resultados escolares já foram melhores. ☐ Estou muito mau em disciplinas em que dantes era bom (boa).	24. ☐ Nunca vou conseguir ser tão bom (boa) como os (as) outros (as). ☐ Se eu quiser poderei ser tão bom (boa) como os (as) outros (as). ☐ Consigo ser tão bom (boa) como os (as) outros (as).
25. ☐ Ninguém gosta mesmo de mim. ☐ Não tenho a certeza se há alguém que goste de mim. ☐ Tenho a certeza de que alguém gosta de mim.	26. ☐ Costumo fazer o que me mandam. ☐ Muitas vezes não faço o que me mandam. ☐ Nunca faço o que me mandam.
27. ☐ Dou-me bem com os (as) outros (as). ☐ Ando muitas vezes em brigas. ☐ Ando sempre metido (a) em brigas.	

c) *Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA)*



ERQ-CA

Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes

Estas 10 afirmações são sobre como te sentes, e como mostras as tuas emoções e sentimentos. Algumas das afirmações podem parecer semelhantes, mas são diferentes em alguns aspectos importantes.

Por favor lê cada frase e assinala a opção que é mais verdadeira para ti. Tenta não demorar muito em nenhum dos itens. Lembra-te: isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Gostávamos de saber o que pensas.

1. Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Guardo os meus sentimentos para mim próprio (a)	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), penso em algo diferente.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. Quando estou preocupado com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
7. Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
8. Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas, mudando a forma como penso sobre elas.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
9. Quando me sinto mal (ex. triste, zangado, preocupado), tenho cuidado em não o demonstrar.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
10. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Gullone, E. & Taffe, J. (2011); versão portuguesa de Carvalho, M.; Nogueira, R.; Pratas, M & Sá, I. (2014)

d) Escala de Percepção de Suporte Social da Família (PSS-Fam)

Perceived Social Support From Family (PSS-Fam)) (Procidano & Heller, 1983)/ Escala de Percepção do Suporte Social da-Família (PSS-Fam) - Adaptação Portuguesa

Nome: _____

Instruções: As frases que se seguem referem-se a sentimentos e experiências, que ocorrem para a maioria das pessoas numa ocasião ou noutra, no âmbito das suas relações com a família de origem. Para cada frase existem três possibilidades de resposta: SIM, NÃO e NÃO SEI. Por favor coloca um círculo na resposta escolhida para cada item.

1.	A minha família dá-me o apoio moral de que preciso.	SIM	NÃO	NÃO SEI
2.	A minha família costuma dar-me boas ideias de como fazer as coisas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
3.	A maior parte das pessoas que conheço são mais próximas das suas famílias do que eu.	SIM	NÃO	NÃO SEI
4.	Quando confidencio com os meus familiares mais próximos, sinto que eles ficam desconfortáveis	SIM	NÃO	NÃO SEI
5.	A minha família gosta de ouvir a minha opinião.	SIM	NÃO	NÃO SEI
6.	As pessoas da minha família têm os mesmos interesses que eu.	SIM	NÃO	NÃO SEI
7.	Alguns dos meus familiares procuram-me quando têm problemas ou precisam de conselhos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
8.	Confio na minha família para me dar apoio emocional.	SIM	NÃO	NÃO SEI
9.	Existe um membro da minha família a quem posso recorrer quando me sinto em baixo, sem me sentir estranho mais tarde.	SIM	NÃO	NÃO SEI
10.	Eu e a minha família temos uma forma muito aberta de pensar sobre as coisas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
11.	A minha família é sensível às minhas necessidades pessoais.	SIM	NÃO	NÃO SEI
12.	Algumas pessoas da minha família procuram-me para terem apoio emocional.	SIM	NÃO	NÃO SEI
13.	A minha família ajuda-me a resolver os meus problemas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
14.	Eu tenho uma relação de grande proximidade com um número significativo de membros da minha família.	SIM	NÃO	NÃO SEI
15.	Os meus familiares têm boas ideias de como fazer as coisas da melhor maneira para mim.	SIM	NÃO	NÃO SEI
16.	Sinto-me desconfortável quando conto algumas coisas a pessoas da minha família.	SIM	NÃO	NÃO SEI
17.	Os meus familiares procuram a minha companhia.	SIM	NÃO	NÃO SEI
18.	Acho que as pessoas da minha família sentem que sou bom (boa) a ajudá-los a resolver problemas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
19.	Não tenho uma relação próxima a um membro da minha família, como outras pessoas têm.	SIM	NÃO	NÃO SEI
20.	Desejava que a minha família fosse muito diferente.	SIM	NÃO	NÃO SEI

e) Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos (PSS-Fr)

Perceived Social Support From Friends (PSS-Fd) (Procidano & Heller, 1983)/Escala de Percepção do Suporte Social-dos Amigos (PSS-Am)- Adaptação Portuguesa

Nome: _____

Instruções: As frases que se seguem referem-se a sentimentos e experiências, que ocorrem para a maioria das pessoas numa ocasião ou noutra, no âmbito das suas relações com os amigos. Para cada frase existem três possibilidades de resposta: SIM, NÃO e NÃO SEI.

Por favor coloca um círculo na resposta escolhida para cada item.

1.	Os meus amigos dão-me o apoio moral de que preciso.	SIM	NÃO	NÃO SEI
2.	A maioria dos meus colegas está mais próxima do que eu dos seus amigos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
3.	Os meus amigos gostam de ouvir a minha opinião.	SIM	NÃO	NÃO SEI
4.	Certos amigos procuram-me quando têm problemas ou necessitam de conselhos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
5.	Confio nos meus amigos para apoio emocional.	SIM	NÃO	NÃO SEI
6.	Se eu sentisse que um ou mais dos meus amigos estivessem chateados comigo, eu guardaria isso para mim mesmo(a).	SIM	NÃO	NÃO SEI
7.	Sinto que estou um pouco à parte no meu grupo de amigos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
8.	Existe um amigo(a) a quem posso recorrer quando me sinto em baixo, sem me sentir envergonhado sobre isso mais tarde.	SIM	NÃO	NÃO SEI
9.	Eu e os meus amigos temos uma forma muito aberta de pensar sobre as coisas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
10.	Os meus amigos preocupam-se com as minhas necessidades pessoais.	SIM	NÃO	NÃO SEI
11.	Os meus amigos recorrerem a mim para apoio emocional.	SIM	NÃO	NÃO SEI
12.	Tenho um relacionamento profundo de partilha com vários amigos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
13.	Os meus amigos ajudam-me a resolver os meus problemas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
14.	Os meus amigos têm boas ideias de como fazer as coisas da melhor maneira para mim.	SIM	NÃO	NÃO SEI
15.	Sinto-me desconfortável quando conto algumas coisas aos meus amigos.	SIM	NÃO	NÃO SEI
16.	Os meus amigos procuram a minha companhia.	SIM	NÃO	NÃO SEI
17.	Acho que os meus amigos sentem que sou bom(boa) a ajudá-los a resolver problemas.	SIM	NÃO	NÃO SEI
18.	Não tenho uma relação tão próxima e íntima a um amigo, como outros colegas têm.	SIM	NÃO	NÃO SEI
19.	Recentemente, percebi como é que posso fazer algo por um amigo.	SIM	NÃO	NÃO SEI
20.	Gostava que os meus amigos fossem muito diferentes.	SIM	NÃO	NÃO SEI

Anexo C – Documentos de Consentimento e Informação ao Participante

a) Folha de Informação ao Participante

No âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa, encontro-me a desenvolver o projeto de dissertação com o tema “A Saúde Mental nas Crianças: Fatores de risco e protetores” sob a orientação do Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas.

O objetivo geral do presente estudo passou por analisar a prevalência de sintomas depressivos em crianças pré-adolescentes e investigar a sua relação com a regulação emocional e a perceção de suporte social da família e dos amigos, bem como explorar eventuais diferenças nestas variáveis em função do género e da idade. A implicação do trabalho consiste no preenchimento de um questionário sociodemográfico e de quatro questionários relativos ao tema.

A participação neste estudo é de carácter totalmente voluntário, podendo recusar-se a participar ou a desistir em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo, garantindo desta forma a autonomia do participante, assim como o seu anonimato.

Os resultados obtidos são estritamente confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a fins de investigação.

Durante o preenchimento dos questionários, estou inteiramente disponível para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir.

Poderá, se assim o desejar, ter conhecimento dos principais resultados do presente estudo através do endereço filipaviseuferreira@gmail.com ou telefone (927183751). Se tiver interesse, deixe o seu email no final deste documento e ser-lhe-á entregue uma súmula dos mesmos (de forma global e não individualizada).

Muito obrigada, pela sua colaboração e disponibilidade!

Filipa Ferreira

b) Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____,
encarregado de educação de/a _____,
autorizo que o meu educando participe na investigação sobre o tema “A Saúde Mental nas Crianças: Fatores de risco e protetores” no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa.

Declaro que tomei conhecimento que:

- a) Li e compreendi o conteúdo do consentimento informado, tendo-me sido dada a oportunidade de esclarecer dúvidas;
- b) A participação do meu educando no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo ou a recusar-se a participar no presente estudo;
- c) Os resultados serão divulgados dentro das condições que foram apresentadas, e que autorizo que os mesmos sejam utilizados para o estudo de investigação.
- d) Em caso de dúvidas acerca do estudo, devo contactar a responsável através do correio eletrónico, podendo ter conhecimento dos resultados da investigação.

Local, e data: Lisboa, ... / /

Assinaturas

O/A encarregado/a.

A investigadora (Filipa Coelho Menano Viseu Ferreira)

Anexo D – Caracterização Sociodemográfica das Crianças

Tabela 22

Caracterização Sociodemográfica das Crianças (Cont.)

Variável	n (%)
Quais os teus interesses?	180 (100.0)
Estar com os amigos	21 (11.8)
Estar com a família	23 (13.0)
Ir ao Cinema	9 (5.2)
Ler	12 (6.6)
Ouvir música e ir a concertos	8 (4.6)
Visitar museus, exposições, galerias de arte	4 (2.1)
Fazer desporto	19 (10.5)
Dançar	8 (4.4)
Desenhar, pintar, fotografia e artes manuais	13 (7.4)
Passear ao ar livre, praia, piscina	15 (8.4)
Ver televisão, ver filmes	19 (10.5)
Estar sozinho/a	3 (1.7)
Conhecer sítios novos	9 (4.7)
Ver lojas, fazer compras	15 (8.0)
Outo	2 (1.0)

Tabela 23

Caracterização sociodemográfica das crianças (Cont.)

Variáveis	n (%)
Os teus pais são/estão?	180 (100.0)
Casados	118 (65.6)
Juntos	53 (29.4)
Separados/Divorciados	9 (5.0)
Tens uma boa relação com a tua Mãe?	180 (100.0)
Sim	31 (17.2)
Muito boa	136 (75.6)
Normal	13 (7.2)
Tens uma boa relação com o teu Pai?	180 (100.0)
Sim	20 (11.1)
Muito boa	136 (75.6)
Normal	14 (7.8)
Não	10 (5.5)

Tabela 24*Caracterização sociodemográfica das crianças (Cont.)*

Variáveis	n (%)
Profissão do Pai	180 (100.0)
Advogado	5 (2.8)
Agente de Seguros	4 (2.2)
Arquiteto	6 (3.2)
Bancário	3 (1.7)
Construção	7 (3.9)
Contabilidade	3 (1.7)
Eletricista	3 (1.7)
EMEL	6 (3.2)
Empresário	24 (13.3)
Engenheiro	27 (15.0)
Estilista	1 (.6)
Gestor	12 (6.7)
GNR	3 (1.7)
Consultor imobiliário	3 (1.7)
Informático	11 (6.1)
Jornalista	3 (1.7)
Militar	4 (2.2)
Piloto	3 (1.7)
Polícia	5 (2.8)
Professor	4 (2.2)
Segurança	4 (2.2)
Serralheiro	3 (1.7)
N/S	36 (20.0)

Tabela 25*Caracterização sociodemográfica das crianças (Cont.)*

Variáveis	n (%)
Profissão da Mãe	180 (100.0)
Advogada	11 (6.1)
Arquiteta	4 (2.2)
Assistente Dentária	3 (1.7)
Assistente Social	9 (5.0)
Auditora Financeira	3 (1.7)
Bancária	8 (4.4)
Cabeleireira	4 (2.2)
Consultora Imobiliária	2 (1.1)
Contabilista	16 (8.9)
Cozinheira	3 (1.7)
Desempregada	1 (.6)
Diretora	13 (7.2)
Empresária	16 (8.9)
Estudos de Mercado	1 (.6)
Farmacêutica	8 (4.4)
Fisioterapeuta	4 (2.2)

Médica	12 (6.7)
Professora	12 (6.7)
Project Manager	4 (2.2)
Psicóloga	2 (1.1)
RH	8 (4.4)
Técnico de Turismo	3 (1.7)
Trabalha no Gás	2 (1.1)
N/S	31 (17.2)

Tabela 26

Caracterização sociodemográfica das crianças (Cont.)

Variáveis	n (%)
Práticas alguma atividade extracurricular	180 (100.0)
Ballet	5 (2.8)
Basquetebol	17 (9.4)
Capoeira	3 (1.7)
Centro de Estudos	5 (2.8)
Dança	17 (9.4)
Escalada	2 (1.1)
Natação	45 (25.0)
Futebol	37 (20.5)
Ginástica	2 (1.1)
Ioga	9 (5.0)
Patinagem	5 (2.8)
Ténis	7 (3.9)
Sim	1 (.6)
Nada	25 (13.9)