

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AS EXPRESSÕES VIVENCIAIS E COMPORTAMENTAIS DA ANSIEDADE
EM ADOLESCENTES: FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO
RISCO E À PROTEÇÃO FACE À PSICOPATOLOGIA**

Mafalda Pitta da Cunha Calçada Estrela

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AS EXPRESSÕES VIVENCIAIS E COMPORTAMENTAIS DA ANSIEDADE
EM ADOLESCENTES: FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO
RISCO E À PROTEÇÃO FACE À PSICOPATOLOGIA**

Mafalda Pitta da Cunha Calçada Estrela

Dissertação orientada pela Professora Doutora Rosa Ferreira Novo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2018

Agradecimentos

À Professora Doutora Rosa Ferreira Novo pela sua disponibilidade, empenho e apoio incondicional, pela preciosa ajuda, com rigor e assertividade, pelas muitas sugestões e conhecimentos transmitidos. Obrigada por me ter feito crescer e por tanta aprendizagem!

Às escolas e aos adolescentes participantes neste estudo, que tornaram este trabalho possível.

Aos meus pais, obrigada por viverem comigo cada momento desta caminhada, sofrendo e vibrando. Sempre disponíveis, sempre companheiros, sempre com muito amor ao meu lado.

Ao meu irmão por estar sempre comigo e por ter sido um incentivo de força durante esta “viagem”.

Aos meus amigos da faculdade por me terem acompanhado durante estes cinco anos, tendo enriquecido a minha vida de uma forma tão significativa.

À restante família e amigos com quem convivo e me apoiam.

Resumo

A adolescência é uma fase importante de desenvolvimento, associada a novas necessidades e vulnerabilidades.

O estudo realizado teve por objetivo analisar fatores psicossociais, pessoais e contextuais, associados a diferentes níveis de sintomatologia ansiosa e de vulnerabilidade clínica em adolescentes portugueses. De carácter transversal, seguiu uma metodologia diferencial e correlacional a partir dos dados de uma amostra de 371 participantes com idades entre os 14 e os 19 anos, de ambos os sexos. Como instrumentos de recolha foram utilizados o *Youth Self Report*, pertencente à bateria ASEBA, e um *Questionário Psicossocial* elaborado para este estudo.

A análise de resultados das medidas finais do YSR indica diferenças quanto ao sexo dos adolescentes: relativamente aos rapazes, as raparigas reportam comportamentos e vivências compatíveis com níveis mais elevados de *Ansiedade/Depressão* e de *Queixas Somáticas*. Ao nível das idades não se verificaram diferenças significativas em nenhuma das medidas do YSR. A análise dos dados sugere que o *Cluster Ansiedade/Depressão* representa maioritariamente a ansiedade, que se mostra associada a todos os tipos de problemas identificados pelo YSR e à vulnerabilidade à psicopatologia em geral.

Os adolescentes que apresentaram níveis elevados de *Ansiedade/Depressão* e de *Vulnerabilidade Psicopatológica* revelaram estar menos satisfeitos com as relações interpessoais e com a vida nos diferentes contextos, designadamente familiar e escolar. Os *conflitos familiares*, as *dificuldades financeiras* na família, a *relação com o pai*, a *satisfação nas relações de amizade* e a *vivência atual de uma situação difícil* revelaram-se preditores da condição clínica, tal como a *satisfação na escola* se revelou um importante fator de proteção. A *perceção pessoal global*, quando conjugada com os fatores contextuais, demonstrou ser a mais relevante na predição da condição clínica, evidenciando que fatores individuais, especialmente a avaliação que o adolescente faz de si próprio, têm um papel fundamental na saúde mental dos adolescentes.

Na discussão analisam-se os resultados considerando potenciais fatores de risco e proteção e considera-se a hipótese de a ansiedade se constituir como uma dimensão transversal a toda a psicopatologia.

Palavras-Chave: Adolescentes, Ansiedade, Fatores psicossociais de risco; Fatores Psicossociais de proteção, *Youth Self Report*

Abstract

Adolescence is an important phase of development, related to new needs and vulnerabilities.

The goal of this study is to analyze psychosocial factors, personal and contextual, associated with different levels of anxious symptomatology and clinical vulnerability in Portuguese adolescents. With a transversal approach, the study followed a differential and correlate methodology, using data from a sample of 371 participants, aged between 14 and 19 years, of both sex. The *Youth Self Report*, belonging to ASEBA, and a *Psychosocial Questionnaire*, produced for this study, were used as tools for data collecting.

Analysis of the results of the final measures of YSR indicate differences concerning adolescents sex: compared to adolescents boys, girls report behavior and experiences compatible with higher levels of *Anxiety/Depression* and *Somatic Complaints*. Regarding age no significant differences occurred in any of YSR measures. Data analysis suggests that the *Anxiety/Depression Cluster* mainly represents anxiety, which is associated with all kind of problems identified by YRS and with vulnerability to general psychopathology.

Adolescents who presented higher levels of *Anxiety/Depression* and *Psychopathological Vulnerability* showed less satisfaction with interpersonal relations and with life in its various contexts, namely familial and scholar. *Family conflicts*, *financial difficulties* within the family, *the relation with the father*, *satisfaction in friendship relations* and *living a difficult situation in the present* proved to be predictors of the clinical situation, such as *satisfaction in school* that showed to be an important protective factor. The *global personal perception*, when combined with contextual factors, proved to be the most relevant predictor of the clinic condition, putting in evidence that individual factors, especially the adolescent self evaluation, have an important role regarding the adolescents' mental health.

In the discussion the results are analyzed considering potential factors of risk and protection and it is considered the hypothesis that anxiety constitutes itself as a transversal dimension to all psychopathologies.

Keywords: Adolescents, Anxiety, Risk psychosocial factors, Protective psychosocial factors, *Youth Self Report*

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. A Adolescência	2
1.2. A sintomatologia ansiosa e a vulnerabilidade à patologia	4
1.3. O desenvolvimento humano: fatores de risco e de proteção	8
2. Metodologia	13
2.1. Objetivos	13
2.2. Mapa de Investigação	13
2.3. Participantes	14
2.4. Instrumentos	16
2.5. Procedimentos	18
3. Apresentação e Análise dos dados	20
4. Discussão	30
Conclusão	33
Investigações futuras	34
Referências	36

Índice de Figura

Figura 1 – Mapa de Investigação.....	14
--------------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	15
Quadro 2 – Caracterização Sociodemográfica dos Pais dos Adolescentes da Amostra em Estudo.....	15
Quadro 3 – Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Sexo.....	21
Quadro 4 – Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Grupos de Idade.....	21
Quadro 5 – Correlações (Spearman) entre Ansiedade/Depressão e outras Medidas do YSR.....	22
Quadro 6 – Estatística Descritiva dos Itens do Cluster de Ansiedade/Depressão e Análise de Variância por Sexo e Grupos de Idade.....	22
Quadro 7 – Estatística Descritiva dos Dados do QP.....	24
Quadro 8 – Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Família e medidas do YSR.....	25
Quadro 9 – Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Família.....	26
Quadro 10 – Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Escola e medidas do YSR.....	26
Quadro 11 – Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Escola.....	26
Quadro 12 – Correlações (Spearman) entre Variável da Categoria Relações Interpessoais e Medidas do YSR.....	27
Quadro 13 – Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas às Relações Interpessoais.....	27
Quadro 14 – Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Saúde e medidas do YSR.....	28
Quadro 15 – Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Saúde.....	28

Quadro 16 – Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas aos Acontecimentos de Vida Significativos.....	28
Quadro 17 – Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Perceção Pessoal e medidas do YSR	29
Quadro 18 – Regressão da Condição Clínica a partir de um conjunto de Variáveis	29

Anexos

Anexo A – Questionário Psicossocial

Anexo B – Pedido de autorização às escolas

Anexo C – Consentimento Informado

Anexo D – Informação aos participantes

Introdução

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por importantes transformações a diversos níveis, designadamente do físico ao comportamental, ao social, ao cognitivo e ao emocional.

Este estudo tem por foco a sintomatologia ansiosa nos adolescentes, não apenas a ansiedade como sintoma clínico, mas a ansiedade como indicador de problemas de internalização e, à luz do modelo proposto por Patalay, Fonagy, Deighton, Belsky, Voltasnis e Wolpert (2015), como potencial indicador de vulnerabilidade psicopatológica em geral. Procura-se identificar, numa amostra de adolescentes portugueses, fatores psicossociais associados às múltiplas expressões vivenciais e comportamentais da sintomatologia ansiosa, de modo a identificar potenciais fatores ou situações de proteção e de risco psicopatológico.

Tendo como ponto de partida a revisão da literatura sobre as vulnerabilidades do desenvolvimento na adolescência, e particularmente sobre a ansiedade, são identificados os estudos empíricos que analisam fatores psicossociais diversos, de natureza individual, familiar ou social/ambiental, que interagem entre si no sentido de favorecer ou proteger os jovens de um percurso psicopatológico.

A compreensão do desenvolvimento humano, num sentido amplo, é considerada a partir da teoria de Bronfenbrenner (1993) sobre o sistema bioecológico em que o homem se insere, com destaque para a permanente interação dos subsistemas pessoais e contextuais, teoria que serve de referência base à articulação e integração dos múltiplos fatores e dimensões envolvidos nesta temática.

Para a prossecução deste estudo os dados foram obtidos através de um questionário psicossocial relativo à perceção dos adolescentes sobre si próprios, sobre as suas relações e contextos de vida, bem como através da *checklist* do *Youth Self Report*, na versão portuguesa, que permite elencar comportamentos-problema e atributos pessoais positivos vivenciados nos últimos seis meses.

Os dados obtidos foram analisados numa perspetiva diferencial e correlacional, considerando o potencial impacto das dimensões pessoais e contextuais no nível e tipo de sintomatologia clínica e a relação da sintomatologia ansiosa e da problemática da internalização com a vulnerabilidade psicopatológica.

O presente estudo pretende, em última análise, contribuir para aprofundar o conhecimento empírico sobre alguns dos fatores pessoais, familiares e escolares associados à sintomatologia ansiosa e à vulnerabilidade psicopatológica em adolescentes portugueses.

1. Enquadramento Teórico

1.1. A Adolescência

Adolescência, do latim *adolescere* que significa “crescer para” (Becker, 1994), é uma fase de importante crescimento físico e desenvolvimento psicológico e social, associada a novas necessidades, dúvidas, incertezas e riscos (Braconnier, 2002) inerentes ao ‘novo mundo’ de vivências pessoais e psicossociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), a adolescência (*adolescents*) é considerada entre os 10 e os 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas considera o período entre os 15 e os 24 anos que designa como *youth* (Eisenstein, 2005). A dificuldade em estabelecer marcos específicos levou Smetana, Campione-Barr e Metzger (2006) a considerarem que a adolescência tem um período inicial, aproximadamente entre os 10 e os 13 anos, um período intermédio, dos 14 aos 17 anos, e um final, de transição para a idade adulta, a partir dos 18 anos e até cerca dos 20 anos.

A adolescência comporta a maturação sexual e o acesso ao pensamento abstrato, como principais marcos do período inicial, seguindo-se a consolidação do desenvolvimento cognitivo e de novas formas de pensar, de agir e interagir com o meio físico e social. No período final da adolescência o processo de construção da identidade ganha novo ímpeto, considerando-se que este é o período por excelência de formação de uma identidade própria, com sentido de unidade e de continuidade ao longo do tempo (Erikson, 1980).

Na fase da adolescência ocorre também uma importante evolução ao nível social (Lourenço, 2002a), fase de interiorização de normas e expectativas sociais, de reflexão sobre questões morais de acordo com o que é socialmente aceite e partilhado, cumprindo os deveres e reclamando os direitos, respeitando a ordem estabelecida, ocorrendo, por isso, um desenvolvimento da moralidade interpessoal.

Tudo isto confere ao adolescente capacidades não só de pensar sobre temas abstratos relativos a ideias filosóficas, a ideais, a sentimentos e a valores humanos fundamentais, como também de vivenciar novas situações e experiências de vida, alargar redes e competências relacionais. Tal amplia as capacidades para avaliar e escolher alternativas, sendo o adolescente capaz de pensar em termos mais formais, abstratos e virtuais (Lourenço, 2002b) para definir projetos de futuro, lidar com um conjunto de novos desafios, entre eles, a transição para a vida adulta e a definição da carreira profissional (Steinberg & Scott, 2003).

As amplas transformações ocorridas na adolescência podem ser consideradas como primárias e secundárias (Hill, 1980, cit. por Sprinthall & Collins, 1999). As primárias envolvem as alterações fundamentais (físicas, cognitivas e as expectativas sociais) que ocorrem

nos contextos pessoal e social próximos (família, escola e rede de pares). As secundárias são produto da interação das transformações primárias com os diversos contextos e dão origem ao desenvolvimento da identidade e da personalidade, sendo que as representações mentais ou esquemas cognitivo-afetivos desempenham um papel central na evolução e organização da personalidade (Blatt, Auerbach & Levy, 1997)

Relevantes dimensões da personalidade podem estar presentes em diversos domínios (Hill, 1980, cit. por Sprinthall & Collins, 1999) como o das relações familiares (transformação dos laços estabelecidos entre os pais e os filhos). De um período de maior dependência das figuras de vinculação, vivido desde a infância, o adolescente avança para uma maior autonomia relativamente a essas figuras (Soares, 2007). Se não houver uma boa “gestão” e adaptação por parte do adolescente a esta nova realidade, ele pode deparar-se com vários obstáculos suscetíveis de influenciarem a sua vida, de forma negativa.

A autonomia (dimensão da personalidade que identifica a iniciativa própria e confiança nas atividades realizadas) revela que nas relações familiares é importante dar espaço para que o adolescente caminhe por si próprio. O sentido de unidade e continuidade ao longo do tempo, o desejo de realização (esforço e dedicação para alcançar os objetivos) e a capacidade de estabelecer relações de intimidade (aprofundamento e alargamento da capacidade para uma autorrevelação aos outros) são algumas das conquistas fundamentais desta etapa de vida.

Segundo Lerner, Lerner, Almerigi, Theokas, Phelps, Gestsdottir e Smith (2005) na adolescência desenvolvem-se competências específicas identificadas como as cinco C: *competence* (perspetiva positiva no domínio social, cognitivo, académico e cultural), *confidence* (perceção do valor global do próprio), *connection* (estabelecimento de relações positivas), *character* (respeito pelas regras sociais e culturais) e *caring* (simpatia e empatia com os pares).

O grande desenvolvimento neuropsicológico que ocorre nesta fase de vida tem grande importância, nomeadamente na regulação emocional e comportamental (Blakemore & Mills, 2013). O desenvolvimento do córtex pré-frontal, por exemplo, amplia as possibilidades ao nível das funções executivas, da regulação emocional, da tomada de decisão e da consciência de si. Por outro lado, o sistema límbico, relacionado com as emoções, desenvolve-se mais cedo que o córtex pré-frontal, podendo, por isso, existir riscos elevados na adolescência, visto que os comportamentos podem ser conduzidos de forma mais “impulsiva” pelas emoções (Blakemore, 2012), sem o adolescente avaliar, de forma inteiramente consciente e racional, as diversas alternativas de ação (Steinberg, 2008) e reajustar o seu comportamento.

A adolescência é, assim, um período de vulnerabilidades, nomeadamente ao nível emocional e comportamental. De acordo com Steinberg (2007), a tendência para comportamentos de risco por parte dos adolescentes (e.g., beber em excesso, sexo sem contraceptivos), não se deve à irracionalidade ou à ignorância, mas ao período de vulnerabilidade que vivem, que impele a procura de emoções, não obstante a lenta maturação da rede de controlo cognitivo que regula os impulsos. Neste sentido, comportamentos de tipo delinquente e uso excessivo de substâncias serão transitórios e não perdurarão, na grande maioria dos casos, na idade adulta (Steinberg & Morris, 2001).

Porém, se os comportamentos de risco permanecerem, podem constituir um risco de psicopatologia. Há a considerar, todavia, a influência recíproca dos fatores de risco e de proteção (Cicchetti & Rogosch, 2002). A interação destes fatores, que podem ser de natureza individual, ambiental e sociocultural, vai influenciar os padrões de comportamento e estilos de vida e vai ter um papel determinante na saúde mental do adolescente.

Em suma, na adolescência ocorrem transformações físicas (sobretudo as associadas à puberdade), mudanças nos papéis, expectativas e competências sociais (na relação com os pais, amigos e outros) e evolução dos recursos cognitivos e emocionais, que permitem uma maturação física e um desenvolvimento psicológico e social decisivos para a entrada na vida adulta.

Steinberg (2005) afirma que a vulnerabilidade e a psicopatologia presentes na adolescência podem ser um reflexo da integração da emoção, da cognição e dos comportamentos vivenciados nesta fase.

A deteção precoce de sintomas de ansiedade nos adolescentes é importante para diminuir o sofrimento existente, prevenir a sua evolução e os efeitos negativos no desenvolvimento dos jovens.

1.2. A sintomatologia ansiosa e a vulnerabilidade à patologia

A ansiedade é uma emoção humana básica definida como a “antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhada por uma sensação de preocupação, sofrimento e/ou sintomas somáticos de tensão” (APA, 2013). É considerada normal quando é uma reação a situações de perigo eminente e, nesse caso, surge associada a respostas subjetivas, motoras e somáticas com uma função adaptativa face a tais situações.

A ansiedade é um construto multidimensional no que diz respeito à sua expressão e sintomatologia, visto que tem, segundo Kendall (2012), várias vertentes: a) vertente emocional (e.g. emoções intensas e desreguladas, *coping* inadaptativo face à fúria, à tristeza e

às situações preocupantes) b) vertente comportamental (e.g., evitamento e fuga, rigidez na postura, comportamentos problema), c) vertente somática/fisiológica (e.g, aumento da atividade do sistema nervoso autónomo, como tremor, sudação, alterações gastrointestinais, tonturas) e d) vertente cognitiva (e.g., pensamento antecipatórios, automáticos e de ruminação).

Por sua vez, Spielberger (1966) postula dois conceitos distintos de ansiedade: a ansiedade-estado, que se refere a um estado emocional transitório, caracterizado por sintomas num momento concreto e definido, e a ansiedade traço, que respeita a uma disposição pessoal, relativamente estável, de resposta sistematicamente ansiosa a situações do meio envolvente tidas como ameaçadoras.

Para além das teorias fisiológicas que consideram a complexidade dos sistemas, sobretudo o nervoso e o endócrino, envolvidos na emoção da ansiedade, há inúmeras teorias psicológicas explicativas da ansiedade (e.g., teorias psicanalíticas, fenomenológicas/existenciais, comportamentais, cognitivas). Elas têm em comum o facto de entenderem que a ansiedade, dentro de certos limites, é uma emoção normal e intrínseca à vida. Diferem na explicação sobre a natureza da ansiedade ao utilizarem diferentes mecanismos causais.

De acordo com Freud (1926) a ansiedade funciona como um alerta face a ameaças contra o ego, i.e., constitui um sinal sobre um perigo, real ou potencial, e um sintoma quando não existe perigo ou é intensa. Neste caso considera-se equivalente ao “medo neurótico”, tendo como origem algo inconsciente (Mowrer, 1953).

Para as teorias fenomenológicas/existenciais, a ansiedade é natural no desenvolvimento do indivíduo, não decorre de estímulos específicos, mas sim da consciência que as pessoas têm de vazio nas suas vidas. A ansiedade é entendida como uma parte integrante da experiência humana de liberdade e de consciência das possibilidades que existem na vida (Fisher, 1970, cit. por Strongman, 1995).

Nas teorias comportamentais, a ansiedade é considerada uma resposta a um estímulo específico desagradável, que surge através do processo de condicionamento. Para Hans Eysenck (1957), por exemplo, a ansiedade resulta da interação com o meio, nomeadamente através da aprendizagem (e.g., condicionamento clássico) e da hereditariedade (influyente nos traços de extroversão/introversão e do neuroticismo ou instabilidade emocional).

No âmbito do processamento de informação, Ohman (1993) desenvolveu uma teoria sobre a especificidade dos processos e comportamentos associados à ansiedade. Entende que esta surge quando, perante uma ameaça, o evitamento ou a fuga não são possíveis.

De entre as teorias cognitivas, a de Michael Eysenck (1990) considera a ansiedade na interação dos sistemas fisiológico, cognitivo e comportamental. Explorando o sistema cognitivo, constata diferenças na população quanto ao traço de ansiedade e considera-as relacionadas com a informação na memória a longo prazo. Demonstrou que pessoas com alta ou baixa ansiedade diferem nos conteúdos e nos processos de cognição, o que explica o facto de algumas pessoas ficarem ansiosas em certas situações e não noutras. Também é relevante a avaliação cognitiva que as pessoas fazem da ambiguidade, pois cada um avalia as situações de forma diferente, atribuindo-lhes diferentes graus de importância e de preocupação.

Já Lazarus (1991) valoriza o papel da incerteza no desenvolvimento da ansiedade, entendendo que esta decorre de uma ameaça incerta, ambígua e existencial. No mesmo sentido, Mandler (1984) defendeu que a ansiedade ocorre perante sentimentos de desamparo e desorganização, perante a incerteza da pessoa conseguir ver satisfeitas as suas necessidades.

Comum às várias teorias está o facto de considerarem que quando a ansiedade é excessiva ou desproporcional face ao perigo real, quando surge como resposta a situações do quotidiano e persiste, para além dos períodos de desenvolvimento adequados, ela tem valor clínico. Neste caso, a ansiedade pode constituir-se como sintoma de um núcleo fundamental de perturbações específicas de ansiedade (e.g., perturbação de ansiedade de separação, de ansiedade social, de ansiedade generalizada) ou acompanhar a sintomatologia de outros quadros psicopatológicos.

A perturbação obsessivo-compulsiva, por exemplo, embora não considerada entre as perturbações da ansiedade, está fortemente ligada à sintomatologia ansiosa. Os pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes vivenciados causam níveis de ansiedade elevados e podem levar, inclusivamente, a ataques de pânico. Também nas perturbações depressivas os sintomas de ansiedade surgem associados às alterações no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas.

Embora diferenciáveis, a ansiedade e a depressão estão frequentemente relacionadas e constituem sintomas presentes em toda a psicopatologia (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Clark e Watson (1991) defendem a necessidade de um diagnóstico misto destas sintomatologias, entendendo que elas estão agrupadas em três estruturas básicas. A primeira inclui sintomas gerais e comuns às perturbações de ansiedade e depressivas (e.g., alteração do humor, insónia, desconforto, irritabilidade, dificuldades de concentração, perturbações com o apetite), enquanto as duas outras estruturas se reportam a aspetos específicos da ansiedade (“hyperarousal”, como estado de *stress* fisiológico e psicológico) e da depressão (a anedonia).

A investigação com adolescentes também demonstra a necessidade de se considerar a ansiedade como sintoma associado às perturbações de internalização e à saúde mental em geral. Num estudo sobre a avaliação da saúde mental de adolescentes polacos, entre os 11 e os 15 anos de idade, Bobrowski, Czabała e Brykczyńska (2007) analisaram indicadores internalizantes (perturbações emocionais como sintomas ansiosos e depressivos, relato próprio de má saúde mental, sofrimento psicológico, pensamentos suicidas) e externalizantes (problemas de comportamento como ficar bêbado, ter problemas com o abuso de álcool, abuso de drogas, violência, desrespeito à lei). Concluíram que um terço da amostra revelava risco em termos de saúde mental, sendo os indicadores internalizantes mais frequentes nas raparigas e os externalizantes nos rapazes, com destaque para a violência física e injuriosa.

Por sua vez, Patalay e colaboradores (2015) identificaram, numa ampla amostra de adolescentes, que, para além da clássica distinção entre uma dimensão internalizante e externalizante, há uma dimensão geral psicopatológica, que reflete aspetos comuns a várias perturbações, é independente do género e é detetável a partir do início da segunda década de vida. Esta dimensão coloca a ênfase no fator geral de psicopatologia, não se focando em categorias de diagnóstico específicas, pois estas poderão modificar-se ao longo do desenvolvimento. Os autores salientam ainda que os adolescentes com resultados elevados neste fator geral têm maior propensão para vivenciar uma psicopatologia independentemente do contexto: aspetos ambientais e eventos da vida funcionam apenas como moderadores ou desencadeadores da expressão de perturbações específicas.

A adolescência é considerada um período crítico para o aparecimento de sintomas e de perturbações relacionados com a ansiedade, podendo tais perturbações agravar-se em idades posteriores. Orgilés, Méndez, Espada, Carballo e Piqueras (2012) consideram que os sintomas de ansiedade são um fator de risco para o subsequente desenvolvimento de perturbações, pelo que é fundamental identificar e intervir para prevenir perturbações futuras. Por outro lado, as perturbações deste âmbito identificadas na idade adulta são consideradas mais graves quando há sinais de sintomatologia em anteriores períodos de desenvolvimento (Bittner, Egger, Erkanli, Jane Costello, Foley, & Angold, 2007).

Num estudo longitudinal realizado durante dezassete anos, Pine, Cohen, Gurley, Brook e Ma (1998) concluíram que a existência de ansiedade na adolescência pode predizer a ocorrência de perturbação durante a fase adulta, existindo, por isso, um forte risco de adolescentes com quadros de ansiedade continuarem a sofrer de ansiedade ao longo da vida.

Nesse sentido Merikangas, Nakamura e Kessler (2009) salientam a necessidade de compreender fatores de risco e progressão das perturbações nos adolescentes até à idade

adulta. Também Leikanger e Larsson (2012), num estudo com uma amostra de mais de 900 adolescentes noruegueses, entre os 13 e os 16 anos de idade, concluíram que os sintomas de ansiedade tendem a manter-se, o que os levou a alertar para a necessidade de identificar os adolescentes com tais sintomas, de modo a prevenir os efeitos de uma ansiedade prolongada.

Ainda no que respeita à incidência e evolução da ansiedade, um estudo de Orgilés e colaboradores (2012), realizado com mais de 2500 crianças e adolescentes espanhóis, de idades entre os 8 e os 17 anos, concluiu que um em cada quatro adolescentes revelava elevados níveis de ansiedade. Em termos de género vários estudos evidenciaram uma preponderância de sintomas de ansiedade nas raparigas: quatro vezes superior à dos rapazes, sendo os 13 anos a idade em que se verifica aumento da ansiedade (Leikanger & Larsson, 2012; Raknes, Pallesen, Bjaastad, Wergeland, Hoffart, Dyregrov, & Haugland, 2017; Van Oort, Greaves-Lord, Verhulst, Ormel, & Huizink, 2009).

Raknes e colaboradores (2017), num estudo com adolescentes noruegueses, entre os 12 e 17 anos de idade, concluíram que níveis elevados de ansiedade estão muito associados a eventos negativos da vida (bullying, morte de um familiar, divórcio dos pais, traumas pessoais ou familiares), a um fraco apoio social e a um sentimento de baixa autoeficácia. Contrariamente ao que esperavam e a conclusões de outros estudos, a idade, a etnia, educação dos pais e nível socioeconómico não se revelaram preditores da ansiedade nestes adolescentes.

1.3. O desenvolvimento humano: fatores de risco e de proteção

Os fatores de risco e de proteção face à ansiedade podem ser de natureza individual, familiar ou social/ambiental. Os fatores de risco correspondem à probabilidade de surgir uma situação de perigo com o aparecimento de danos imediatos (Teixeira de Melo & Alarcão, 2009) enquanto os de proteção protegem de risco e redirecionam o risco no sentido de trajetórias adaptativas (Rutter, 1987). Os fatores de risco propiciam a perturbação direta e os fatores de proteção têm uma influência mais indireta.

Os fatores de risco são dinâmicos e interagem com os de proteção, ao longo do tempo (Hawley & DeHann, 1996), e têm influência na ansiedade e na psicopatologia em geral (Pine et al., 1998).

Para além de interagirem entre si, estes fatores também interagem com fatores precipitantes, i.e., com acontecimentos de vida que causam importante frustração ou *stress* significativo. A separação dos pais ou a morte, a mudança de casa ou de escola, a perda de amigos ou dificuldades financeiras na família são exemplos de fatores que podem

desencadear o aparecimento ou agravamento de problemas de ansiedade e terão maior impacto quando relacionados com transições no ciclo de vida (Muris, 2002).

Relativamente à proteção, Rutter (1987) considera preferível o termo processos em vez de fatores, pois são processos que se desenvolvem ao longo da vida. Eles não estão forçosamente relacionados com acontecimentos agradáveis ou qualidades do indivíduo, mas importa, segundo Rutter (1987), saber como é que as pessoas lidam com as mudanças na vida e atuam em circunstâncias stressantes ou menos boas.

Para se perceber o desenvolvimento humano Bronfenbrenner (1993) defende que é preciso ter presente todo o sistema bioecológico em que o indivíduo se desenvolve ao nível das interações de quatro subsistemas fundamentais: a *pessoa*, o *processo*, o *contexto* e o *tempo*.

No que respeita à *pessoa*, para além de fatores biológicos, genéticos e físicos, considera importantes características como: recursos (cognitivos, emocionais, sociais, materiais, etc.), competências, disposições pessoais e motivações que influenciam a capacidade da pessoa se envolver em atividades e relações.

O *processo* reporta-se a interações recíprocas, progressivamente complexas, entre o sujeito e as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 2006), traduzindo-se nos papéis e nas atividades da pessoa em desenvolvimento.

Já o *contexto* caracteriza-se por condições ou eventos, extrínsecos ao organismo, que influenciam ou são influenciados pela pessoa em desenvolvimento, e pode ser considerado em quatro subsistemas socialmente organizados, mais proximais ou distais, mas promotores do crescimento: microssistema (e.g., escola, família), mesossistema (compreende a interação de microssistemas; e.g., ligação família/escola/amigos), exossistema (reporta-se à interação de microssistemas em que a pessoa não está envolvida diretamente; e.g., influência do ambiente de trabalho dos pais no comportamento destes) e macrossistema (integra os anteriores subsistemas e, numa ampla abrangência, também a cultura, ideologias e políticas sociais, por exemplo).

Por sua vez o *tempo* ou cronossistema reporta-se ao efeito dos acontecimentos no indivíduo no decurso da vida, desde os mais próximos (e.g., entrada na escola, nascimento de um irmão, mudança de trabalho dos pais) aos que lhe são mais distantes, mas específicos da época histórica em que vive (e.g., crises económicas, conflitos).

O desenvolvimento humano é entendido, neste modelo, de forma integrada, abrangente e contextualizada, tendo em conta a permanente interação entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo diferentes contextos interrelacionados.

Na presente investigação, sobre ansiedade nos adolescentes, considera-se de especial relevância esta abordagem teórica, na medida em que enfatiza a importância dos ambientes e contextos naturais dos jovens e das múltiplas relações que estabelecem com os seus diferentes contextos de vida, apurando-se os fatores de risco e de proteção específicos de cada contexto ou subsistema.

Quanto aos fatores de risco face à ansiedade, de natureza individual ou pessoal, é possível identificar desde alterações genéticas ou temperamento inibido (Yunes, 2003), até um padrão de vinculação ansiosa às figuras dos pais (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009), baixa autoestima e *locus* de controlo externo (Carr, 2014).

A ansiedade tem sido associada especificamente à dificuldade de regular as emoções e as respostas aos eventos quotidianos (Landon, Ehrenreich, & Pincus, 2007) e ao sentimento e crença de autoeficácia. Como refere Bandura (2001), a autoeficácia está na base do comportamento da pessoa enquanto agente e relaciona-se com a autorreflexão, com a motivação, valores e o significado dos objetivos de vida. O sentimento de reduzida autoeficácia dificulta as tarefas e aumenta o risco de ansiedade, enquanto o sentimento de elevada autoeficácia tem efeito contrário (Bandura, 1993). Muris (2002), num estudo com uma ampla amostra de adolescentes, relacionou a baixa autoeficácia com ansiedade e depressão, e concluiu que as raparigas revelavam níveis mais baixos de autoeficácia emocional e maiores níveis de ansiedade que os rapazes.

No mesmo sentido, num estudo com adolescentes dos 14 aos 16 anos de idade, Alva e Los Reyes (1999) identificaram a perceção de menor competência associada a elevados níveis de *stress* psicossocial e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Landon e colaboradores (2007) obtiveram também dados que suportam a conclusão de que as pessoas que duvidam da sua aptidão para lidar com emoções expressam mais sintomas físicos de ansiedade (e.g., dificuldade em respirar e coração acelerado).

Para além do nível individual, os contextos familiar, social e económico são também importantes desencadeadores ou protetores face à ansiedade.

Fatores de risco contextuais como a exposição à ansiedade parental (Rapee et al., 2009), práticas parentais negativas (Coslin, 2009) e uma cultura familiar orientada para a ansiedade privilegiam a interpretação de vários acontecimentos do meio circundante como potencialmente perigosos (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Carr, 2014; Yap, Pilkington, Ryan, & Jorm, 2014). Situações como a baixa escolaridade e estatuto social dos pais (Coslin, 2009; Koller & De Antoni, 2004), o divórcio e a separação e a ausência de uma rede afetiva e social são também reportadas como geradoras de risco (Poletto & Koller, 2008).

Um padrão educativo baseado no excessivo controlo das rotinas e atividades dos filhos, níveis elevados de vigilância e intrusão e negatividade parental (caracterizada pela crítica recorrente ou rejeição) limitam a autonomia e podem contribuir para a perceção do ambiente como perigoso, hostil e incontrollável, e expectativas de resultados negativos (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

O contexto social e a integração social podem também funcionar como fatores de risco de ansiedade. Por um lado, a perceção de afastamento dos jovens face aos seus pares e a falta de ligações sociais (Curzik & Salkicevic, 2016) estão associadas a elevada ansiedade; por outro, o convívio em subúrbios urbanos com grupos de adolescentes que não estudam nem trabalham são reportados como facilitadores de comportamentos delinquentes (Marcelli & Braconnier, 2005).

Grande parte dos fatores considerados de risco podem também ser tidos como fatores ou processos de proteção e geradores de resiliência nos adolescentes¹. O conceito de autoeficácia é exemplo de um fator sociocognitivo que, juntamente com outros fatores, pode melhorar ou prevenir a sintomatologia da ansiedade e de psicopatologia. A saúde física, a inteligência, a autoestima, uma perceção do mundo realista e otimista, estratégias de *coping* adaptativas e funcionais, com competências para a resolução de problemas e capacidade para estabelecer e manter relações de amizade, constituem relevantes fatores de proteção (Carr, 2014).

Relativamente ao nível familiar e ao papel da família, Baldwin, Baldwin e Cole (1990) realçaram a importância da proximidade familiar (empenho dos pais e controlo da liberdade dos filhos) para obviar a comportamentos indesejáveis por parte dos adolescentes. Um estilo parental orientador, uma comunicação clara, boa relação e ajustamento parental, a par de uma rede social de suporte social, de um contexto educacional com bons recursos, tempo e flexibilidade, constituem fatores protetores (Carr, 2014).

Sobre a importância do contexto, Buchanan e Bowen (2008) estudaram a influência do apoio de adultos (relações parentais, vizinhos e professores) e dos pares (amigos) no bem estar psicológico de mais de 13 mil alunos de escolas dos Estados Unidos da América. Concluíram que o modelo de interação verificado era o de continuidade e não o de compensação e verificaram que, à medida que aumenta o apoio dos pares, o efeito do apoio dos adultos no bem estar dos jovens também aumenta, funcionando como efeito de *spillover*, e não de compensação, o que atesta a ótima combinação destes dois níveis de relação (Laible,

¹ A resiliência reporta-se às variações individuais em resposta a fatores de risco (Rutter, 1987).

Carlo, & Raffaelli, 2000).

Tendo por base uma amostra de mais de 1200 participantes, com idades entre os 12 e os 17 anos, Fitzpatrick e Bussey (2014) examinaram a autoeficácia dos amigos próximos como fator protetor contra os efeitos negativos associados à vitimização social nos adolescentes. A análise das respostas revelou uma correlação positiva entre vitimização social e sintomas de ansiedade social e correlação negativa entre a percepção de autoeficácia na amizade e ansiedade social: o recurso a um grande amigo permite lidar melhor com fatores perturbadores. Um forte apoio social está ligado a uma menor sintomatologia da ansiedade, sendo os pares as figuras de apoio mais influentes na adolescência; os adolescentes com fraca ligação aos pais, mas forte ligação aos pares, estão mais apoiados comparativamente com os que têm grande ligação aos pais e fraca com os amigos (Laible et al., 2000).

Num estudo com mais de 900 adolescentes entre os 12 e os 19 anos, Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) concluíram que elevados níveis de autoestima, de apoio social e relacionamento com os pares assumem um papel facilitador no processo de enfrentar situações de risco, pelo que constituem fatores de proteção.

Em suma, os laços e relacionamentos sociais revelam-se fundamentais ao longo da adolescência.

O objetivo deste estudo é o de identificar sintomatologia ansiosa numa amostra de adolescentes, estudantes do ensino superior, bem como potenciais fatores de risco e de proteção ao nível pessoal, familiar e escolar.

2. Metodologia

2.1. Objetivos

Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é explorar, numa amostra de adolescentes portugueses, fatores psicossociais (pessoais e contextuais) associados a diferentes níveis (clínico e não clínico) e tipos de sintomatologia ansiosa (geral ou específica, i.e., de tipo internalizante, externalizante ou misto).

Objetivos específicos

Dado o carácter exploratório e a natureza transversal do estudo, consideram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar, global e diferenciadamente, por sexo e grupos de idade, o nível de ansiedade e de comportamentos-problema reportados pelos adolescentes;
2. Identificar a transversalidade da ansiedade relativamente a todas as problemáticas (internalizantes, externalizantes e mistas);
3. Analisar o *Cluster Ansiedade/Depressão* ao nível empírico e teórico;
4. Caracterizar a expressão da sintomatologia ansiosa e do grau de vulnerabilidade clínica na amostra em estudo;
5. Caracterizar a perceção dos adolescentes sobre si próprios e os seus contextos de vida;
6. Identificar potenciais fatores de proteção e de risco quanto à vulnerabilidade face à psicopatologia.

2.2. Mapa de Investigação

O mapa da investigação (ver Figura 1) apresenta o tipo de relação e as variáveis alvo no estudo. Pretende-se analisar a relação entre os dados psicossociais (pessoais e de contexto) e a sintomatologia clínica, e identificar fatores de proteção e de risco potencialmente associados ao nível clínico e nível não clínico.

O estudo realizado seguiu uma metodologia transversal de recolha de dados, numa amostra de adolescentes, sendo de carácter correlacional (entre dimensões) e diferencial (entre participantes).

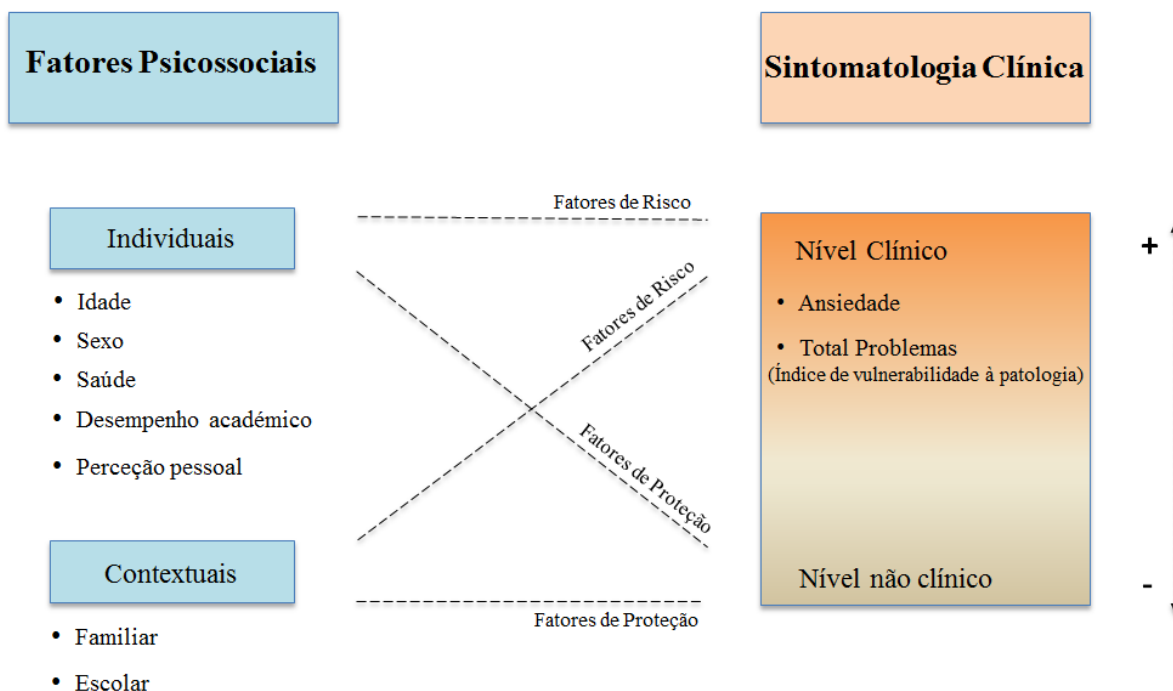


Figura 1. Mapa de Investigação.

2.3. Participantes

Participaram no presente estudo 378 estudantes do ensino secundário de duas escolas, num total de 20 turmas de diferentes áreas e cursos técnico-profissionais: 17 de uma escola do ensino público, do distrito de Setúbal, e três de um colégio de ensino privado, do distrito de Lisboa. Foram excluídos dois protocolos por estarem incompletos e seis por os participantes terem mais de 19 anos de idade.

Assim, a amostra estudada foi constituída por 371 participantes com idades entre os 14 e os 19 anos ($M_{Idade} = 16$; $DP_{Idade} = 1.1$), 54% do sexo feminino, sendo que há um maior número de adolescentes a frequentar o 10º ano (48%) e a maioria não reprovou em nenhum ano de escolaridade (69%). Há uma maior representatividade de adolescentes de nacionalidade portuguesa (92%) e cerca de 8% tem dupla nacionalidade², estando estes alunos há vários anos em Portugal, pelo que não apresentaram dificuldades no domínio da língua portuguesa (ver Quadro 1).

² Além da portuguesa, 31 adolescentes tinham também uma das seguintes nacionalidades: angolana, brasileira, espanhola, chinesa, francesa, guineense, inglesa, moçambicana, moldava, são-tomense.

Quadro 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Características	n	%
Sexo		
Masculino	171	46
Feminino	200	54
Nacionalidade		
Portuguesa	340	92
Dupla nacionalidade	31	8
Ano de Escolaridade		
10º ano	177	48
11º ano	112	30
12º ano	82	22
Número de reprovações		
0	257	69
1	86	23
2 ou mais	22	6
Sem Dados	6	2

Os pais dos participantes da amostra vivem, na sua maioria, casados ou em união de facto (60%), existindo um número ainda importante de pais divorciados (38%) e uma pequena percentagem de viúvos (2%). No que diz respeito ao grau de escolaridade e à situação profissional dos pais, a maioria completou o Ensino Secundário (47%) ou o Ensino Superior e exerce uma atividade profissional (84%).

Relativamente ao grau de escolaridade das mães dos participantes, a maioria completou o Ensino Secundário (47%) ou o Ensino Superior (45%) e encontra-se a exercer uma atividade profissional (85%). Os pais e mães que estavam em situação de reforma ou desemprego foram considerados sem atividade profissional (ver Quadro 2).

Quadro 2*Caracterização Sociodemográfica dos Pais dos Adolescentes da Amostra em Estudo*

Características	n	%
Situação Conjugal Pais		
Casados/União de Facto	223	60
Divorciados/Separados	142	38
Viúvo	6	2
Escolaridade Pai		
Ensino Básico	33	9
Ensino Secundário	174	47
Ensino Superior	140	38
Sem Dados	24	7
Escolaridade Mãe		
Ensino Básico	23	6
Ensino Secundário	173	47
Ensino Superior	167	45
Sem Dados	8	2
Situação Profissional Pai		
Com Atividade	312	84
Sem Atividade Atual	31	9
Sem Dados	25	7
Situação Profissional Mãe		
Com Atividade	316	85
Sem Atividade Atual	50	14
Sem Dados	5	1

2.4. Instrumentos

Questionário Psicossocial

O Questionário Psicossocial (QP) foi elaborado para a recolha de dados junto dos adolescentes, sendo solicitados dados objetivos e descritivos, e colocadas questões sobre a perceção do adolescente sobre si próprio, sobre as suas relações e sobre diversos contextos de vida. Este questionário é composto por 51 itens agrupados em oito categorias: 1) Dados Pessoais; 2) Família; 3) Escola; 4) Relações Interpessoais; 5) Saúde; 6) Perceção Pessoal; 7) Atividades Lúdicas e 8) Acontecimentos de Vida Significativos (Anexo A).

A categoria relativa aos *Dados Pessoais* engloba as variáveis idade, sexo, nacionalidade e a dimensão e constituição do agregado familiar.

A categoria *Família* comporta itens relacionados com o nível de escolaridade, situação profissional dos pais e o seu estado civil, conflitos familiares, doença psiquiátrica e problemas de saúde graves na família, dificuldades financeiras, estilo educativo dos pais, bem como a perceção do adolescente relativamente à relação estabelecida com cada um dos pais. Nesta categoria é também questionado o grau de satisfação, numa escala de tipo *Likert* com cinco pontos (“*Muito Insatisfeito/a*” – 1 ponto; “*Insatisfeito/a*” – 2 pontos; “*Nem Insatisfeito/a nem satisfeito*” – 3 pontos; “*Satisfeito/a*” – 4 pontos; “*Muito Satisfeito/a*” – 5 pontos).

A categoria *Escola* engloba itens relativos à perceção do aluno quanto ao seu desempenho escolar, modo como se sente perante as avaliações, planos de futuro, bem como informação sobre reprovações e apoios ao estudo. É também pedido que o aluno avalie como se sente na escola, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (“*Muito mal*” – 1 ponto; “*Mal*” – 2 pontos; “*Nem mal nem bem*” – 3 pontos; “*Bem*” – 4 pontos; “*Muito bem*” – 5 pontos).

A categoria *Relações Interpessoais* engloba itens sobre a existência de relações de amizade, de pertença/exclusão de grupos, da relação com irmãos comparativamente às pessoas da sua idade, numa escala de resposta similar à da categoria *Família*.

A categoria *Saúde* compreende itens sobre a existência de doença crónica do foro físico e psicológico, acompanhamento clínico e consumo de substâncias tóxicas. Nesta categoria foi também usada a mesma escala da categoria *Família*.

A categoria *Perceção Pessoal* integra itens respeitantes à satisfação do adolescente consigo próprio e preocupações com aspetos gerais da vida, numa escala de tipo *Likert*, com quatro pontos (“*Quase nunca*” – 1 ponto; “*Algumas vezes*” – 2 pontos; “*Frequentemente*” – 3 pontos; “*Quase sempre*” – 4 pontos).

A categoria *Acontecimentos de Vida Significativos* compreende itens sobre eventuais acontecimentos particularmente stressantes vividos no presente ou no último ano de vida.

Embora incluída a categoria *Atividades Lúdicas*, ela não foi utilizada na análise de dados por não ser relevante face aos objetivos do estudo.

Youth Self Report

Foi utilizada a versão portuguesa (Psiquilíbrios, 2014) do *Youth Self Report* (YSR), instrumento pertencente à bateria ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001).

Trata-se de uma *checklist* de autoavaliação para jovens, entre os 11 e os 18 anos, em que os itens constituem descrições simples de comportamentos-problema. A resposta deve ser dada considerando os últimos seis meses e uma de três possibilidades: ‘0’ quando a afirmação não é verdadeira, ‘1’ quando a afirmação é algumas vezes verdadeira, ou ‘2’ quando a afirmação é muito verdadeira.

Do conjunto de 113 itens que integram a *checklist*, 99 são relativos a comportamentos-problema e estão agrupados em oito categorias principais: 1) *Ansiedade e Depressão*: associada às síndromes de ansiedade e depressão; 2) *Isolamento e Depressão*: relacionada com o isolamento ou mal-estar interpessoal, surge em síndromes depressivos ou de ansiedade social; 3) *Queixas Somáticas*: categoria associada à tendência para a somatização; 4) *Problemas Sociais*: síndrome relacionada com problemas sociais e de personalidade; 5) *Problemas de Pensamento*: relacionada com perturbações da forma e do conteúdo do pensamento; 6) *Problemas de Atenção*: associada a diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade e de Défice da Atenção; 7) *Comportamento Delincente*: associado a comportamentos de desafio mais interiorizados, e.g., antissociais, agressivos ou desafiadores, associado a características típicas das perturbações de conduta e de comportamento desviante; 8) *Comportamento Agressivo*: representa comportamentos de desafio, podendo surgir associado a perturbações de oposição.

Para além das categorias descritas, existe a categoria *Outros Problemas*, com 10 itens, a qual não forma uma escala, mas o seu valor é adicionado aos itens anteriores para identificar a medida global *Total de Problemas*. Existem ainda 14 itens que identificam *Atributos Positivos* e características socialmente desejáveis, (e.g., “sou muito honesto”; “posso ser muito amigável”; “gosto de ajudar os outros”), que não são, naturalmente, englobados na medida final relativa ao *Total de Problemas*.

Além desta medida global, é possível obter outras medidas finais, nomeadamente medidas de *Internalização* e de *Externalização*. A *Internalização* abarca três síndromes *Ansiedade e Depressão*, *Isolamento e Depressão*, *Queixas Somáticas* – relacionadas com problemas emocionais e sintomas associados a excesso de contenção e controlo que causam

sofrimento interno. Por outro lado, a *Externalização* integra as síndromes *Comportamento Delinquente* e *Comportamento Agressivo* – perturbações relacionadas com falta de controlo, alterações disruptivas do comportamento e agressividade dirigida externamente.

Existe ainda outra medida final que vai ser utilizada para o presente estudo, os *Problemas Mistos*, constituída pelas três síndromes *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento*, *Problemas de Atenção* e pelos *Outros Problemas*.

2.5. Procedimentos

Obtido o parecer favorável da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, foi estabelecido contacto com as escolas e solicitada colaboração e autorização para divulgação do estudo (Anexo B). Após a aceitação das escolas, procedeu-se à divulgação do estudo junto dos alunos, sendo solicitada, através de um pedido de Consentimento, a autorização dos Encarregados de Educação para os seus educandos participarem no estudo (Anexo C).

A recolha de dados decorreu entre janeiro e março de 2018, tendo os questionários sido aplicados durante o tempo letivo, em sala de aula, numa sessão de aproximadamente 40 minutos. Em todos os casos, dois investigadores acompanharam a sessão e foram monitorizando a aplicação e esclarecendo as dúvidas dos participantes (Anexo D). Os procedimentos de aplicação dos testes foram semelhantes em todas as sessões: foi aplicado o YSR, seguido do Questionário Psicossocial.

Foi constituída uma base de dados em SPSS (versão 24) com a informação do Questionário Psicossocial e do YSR. Após verificação de eventuais erros, foram aplicados os critérios de exclusão (e.g., idade; dados omissos).

Os resultados foram, numa primeira fase, analisados tendo por referência os dados normativos portugueses (Psiquilibrios, 2014) e posteriormente de acordo com os objetivos do estudo. No caso dos dados do YSR, foi realizada estatística descritiva e análise de variâncias através da estatística F, dada a dimensão da amostra. Para análise dos dados do QP recorreu-se à estatística descritiva para analisar os fatores individuais e contextuais da amostra em estudo.

As relações da ansiedade e da vulnerabilidade psicopatológica com os fatores pessoais e contextuais foram analisadas a partir das correlações de Spearman entre os dados do YSR e as diferentes categorias de dados do QP. Foram também realizadas análises de regressão logística no sentido de identificar os preditores mais relevantes, de entre os diversos fatores,

individuais e contextuais, tendo por critério a condição clínica. Para tal a amostra foi dividida em dois grupos constituídos a partir das normas portuguesas:

- a) um grupo identificado como '*não clínico*', constituído por 305 adolescentes com um resultado inferior a T65 na medida final *Total de Problemas*;
- b) outro grupo identificado '*com vulnerabilidade clínica*', constituído por 66 adolescentes que obtiveram um resultado igual ou superior a T65 no *Total de Problemas*.

3. Apresentação e Análise dos dados

Neste capítulo procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos em cada uma das provas aplicadas, bem como à associação entre eles. Numa primeira fase são analisados os resultados do *Youth Self Report* (YSR), tendo por referência as normas portuguesas relativamente ao grupo normativo e ao grupo clínico (Psiquilibrios, 2014) e, em seguida, os resultados do Questionário Psicossocial (QP). Numa segunda fase, são analisados os resultados das duas provas em conjunto. Serão consideradas as categorias do YSR (*Ansiedade/Depressão e Total de Problemas*), as quais serão relacionadas com os itens do QP, de acordo com os objetivos do estudo.

Youth Self Report: Níveis de Sintomatologia ansiosa na amostra em estudo

Os valores de *alphas* de Cronbach indicam uma boa consistência interna da generalidade das diferentes medidas (ver Quadro 3), sendo similares aos da amostra normativa portuguesa: o *alpha* relativo ao *Total de Problemas* (.93) é idêntico em ambos os casos e o relativo à *Ansiedade/Depressão* é de .83 no presente estudo, mais elevado do que a amostra normativa portuguesa (.74).

Quando considerada a amostra global em estudo, as médias das medidas finais do YSR são elevadas face à amostra normativa (ver Quadro 3), aproximando-se mais do grupo normativo clínico, o que sugere que a nossa amostra terá maior nível de vulnerabilidade psicopatológica. Ao nível mais específico, nas normas portuguesas, a *Ansiedade/Depressão* apresenta uma média de 5.72 e de 7.84, respetivamente para o grupo normal e clínico, sendo que no presente estudo a média desta medida para a amostra total é de 7.25 (ver Quadro 3), resultado mais próximo da amostra clínica.

Verificam-se diferenças ao nível do sexo dos participantes nas medidas *Ansiedade/Depressão* e *Queixas Somáticas*, sendo o sexo feminino aquele que apresenta valores mais elevados (ver Quadro 3) o que acompanha o sentido das diferenças encontradas nos dados da amostra normativa portuguesa. Nas restantes medidas finais do YSR não se obtiveram diferenças entre rapazes e raparigas.

Ao nível da idade foram consideradas duas categorias: uma que compreende as idades entre os 14 e os 16 anos e outra entre os 17 e os 19 anos. A análise dos dados permite verificar que não existem diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e os mais velhos relativamente às diferentes medidas do YSR (ver Quadro 4).

Quadro 3*Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Sexo*

	Amostra Total (N = 371)			Sexo Feminino (n = 200)		Sexo Masculino (n = 171)		Variâncias entre sexos
	Min – Max. (Teórico)	Alpha	M (DP)	Min – Max.	M (DP)	Min – Max.	M (DP)	
Ansiedade/Depressão	0 – 26	.83	7.25 (4.69)	0 – 23	8.59 (4.78)	0 – 23	5.68 (4.06)	5.38*
Isolamento/Depressão	0 – 16	.75	5.00 (3.05)	0 – 13	5.22 (3.12)	0 – 14	4.75 (2.95)	.15
Queixas Somáticas	0 – 20	.75	4.16 (3.19)	0 – 18	5.19 (3.33)	0 – 15	2.96 (2.55)	11.59**
Problemas Sociais	0 – 22	.69	3.48 (2.89)	0 – 15	3.75 (2.95)	0 – 15	3.16 (2.73)	2.83
Problemas de Pensamento	0 – 24	.75	5.10 (3.93)	0 – 17	5.54 (4.00)	0 – 19	4.59 (3.79)	1.47
Problemas de Atenção	0 – 16	.71	6.26 (3.12)	0 – 15	6.21 (3.07)	0 – 16	6.32 (3.25)	.57
Comp. Delinquente	0 – 30	.70	4.75 (3.23)	0 – 16	4.33 (3.04)	0 – 20	5.25 (3.42)	1.24
Comp. Agressivo	0 – 34	.72	7.30 (4.04)	0 – 21	7.74 (4.04)	0 – 21	6.80 (3.99)	.10
Outros Problemas	0 – 20	.44	4.87 (2.61)	0 – 12	5.00 (2.56)	0 – 14	4.73 (2.67)	.34
Problemas Mistos	0 – 32	.76	19.71 (9.88)	0 – 48	20.48 (10.04)	1 – 43	18.80 (9.64)	.27
Internalização	0 – 31	.75	16.41 (9.11)	0 – 51	19.00 (9.15)	0 – 52	13.39 (8.11)	2.56
Externalização	0 – 32	.64	12.05 (6.23)	0 – 32	12.06 (6.10)	0 – 36	12.05 (6.50)	.76
Total Problemas	2 – 210	.93	48.17 (21.63)	0 – 114	51.53 (22.26)	2 – 105	44.23 (20.70)	.26

Nota. Os valores do YSR são expressos em resultados brutos.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Quadro 4*Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Grupos de Idade*

	Adolescentes (14 aos 16 anos) (n = 212)		Adolescentes (17 aos 19 anos) (n = 159)		Variâncias entre grupos de idade
	Min – Máx.	Média (DP)	Min – Máx.	Média (DP)	
Ansiedade/Depressão	0 – 22	7.44 (4.70)	0 – 23	6.98 (4.67)	9.19
Isolamento/Depressão	0 – 13	4.83 (3.01)	0 – 14	5.23 (3.10)	.00
Queixas Somáticas	0 – 18	4.14 (3.21)	0 – 18	4.19 (3.18)	.47
Problemas Sociais	0 – 15	3.42 (2.78)	0 – 15	3.56 (2.97)	.48
Problemas de Pensamento	0 – 17	4.98 (3.80)	0 – 19	5.26 (4.10)	1.29
Problemas de Atenção	0 – 15	6.06 (3.13)	0 – 16	6.53 (3.17)	.18
Comp. Delinquente	0 – 20	4.44 (3.14)	0 – 20	5.16 (3.35)	.22
Comp. Agressivo	0 – 21	7.05 (3.99)	0 – 21	7.64 (4.09)	.31
Outros Problemas	0 – 14	4.80 (2.72)	0 – 12	4.96 (2.46)	.87
Problemas Mistos	0 – 48	19.25 (9.98)	1 – 44	10.31 (9.74)	.00
Internalização	0 – 45	16.41 (9.07)	1 – 52	16.41 (9.20)	.55
Externalização	0 – 36	11.50 (6.36)	0 – 31	12.80 (6.11)	.64
Total Problemas	3 – 114	47.15 (22.48)	2 – 112	49.52 (47.00)	.94

Nota. Os valores do YSR são expressos em resultados brutos.

Os valores de F são todos não significativos.

Considerando as correlações entre a Ansiedade/Depressão e as restantes medidas do YSR, parciais e finais, verificam-se associações significativas entre elas.

Salienta-se ainda que a *Ansiedade/Depressão*, medida central do estudo, se correlaciona com todas as outras medidas finais de: *Internalização*, *Externalização*, *Problemas Mistos*, *Total de Problemas*. Tal indica que a *Ansiedade/Depressão* é transversal a todos os tipos de problemas ou situações de vulnerabilidade psicopatológica (ver Quadro 5).

Quadro 5*Correlações (Spearman) entre Ansiedade/Depressão e outras Medidas do YSR*

	<i>Ansiedade/Depressão</i>
Ansiedade/Depressão	.57***
Isolamento/Depressão	.52***
Queixas Somáticas	.62***
Problemas Sociais	.55***
Problemas Atenção	.45***
Comportamento Delinquente	.12*
Comportamento Agressivo	.47***
Outros Problemas	.31***
Problemas Mistos	.60***
Internalização ^a	.67***
Externalização	.37***
Total Problemas ^a	.55***

Nota. $N = 371$. ^a = Correlação não espúria, i.e., corrigida pela exclusão dos itens de *Ansiedade/Depressão*.

* $p < .05$; *** $p < .001$.

A análise aos 13 itens do *Cluster Ansiedade/Depressão*, principal foco do presente estudo, indica que dois itens têm valores médios elevados (> 0.80), sete itens têm valores intermédios (entre 0.40 e 0.80) e quatro têm valores baixos (< 0.40) (ver Quadro 6). O item 112 ('Preocupo-me muito') é aquele que atinge uma média mais elevada na amostra total, em ambos os sexos e grupos de idade.

Verifica-se também que os itens 31, 45, 71 e 112, estão mais diretamente relacionados com a ansiedade, contrariamente aos itens 14, 33, 35, 52 e 91 que têm valores mais baixos e revelam um conteúdo mais específico e relacionado com a depressão (ver Quadro 6). A análise do conteúdo dos itens e da magnitude dos valores que lhes estão associados, sugere, assim, que o *Cluster Ansiedade/Depressão* tem uma maior representatividade da sintomatologia relativa à ansiedade.

Do ponto de vista da análise diferencial, os dados indicam que existem diferenças na medida *Ansiedade/Depressão* relativamente ao sexo, sendo as adolescentes aquelas que apresentam resultados mais elevados em 10 dos 13 itens, não se verificando diferenças quanto aos grupos de idade.

Quadro 6*Estatística Descritiva dos Itens do Cluster de Ansiedade/Depressão e Análise de Variância por Sexo e Grupos de Idade*

Itens	Amostra Total	Sexo Fem.	Sexo Masc.	Diferenças	14 – 16 anos	17 – 19 anos	Diferenças
	($N = 371$)	($n = 200$)	($n = 171$)	entre sexos	($n = 212$)	($n = 159$)	entre grupos de idade
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t</i>
14. Chora muito	0.44 (0.64)	0.71 (0.71)	0.14 (0.37)	-9.42***	0.47 (0.66)	0.42 (0.62)	.78
29. Medos	0.60 (0.70)	0.76 (0.74)	0.42 (0.60)	-4.79***	0.65 (0.72)	0.53 (0.67)	1.60
30. Medo escola	0.08 (0.32)	0.07 (0.25)	0.10 (0.39)	1.00	0.07 (0.28)	0.10 (0.36)	-1.00
31. Medo errar	0.73 (0.72)	0.81 (0.72)	0.63 (0.71)	-2.40*	0.74 (0.72)	0.71 (0.72)	.40
32. Ser perfeito	0.63 (0.71)	0.70 (0.74)	0.54 (0.66)	-2.23*	0.62 (0.71)	0.64 (0.70)	-.23
33. Sente que não gostam de si	0.33 (0.58)	0.40 (0.62)	0.24 (0.53)	-2.70**	0.33 (0.57)	0.32 (0.60)	.15
35. Sente-se sem valor	0.42 (0.63)	0.55 (0.69)	0.26 (0.52)	-4.38***	0.43 (0.66)	0.39 (0.59)	.67

45. Nervoso	0.84 (0.71)	0.96 (0.70)	0.70 (0.70)	-3.55***	0.84 (0.72)	0.83 (0.70)	.13
50. Medroso	0.58 (0.69)	0.74 (0.72)	0.39 (0.60)	-5.03***	0.63 (0.70)	0.51 (0.66)	1.72
52. Culpado	0.38 (0.61)	0.40 (0.64)	0.36 (0.58)	-.51	0.38 (0.60)	0.38 (0.63)	-.10
71. Embaraçado	0.79 (0.70)	0.87 (0.68)	0.70 (0.72)	-2.30*	0.83 (0.73)	0.74 (0.67)	.38
91. Pensa matar-se	0.13 (0.39)	0.17 (0.45)	0.09 (0.31)	-1.92	0.13 (0.38)	0.14 (0.41)	.14
112. Preocupado	1.30 (0.69)	1.48 (0.62)	1.10 (0.73)	-5.32***	1.32 (0.68)	1.28 (0.71)	.22

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Questionário Psicossocial: Percepção dos adolescentes sobre si próprios e sobre a sua relação com a família, escola e amigos

O Questionário Psicossocial é composto por 51 itens agrupados em várias categorias, incidindo a análise de dados nas categorias *Família*, *Escola*, *Relações Interpessoais*, *Saúde*, *Acontecimentos de Vida Significativos* e *Percepção Pessoal* (ver Quadro 7).

No que diz respeito à categoria *Família*, existe um número significativo de adolescentes que perceciona o estilo educativo do Pai como não adequado (33.7%), enquanto 24.8% considerou não adequado o estilo educativo da mãe. Constata-se, assim, que os adolescentes têm uma percepção diferenciada e mais positiva relativamente ao estilo educativo da mãe. No mesmo sentido, verifica-se uma maior percentagem de adolescentes satisfeita ou muito satisfeita com a qualidade da relação estabelecida com a mãe (87.3%) face à que tem com o pai (68.7%).

Relativamente à vida familiar, a maioria dos adolescentes referiu não vivenciar conflitos familiares (56.3%) e sentir-se satisfeita ou muito satisfeita na sua família (82.7%) e nas relações familiares (69.5%).

Quanto à categoria *Escola*, cerca de 80% dos participantes considerou ter notas médias, 67.9% revelou não ter problemas na escola e 58% sentem-se satisfeitos ou muito satisfeitos na escola. Existe um número significativo de adolescentes que revela ter ansiedade de desempenho, i.e., ansiedade antes, durante ou depois das avaliações (59%).

Relativamente à categoria *Relações Interpessoais*, a maioria considerou ter amigos (66%) e sente-se satisfeita ou muito satisfeita nas relações de amizade (83.6%).

Na categoria *Saúde*, a maioria dos adolescentes não fuma (76%), cerca de metade consome bebidas alcoólicas raramente e 6.7% frequentemente, e 72% sente-se satisfeita ou muito satisfeita quanto à sua saúde.

No que diz respeito ao *Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico*, 30.2% já teve este seguimento clínico no passado, existindo um reduzido número de adolescentes a frequentarem consultas de psicologia/psiquiatria no presente (7.3%).

Relativamente a *Acontecimentos de Vida Significativos*, a maioria vivenciou uma situação difícil ou particularmente stressante no passado (68.2%), existindo 37.2% de adolescentes a vivenciarem uma situação difícil no presente.

Quanto à categoria *Percepção Pessoal*, um indicador compósito de percepção pessoal global que agrega quatro itens ('sentir bem', 'ser feliz', 'preocupação excessiva' e 'satisfação com o próprio'), um número significativo de adolescentes revelou uma percepção de si próprios medianamente satisfatória (46.4%) e um número mais reduzido considerou insatisfatória tal percepção. Isto revela que a maioria dos adolescentes se sente bem nos diferentes contextos (família, escola) e tem uma percepção pessoal global positiva.

Quadro 7

Estatística Descritiva dos Dados do QP

	<i>n</i>	%	Mdn	Md		<i>n</i>	%	Mdn	Md
Família					Escola				
Conflitos Familiares			0	0	Desempenho Académico			2	2
Não (0)	209	56.3			Notas baixas (1)	18	4.9		
Sim (1)	25	6.7			Notas médias (2)	294	79.2		
Por vezes (2)	132	35.6			Notas altas (3)	56	15.1		
Dificuldades Financeiras			---	0	Número Reprovações			0	0
Não (0)	305	82.2			0	257	69.3		
Sim (0)	60	16.2			1	86	23.2		
Relação Pai			3	3	2	18	4.9		
Negativa/Muito Negativa (1)	28	7.5			3	4	1.1		
Nem Positiva nem Negativa (2)	69	18.6			Problemas Escola			---	0
Positiva/Muito Positiva (3)	255	68.7			Não Tem	252	67.9		
Relação Mãe			3	3	Tem	118	31.8		
Negativa/Muito Negativa (1)	10	2.7			Ansiedade Desempenho			5	5
Nem Positiva nem Negativa (2)	30	8.1			Calmo (≤ 3)	38	10.2		
Positiva/Muito Positiva (3)	324	87.3			Nem calmo nem Ansioso (4)	105	28.3		
Estilo Educativo Pai			---	1	Ansioso (5 – 6)	219	59.0		
Adequado (1)	219	59.0			Satisfação Escola			3	3
Não Adequado (2)	125	33.7			Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	25	6.7		
Estilo Educativo Mãe			---	1	Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	131	35.3		
Adequado (1)	273	73.6			Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	215	58.0		
Não Adequado (2)	92	24.8			Relações interpessoais				
Satisfação Família			3	3	Ter amigos			4	4
Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	27	7.3			Poucos amigos (≤ 2)	20	5.4		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	33	8.9			Alguns amigos (3)	83	22.4		
Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	307	82.7			Tem amigos (4)	245	66.0		
Satisfação global com as relações familiares			3	3	Satisfação Amigos			3	3
Não satisfeito	13	3.5			Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	21	5.7		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito	74	19.9			Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	36	9.7		
Satisfeito/Muito Satisfeito	258	69.5			Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	310	83.6		
Saúde					Percepção Pessoal				
Hábitos tabágicos			0	0	Sentir Bem			3	3
Nunca (0)	282	76.0			Quase nunca (1)	7	1.9		
Raramente (1)	48	12.9			Algumas vezes (2)	70	18.9		
Regularmente (2)	35	9.4			Frequentemente (3)	159	42.9		
Consumo álcool			1	1	Quase sempre (4)	135	36.4		
Nunca (0)	163	43.9			Ser Feliz			3	4
Raramente (1)	181	48.8			Quase nunca (1)	3	0.8		
Regularmente (2)	25	6.7			Algumas vezes (2)	68	18.3		
Consultas Psicologia / Psiquiatria Passado			---	0	Frequentemente (3)	139	37.5		
Não (0)	256	69.0			Quase sempre (4)	160	43.1		
Sim (1)	112	30.2			Preocupação excessiva			2	2
Consultas Psicologia / Psiquiatria Presente			---	0	Quase nunca (1)	46	12.4		
Não (0)	340	91.6			Algumas vezes (2)	142	38.3		
Sim (1)	27	7.3			Frequentemente (3)	88	23.7		
Satisfação Saúde			3	3	Quase sempre (4)	95	25.6		
Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	40	10.8							

Quadro 9*Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Família*

	Wald	gl	Sig
Conflitos Familiares	99.094	1	.003
Dificuldades Financeiras	4.109	1	.043
Relação Pai	11.073	2	.004
Relação Mãe	.232	2	.891
Estilo Educativo Pai	.011	1	.915
Estilo Educativo Mãe	.867	1	.352
Satisfação Família	1.720	2	.423

Escola

De entre as variáveis relativas à Categoria Escola, apenas a ‘ansiedade de desempenho’ e a satisfação com a escola’ se revelam associadas à *Ansiedade/Depressão* e ao *Total de Problemas*. Já o ‘número de reprovações’ e os ‘problemas na escola’ apresentam correlação positivas, embora fracas, com o *Total de Problemas* (ver Quadro 10), revelando que quanto maior o número de reprovações ou mais problemas escolares (falta disciplinar, suspensão ou expulsão) maiores são os comportamentos-problema vivenciados pelos adolescentes.

Quadro 10*Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Escola e medidas do YSR*

	Ansiedade/ Depressão	Total Problemas
Desempenho académico	-.02	-.09
Número reprovações	.04	.13*
Problemas Escola	-.05	.16**
Ansiedade de Desempenho	.34***	.26***
Satisfação Escola	-.26***	-.37***

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

A regressão da condição clínica a partir das duas variáveis mais relevantes da categoria da escola revelou como preditor da vulnerabilidade clínica apenas a ‘Satisfação na Escola’ ($X^2_{Wald}(2) = 22.808$; $p = .000$) (ver Quadro 11).

Esta regressão permite prever 100% dos casos da amostra não clínica, indiciando como um fator de proteção significativo.

Quadro 11*Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Escola*

	Wald	gl	Sig
Satisfação Escola	22.808	2	.000
Ansiedade Desempenho	1.162	2	.559

Relações Interpessoais

Verificam-se correlações negativas fracas entre a 'Satisfação com os amigos' e a *Ansiedade/Depressão* e o *Total de Problemas* (ver Quadro 12), no sentido em que quanto maior a satisfação nas relações de amizade, menores são os níveis de ansiedade/depressão e comportamentos-problema reportados pelos adolescentes.

Quadro 12

Correlações (Spearman) entre Variável da Categoria Relações Interpessoais e Medidas do YSR

	Ansiedade/ Depressão	Total Problemas
Satisfação Amigos	-.29***	-.34***

Nota. *** $p < .001$.

A regressão logística a partir das variáveis da categoria das Relações Interpessoais relativamente à condição clínica, indica como preditores: 'Ter amigos' ($X^2_{Wald}(2) = 6.263$; $p = .004$) e 'Satisfação com os amigos' ($X^2_{Wald}(4) = 14.633$; $p = .006$) (ver Quadro 13).

Esta regressão permite predizer 18% dos casos com vulnerabilidade clínica e 97.9% dos casos não clínicos, o que sugere que a ausência de satisfação com os amigos será um potencial fator de risco, e sobretudo, a presença desse tipo de satisfação constituirá um importante fator de proteção.

Quadro 13

Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas às Relações Interpessoais

	Wald	gl	Sig
Ter amigos	6.263	2	.004
Satisfação Amigos	14.633	4	.006

Saúde

Relativamente aos consumos, existe uma correlação negativa, embora fraca, entre os 'Hábitos tabágicos' e o *Total de Problemas* (ver Quadro 14), no sentido em que os adolescentes que fumam com maior regularidade, reportam comportamentos-problema com menor frequência, o que não acontece relativamente à *Ansiedade/Depressão*.

Já a 'Satisfação com a saúde' apresenta correlações negativas mais expressivas com a *Ansiedade/Depressão* e o *Total de Problemas*, revelando que os adolescentes que se sentem mais satisfeitos relativamente à sua saúde, têm menores níveis de ansiedade/depressão e menos comportamentos-problema.

Quadro 14*Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Saúde e medidas do YSR*

	Ansiedade/ Depressão	Total Problemas
Hábitos Tabágicos	-.00	-.16**
Consumo Álcool	-.07	.10
Satisfação Saúde	-.29***	-.37***

*Nota. **p < .01; ***p < .001.*

A regressão a partir das variáveis da categoria da saúde relativamente à condição clínica, indica como preditores a 'Satisfação relativamente à saúde' ($X^2_{wald}(1) = 9.503$; $p = .002$) e 'Consultas de Psicologia/Psiquiatria no passado' ($X^2_{wald}(1) = 6.727$; $p = .009$) (ver Quadro 15). Este modelo permite predizer apenas cerca de 3% dos casos do grupo não clínico e 99% dos casos com vulnerabilidade clínica, pelo que as variáveis referidas se indiciam sobretudo como fatores de proteção.

Quadro 15*Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas à Saúde*

	Wald	gl	Sig
Consultas Psic./Psiqu. Passado	6.727	1	.009
Consultas Psic./Psiqu. Presente	2.828	1	.093
Satisfação Saúde	9.503	1	.002

Acontecimentos de vida significativos

Relativamente aos acontecimentos de vida significativos, a regressão logística revelou que a existência de um acontecimento stressante no presente é um preditor relativamente à condição clínica ($X^2_{wald}(1) = 27.068$; $p = .000$) (ver Quadro 16).

Este modelo permite predizer 100% dos casos do grupo não clínico, o que sugere que o não vivenciar acontecimentos stressantes no presente constituirá provavelmente um fator de proteção.

Quadro 16*Regressão da Condição Clínica a partir das Variáveis relativas aos Acontecimentos de Vida Significativos*

	Wald	gl	Sig
Acontecimento Stressante Passado	.958	1	.328
Acontecimento Stressante Presente	27.068	1	.000

Perceção Pessoal

As correlações entre as variáveis relativas à 'perceção pessoal' e à *Ansiedade/Depressão* e *Total de Problemas* revelaram ser negativas, à exceção da correlação entre a 'Preocupação excessiva' e as medidas do YSR (ver Quadro 17).

É a ‘Percepção Pessoal Global’, dimensão que agrega as outras variáveis desta categoria, que apresenta valores superiores indicando, assim, uma forte associação entre a percepção pessoal global e os níveis de ansiedade e os comportamentos-problema. Estes dados são particularmente relevantes no sentido em que revelam a importância da percepção que o adolescente tem sobre si próprio relativamente à vivência de ansiedade e de vulnerabilidade clínica.

Quadro 17

Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Percepção Pessoal e medidas do YSR

	Ansiedade/ Depressão	Total Problemas
Sentir Bem	-.46***	-.48***
Ser Feliz	-.35***	-.42***
Preocupação Excessiva	.48***	.36***
Satisfação com o próprio	-.48***	-.48***
Percepção Pessoal Global	-.59***	-.58***

Nota. *** $p < .001$.

Considerando a predição da condição clínica a partir de um modelo global que agrega a ‘Percepção Pessoal Global’, como dimensão pessoal, a par de um conjunto de dimensões relativas ao grau de satisfação com diferentes contextos de vida, permite identificar a dimensão pessoal como o preditor mais relevante, seguido pela dimensão ‘Satisfação com a Escola’ (ver Quadro 18).

Este modelo permite prever 97% dos casos do grupo não clínico e 26% dos casos com vulnerabilidade clínica, pelo que a ‘Percepção Pessoal Global’ e a ‘Satisfação com a Escola’ se afiguram como importantes fatores preditivos. Deste modo, uma percepção pessoal negativa e uma insatisfação com a escola podem constituir-se como fatores de risco, ao mesmo tempo que uma percepção de si positiva e uma vida escolar satisfatória podem ser importantes protetores face à vulnerabilidade psicopatológica.

Quadro 18

Regressão da Condição Clínica a partir de um conjunto de Variáveis

	Wald	gl	Sig
Satisfação Família	1.062	2	.588
Satisfação Escola	11.125	2	.004
Satisfação Amigos	4.404	2	.111
Satisfação Saúde	1.729	2	.421
Percepção Pessoal Global	17.509	2	.000

4. Discussão

No que se refere às medidas finais do YSR, quer às parciais, quer às globais, a amostra em estudo revelou elevados níveis relativamente aos dados normativos da população portuguesa, aproximando-se dos dados normativos para o grupo clínico. Neste sentido, os adolescentes em estudo revelam um nível relativamente elevado de vulnerabilidade clínica.

A análise relativamente ao sexo dos participantes indica que não há diferenciação quanto à generalidade das medidas, exceto em *Ansiedade/Depressão* e *Queixas Somáticas* onde o sexo feminino apresenta resultados mais elevados. Estes dados são concordantes com a literatura que refere a predominância de problemas internalizantes (e.g., *Ansiedade/Depressão* e *Queixas Somáticas*) nas raparigas, comparativamente aos rapazes (Bobrowski et al., 2007; Orgilés et al., 2012).

Nos grupos de idade analisados (14-16 anos e 17-19 anos) não se registaram diferenças quanto às medidas finais do YSR. Esta constatação corrobora a ideia de que a idade dos 13 anos é aquela em que se verificará aumento da ansiedade (Leikanger & Larsson, 2012; Raknes et al., 2017; Van Oort et al., 2009), tendendo a manter-se posteriormente (Merikangas et al., 2009).

A análise das intercorrelações das medidas do YSR indica que o *Cluster Ansiedade/Depressão* se correlaciona com todas as medidas finais, o que indicia que este se constitui como um indicador transversal à generalidade do tipo de problema dos adolescentes e será, portanto, um importante indiciador de situações de vulnerabilidade psicopatológica. Esta constatação é importante sobretudo no contexto da investigação recente (Patalay et al., 2015) que refere a existência de uma dimensão geral psicopatológica nos adolescentes.³

Tendo como referência o *Cluster Ansiedade/Depressão*, para apoiar e fundamentar as bases teóricas relativamente à sintomatologia ansiosa, verificou-se, através dos valores médios, que os itens mais relacionados com a ansiedade assumem valores mais elevados que os relacionados com a depressão, a qual não “interferiu” significativamente na medida de ansiedade. Tal vai de encontro ao referido por Clark e Watson (1991) de que, embora existam sintomas específicos de ansiedade e depressão, há importantes sintomas comuns a estes dois quadros.

Relativamente à perceção dos adolescentes sobre si próprios verificou-se que a maioria tem uma perceção global satisfatória ou medianamente satisfatória, o que constitui

³ “The general psychopathology bi-factor significantly predicted odds of future psychopathology with large effect sizes, whereas the internalising and externalising dimensions had small or moderate predictive effect sizes” (cit. Patalay et al., 2015).

um indicador de saúde mental na adolescência e corrobora a ideia de Lerner e colaboradores (2005) sobre a competência *confidence* tão importante nesta fase de vida.

Em termos de satisfação global com as relações familiares verifica-se que a maioria dos adolescentes está satisfeita ou muito satisfeita. Quanto à escola e no que respeita à ansiedade antes, durante e depois das avaliações, os adolescentes revelam níveis de ansiedade de desempenho elevados. Tal confirma o referido por Graziano, DeGiovanni e Garcia (1979) de que os adolescentes focam a sua ansiedade em situações de avaliação escolar, como testes ou apresentações.

Das relações interpessoais ressalta que a maioria não tem dificuldades relacionais e está satisfeita ou muito satisfeita com o seu grupo de amigos, permitindo verificar o desempenho, na adolescência, das competências *connection* e *caring* (Lerner et al., 2005).

Relativamente aos fatores psicossociais individuais e contextuais que podem constituir-se como de risco e de proteção, identificou-se que a *perceção pessoal global* e a *vivência de uma situação difícil* ou *particularmente stressante no presente* se afiguram como preditores de vulnerabilidade clínica. Esta constatação vai ao encontro, designadamente, da associação da ansiedade a uma baixa autoestima e autoeficácia (Bandura, 2001; Landon et al., 2007) e à dificuldade de responder a eventos difíceis do dia a dia (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Kinderman, Schwannauer, Pontin, & Tai, 2013).

Em termos do contexto familiar, fatores como *conflitos familiares*, *dificuldades financeiras* e a *relação mantida com o pai* também se revelaram preditores de vulnerabilidade clínica. Em sentido semelhante, Hutz (2002) defende que o baixo nível socioeconómico e a ausência de um dos pais são fatores de risco para o desenvolvimento psicológico.

No contexto escolar, o nível de *satisfação na escola* indicia-se como um fator de proteção, na medida em que assumiu um importante valor preditivo na amostra não clínica. A influência que a satisfação do adolescente com a escola tem no desenvolvimento de vivências de ansiedade pode ser considerada, não só por via direta mas também indireta, pois a escola, como referem Marriel, De Asis, Avanci e Oliveira (2006), é um lugar onde a socialização, a promoção da cidadania, de atitudes e opiniões e o desenvolvimento pessoal podem ser incrementados.

O facto dos adolescentes terem grupos de amigos (e.g., na escola, na turma ou na zona de residência), de estarem satisfeitos com as relações de amizade que com eles estabelecem, revelaram ser fatores protetores, corroborando a importância, na adolescência, do apoio e da relação dos pares (Laible et al., 2000).

No que respeita à saúde, o recurso a consultas de psicologia/psiquiatria no passado e a satisfação quanto à saúde revelaram ser indicadores preditivos relativamente à condição clínica. Esta constatação vai ao encontro dos que defendem que, perante uma mesma situação de risco, há indivíduos mais suscetíveis ou vulneráveis que outros, devido a diferenças fisiológicas ou psicológicas (Sapienza & Pedromônico, 2005).

A perceção pessoal global revelou ser o mais significativo e relevante indicador preditivo da vulnerabilidade clínica. Isto é, quando conjugado com os fatores contextuais, a perceção que o adolescente tem de si próprio assume um papel fulcral relativamente à saúde mental do adolescente, nomeadamente quanto à sintomatologia ansiosa: se a perceção de si próprio for negativa pode constituir um fator de risco; se for positiva será um fator de proteção face à saúde mental do jovem.

Os resultados do estudo entendidos à luz da teoria bioecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner (1993) e da psicopatologia do desenvolvimento, nomeadamente de Rutter (1987), chamam a atenção para o facto de os fatores individuais e contextuais estarem necessariamente em interação e terem efeitos proximais e distais no decurso do desenvolvimento psicológico e psicossocial. Estes fatores ao interagirem de forma permanente entre si e envolverem os diferentes sistemas e subsistemas de vida, nomeadamente dos adolescentes, constituem-se como potenciais fatores ou processos de risco ou de proteção relativamente ao seu processo de desenvolvimento e à sua saúde mental.

Um outro dado importante deste estudo tem a ver com o papel da ansiedade como sintoma. A sintomatologia ansiosa revela-se associada às perturbações de internalização e à saúde mental em geral. Segundo a literatura (Egger & Angold, 2006) a sua deteção precoce e a adoção de medidas que obstem à manutenção e agravamento da sintomatologia ansiosa, é importante para prevenir a emergência de patologia futura, na juventude e na idade adulta.

Conclusão

A adolescência caracteriza-se por importantes transformações a vários níveis (físico, neuropsicológico, emocional, social e cognitivo), o que torna esta fase do desenvolvimento mais vulnerável. Em parte porque as novas capacidades existentes abrem portas à experimentação, à autonomização de figuras de vinculação e a uma maior exposição às influências do meio, e tudo isto ocorre num contexto de relativa imaturidade neuropsicológica. Nesse sentido, o percurso de desenvolvimento adolescente está muitas vezes associado a alguma vulnerabilidade psicopatológica.

O presente estudo teve como objetivo central o de analisar as expressões vivenciais e comportamentais de ansiedade em adolescentes portugueses e identificar fatores individuais e contextuais preditores de vulnerabilidade à psicopatologia. Interessava, em particular, analisar a influência da perceção pessoal e dos contextos de vida (família, escola, relações interpessoais), bem como de aspetos referentes à saúde e acontecimentos de vida significativos, relativamente ao nível de ansiedade vivenciada.

Para tal, foi estudada uma amostra de adolescentes portugueses, recorrendo a dois instrumentos, o *Youth Self Report* e um Questionário Psicossocial elaborado para este efeito, no sentido de estabelecer a relação entre os diferentes tipos de comportamentos-problema e os fatores individuais e contextuais, determinantes na emergência de sintomatologia clínica, nomeadamente de natureza ansiosa.

As conclusões mais importantes deste trabalho são relativas à identificação da potencial transversalidade da ansiedade relativamente a várias áreas problema no campo da saúde mental dos adolescentes. A análise dos dados demonstrou que o *Cluster Ansiedade/Depressão* é transversal e está associado a todos os tipos de problema e à vulnerabilidade psicopatológica global, indo de encontro ao modelo de Patalay e colaboradores (2015).

Por outro lado, foram também identificados os fatores psicossociais com maior potencial preditivo relativamente à condição de normalidade ou clínica.

Uma menor satisfação dos adolescentes relativamente aos diferentes contextos em que estão inseridos e em que convivem diariamente (e.g., família e escola), bem como com as suas relações interpessoais revelou níveis elevados de *Ansiedade/Depressão* e de vulnerabilidade psicopatológica.

Os conflitos familiares, as dificuldades financeiras na família, a relação com o pai, a satisfação nas relações de amizade e a vivência atual de uma situação difícil revelaram-se

preditores da condição clínica, tal como a satisfação na escola se revelou um importante fator de proteção.

A perceção pessoal global, quando conjugada com os fatores contextuais, demonstrou ser a mais relevante na predição da condição clínica, evidenciando que os fatores individuais, especialmente a avaliação que o adolescente faz de si próprio, têm um papel fundamental na saúde mental dos adolescentes.

As conclusões do estudo têm contudo algumas limitações. Uma das limitações do mesmo prende-se com a amostra do estudo que, apesar de ampla e de representar os dois sexos e diferentes idades, não tem capacidade para ser representativa da população portuguesa adolescente.

Por outro lado, e dado que o estudo é centrado na caracterização de aspetos vivenciais da ansiedade poderia ter integrado outras metodologias de recolha de dados que não apenas os *self-reports*. A utilização de uma entrevista com o próprio adolescente, poderia ter proporcionado dados qualitativos mais pormenorizados sobre a sua vivência e envolvência.

Outro aspeto que poderá ser limitativo respeita ao facto do estudo não ser longitudinal e não permitir analisar a veracidade dos fatores preditivos da sintomatologia ansiosa e dos comportamentos-problema ao longo de um certo período de tempo.

Dos resultados do estudo podem também ser derivadas algumas implicações para a prática clínica. Eles permitem reforçar a ideia de que os fatores individuais e contextuais têm um papel fundamental na saúde mental dos adolescentes, podendo ser de proteção ou de risco. A intervenção junto das famílias, com o objetivo de promover fatores de proteção, revela-se importante para que os jovens se sintam bem e apoiados pelos que lhes são mais próximos. Nos casos de risco poderá inclusive incentivar os pais à frequência de programas de desenvolvimento de competências parentais.

Uma vez que a escola e a satisfação do adolescente com a vida escolar se revela também um fator protetor relativamente à construção por parte do adolescente de uma perceção de si positiva e de saúde mental, seria igualmente importante intervir junto do contexto escolar e promover programas de apoio e ajuda aos adolescentes que se encontram numa situação de vulnerabilidade.

Investigações futuras

Considera-se útil replicar o estudo com amostras de maior dimensão, em termos do número de escolas envolvidas. Por outro lado, seria interessante ampliar o âmbito geográfico

do estudo, incluindo meios rurais, para poder apurar semelhanças e diferenças na sintomatologia ansiosa destes adolescentes relativamente aos do meio urbano.

Em investigações futuras também se entende útil a realização de uma entrevista com o adolescente, com o objetivo de aprofundar os dados recolhidos nos questionários, com dados mais contextualizados da sua história de vida, e de obter mais informações sobre a perceção pessoal de cada adolescente, face a si próprio e aos contextos envolventes.

Por fim, seria também importante realizar um estudo longitudinal que permitisse acompanhar a sintomatologia ansiosa dos alunos no decurso desta etapa de vida, voltando a aplicar os questionários decorrido um ou mais anos relativamente às primeiras respostas obtidas, para se aprofundar a análise dos indicadores preditivos recolhidos no primeiro momento.

Referências

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Adaptação Portuguesa. Braga, Portugal: Psiquilibrios.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- Alva, S. A., & de Los Reyes, R. (1999). Psychosocial stress, internalized symptoms, and the academic achievement of Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Research, 14*(3), 343-358.
- APA – American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais-: DSM-5*. Climpesi Editores.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C., & Cole, R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. In Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D.E, Nuechterlein, K. H & Weintraub, S. (1990). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 257-280). Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist, 28*(2), 117-148.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1–56.
- Becker, D. (1994). *O que é adolescência*. (13ª ed). São Paulo: Brasiliense.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and psychiatry, 48*(12), 1174-1183.
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine, 105*(3), 111-116.
- Blakemore, S. J., & Mills, K. L. (2013). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology, 65*, 187-207.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology, 1*(4), 351.

- Bobrowski, K. J., Czabała, J. C., Brykczyńska, C. (2007). Risk behaviors as a dimension of mental health assessment in adolescents. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(2), 17–26.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856..
- Braconnier, A. (2002). *Guia da adolescência*. Editora Prefácio.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: research models and fugitive findings. Em R. Wozniak & K. Fischer (Orgs.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments* (pp. 3-44). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner, & W. Damon (Eds), *Handbook of child psychology: Theoretical of models of human development* (pp. 793-828). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Buchanan, R., & Bowen, G. (2008). In the context of adult support: The influence of peer support on the psychological well-being of middle-school students. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(5), 397-407.
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316.
- Coslin, P. G. (2009). *Psicologia do Adolescente* (Coleção Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia). Lisboa: Instituto Piaget.
- Curzik, D., & Salkicevic, S. (2016). Perceived parent and peer alienation and its relations to anxiety sensitivity, pathological worry, and generalised anxiety disorder symptoms. *Australian Psychologist*, 51(3), 223-230.
- 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(3-4), 313-337.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.

- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed. A review*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Eysenck, H. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria*. New York, NY: Praeger.
- Eysenck, M.W. (1998). Trait anxiety and stress. In S. Fisher & J. Reason (Eds). *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. London: Wiley.
- Freud, S. (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety. 1975 *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Fitzpatrick, S., & Bussey, K. (2014). The role of perceived friendship self-efficacy as a protective factor against the negative effects of social victimization. *Social Development*, 23(1), 41–60.
- Graziano, A. M., DeGiovanni, I. S., & Garcia, K. A. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86(4), 804.
- Hawley, D. R., & DeHann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35 (3), 283-298.
- Hutz, C. S. (2002). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Casa do Psicólogo.
- Kendall, P. C. (2012). Anxiety disorders in youth. *Child and adolescent therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*, 143-189.
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. *PloS one*, 8(10).
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência familiar: uma visão ecológica. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Landon, T. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2007). Self-efficacy: A comparison between clinically anxious and non-referred youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(1), 31-45.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Leikanger, E., & Larsson, B. (2012). One-year stability, change and incidence in anxiety symptoms among early adolescents in the general population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 493-501.

- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., & Smith, L. M. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.
- Lourenço, O. M. (2002a). *Psicologia de desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações*. (3ª ed). Coimbra: Livraria Almedina.
- Lourenço, O. M. (2002b). *Psicologia do desenvolvimento cognitivo: teoria, dados e implicações*. (2ª ed). Coimbra: Livraria Almedina.
- Mandler. G. (1984). *Mind and body*. New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Manual de Psicopatologia do Adolescente*. Climepsi Editores.
- Marriel, L. C., De Asis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. (2006). Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, 36(127), 35-50.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7.
- Mower, O. H. (1953) A stimulus response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Readings in Learning* L. M. Stolurow (Ed) Englewood Cliffs, New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.
- Ohman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. In M. Lewis., & J.M. Haviland (Eds). *Handbook of the Emotions*. New York, NY: The Guilford Press.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Patalay, P., Fonagy, P., Deighton, J., Belsky, J., Vostanis, P., & Wolpert, M. (2015). A general psychopathology factor in early adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 15-22.
- Pesce, R. P., Assis, S. G. D., Santos, N., & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Raknes, S., Pallesen, S., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregrov, K & Haugland, B. S. M. (2017). Negative life events, social support, and self-efficacy in anxious adolescents. *Psychological Reports*, 120(4), 609-626.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 229-239.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D.E, Nuechterlein, K. H & Weintraub, S. (1990). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp.181-214). Cambridge University Press.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Smetana, J.G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and Behavior*, 1 (3).
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (1999). *Psicologia do adolescente* (2ª edição portuguesa). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106.

- Steinberg, L. & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L. & Scott, E.S. (2003). Less guilty by reason of adolescence – Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American Psychologist*, 58 (12), 1009-1018.
- Strongman, K.T. (1995). Theory of anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.
- Teixeira de Melo, A., & Alarcão, M. (2009). Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental: proposta de um modelo global de organização. *Psicologia & Sociedade*, 21(1).
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2009). The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1209-1217.
- Weems, C.F., Graham, R.A., Scott, B.G., Banks, D.M & Russell, J.D., 2013. Suppressor effects and age differences in the expression of anxious emotion. *Personal Individual Differences*. 55, 283–287.
- World Health Organization (WHO) (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Consultado em <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/> a 23 de maio de 2018.
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Primeiro nome: _____ 1.2 Idade: _____ 1.3 Data de nascimento: / /

1.4 Sexo: Feminino Masculino 1.5 Nacionalidade: _____

1.6 Com quem vives atualmente (assinala com uma cruz os elementos que vivem em tua casa e o seu número):

	Pai	Mãe	Padrasto	Madrasta	Irmãos	Avó/Avô	Outros Familiares	Outros (Não Familiares)
Sim (x)								
Nº elementos								

Se periodicamente vives noutra agregado familiar indica com quem vives, o número de elementos e em média quanto tempo:

2. FAMÍLIA

2.1 Qual o nível de escolaridade do teu Pai e da tua Mãe:

Pai	1º Ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>	3º Ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo (5º - 6º ano) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>	Pós-licenciatura <input type="checkbox"/>
Mãe	1º Ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>	3º Ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo (5º - 6º ano) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>	Pós-licenciatura <input type="checkbox"/>

2.2 Qual é a situação profissional do teu Pai e da tua Mãe?

Pai	Empregado <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____
Mãe	Empregada <input type="checkbox"/>	Desempregada <input type="checkbox"/>	Reformada <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____

2.3 Qual a situação conjugal dos teus pais? Casados/União de Facto Separados/Divorciados Outro: Qual: _____

2.4 Conflitos Familiares: Não Sim Por vezes

2.5 Familiares com doença psiquiátrica: Não Sim

2.6 Familiares com problemas de saúde graves: Não Sim

2.7 Dificuldades financeiras: Não Sim

2.8 Como avalias a tua relação com o teu Pai e com a tua Mãe?

Pai	Muito Positiva <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Nem Positiva nem Negativa <input type="checkbox"/>	Negativa: <input type="checkbox"/>	Muito Negativa <input type="checkbox"/>
Mãe	Muito Positiva <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Nem Positiva nem Negativa <input type="checkbox"/>	Negativa: <input type="checkbox"/>	Muito Negativa <input type="checkbox"/>

2.9 Como avalias o estilo educativo do teu Pai e da tua Mãe?

Pai	Adequado <input type="checkbox"/>	Permissivo <input type="checkbox"/>	Autoritário <input type="checkbox"/>	Punitivo: <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____
Mãe	Adequado <input type="checkbox"/>	Permissivo <input type="checkbox"/>	Autoritário <input type="checkbox"/>	Punitivo <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____

2.10 Como te sentes com a tua família?

Muito Insatisfeito/a Insatisfeito/a Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a Satisfeito/a Muito Satisfeito/a

3. ESCOLA

3.1 Que ano escolar frequentas? 10º ano 11º ano 12º ano Que área estás a frequentar? _____

3.2 Que notas costuma ter? Baixas Médias Altas

3.3 Já reprovaste algum ano(s)? Não Sim Se sim, em que ano(s): _____

3.4 Alguma vez mudaste de escola desde o 7º ano? Não Sim Se sim, qual o motivo: _____

3.5 Tiveste algum dos seguintes problemas na escola? Disciplinar Suspensão Expulsão

3.6 Como é que te sentes na escola? Muito Mal Mal Nem Mal nem Bem Bem Muito Bem

3.7 Alguns jovens da tua idade perante testes e apresentações de trabalhos sentem-se, por exemplo, tranquilos, calmos, tensos, com medo, preocupados, ansioso ou agitados, e tu como te sentes?

Antes dos testes _____

Durante os testes _____

Após os testes (até saber o resultado)

3.8 Quais são os apoios que sentes que tens relativamente aos estudos? Familiares Outras pessoas Não Tenho

3.9 Quais são os teus planos para o futuro? Faculdade Curso Técnico-Profissional Trabalhar Outro:
Qual:

4. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

4.1 Tens amigos na escola? Não Sim 4.2 Tens amigos na tua turma? Não Sim

4.3 Tens amigos na tua zona de residência? Não Sim 4.4 Tens um grupo de amigos com quem costumavas sair? Não Sim

4.5 Já alguma vez te sentiste excluído do teu grupo de amigos? Não Sim 4.6 Quando tens algum problema, sentes que podes contar com o apoio de um amigo? Não Sim

4.7 Tens algum confidente? Não Sim 4.8 Tens ou tiveste namorado/a: Não Sim

4.9 Em comparação com os outros jovens da tua idade, como te dás com:

a) Os teus irmãos? Pior Nem melhor nem pior Melhor Não tenho irmãos

b) Os outros jovens? Pior Nem melhor nem pior Melhor

c) Os teus pais? Pior Nem melhor nem pior Melhor

4.10 Quão satisfeito/a te sentes com as tuas relações de amizade?
Muito Insatisfeito/a Insatisfeito/a Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a Satisfeito/a Muito Satisfeito/a

5. SAÚDE

5.1 Qual é o grau de satisfação relativamente à tua saúde?

Muito Insatisfeito/a Insatisfeito/a Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a Satisfeito/a Muito Satisfeito/a

5.2 Tomas medicamentos regularmente? Não Sim 5.3 Tens alguma doença crónica do foro físico? Não Sim

5.4 Tens alguma queixa/problema do foro psicológico? Não Sim 5.5 Já recorreste a consultas de psicologia/psiquiatria? Não Sim

5.6 Estás a ser seguido/a por um psicólogo/psiquiatra? Não Sim 5.7 Fumas? Nunca Raramente Regularmente

5.8 Consomes bebidas alcoólicas regularmente? Nunca Raramente Regularmente

6. PERCEÇÃO PESSOAL

6.1 Sinto-me bem: Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

6.2 Sou feliz: Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

6.3 Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância: Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

6.4 Sinto-me satisfeito/a comigo próprio: Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

7. ATIVIDADES LÚDICAS

7.1 Indica os desportos em que gostas de participar: (Por ex: natação, futebol, remo, rugby, etc).

7.1.1 Em comparação com os jovens da tua idade, quanto tempo dedicas a cada um deles?

	Menos do que 1 vez por semana	1 vez por semana	Mais que 1 vez por semana
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Que atividades extracurriculares gostas de realizar: (Por ex: cinema, concertos, xadrez, etc).

7.2.1 Em comparação com os jovens da tua idade, quanto tempo dedicas a cada uma delas?

	Menos do que 1 vez por semana	1 vez por semana	Mais do que 1 vez por semana
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. _____
c. _____

8. ACONTECIMENTOS DE VIDA SIGNIFICATIVOS

8.1 No último ano vivenciaste algum acontecimento particularmente stressante?

Não

Sim

8.2 Estás a viver atualmente alguma situação difícil ou particularmente stressante?

Não

Sim

Muito Obrigada!



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Exmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Executivo da
Escola _____

Somos alunas da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e estamos a realizar um estudo, sob a orientação da Prof^ª. Doutora Rosa Novo, sobre experiências subjetivas associadas a alterações de comportamento em jovens estudantes do ensino secundário.

Neste âmbito, vimos solicitar a sua colaboração no sentido de facultar condições para a recolha de dados junto dos alunos das turmas do Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) da vossa Escola.

O protocolo de investigação (anexo A) será aplicado em grupo e envolverá cerca de 40 minutos. A participação dos alunos será voluntária e sujeita à autorização prévia do Encarregado de Educação (anexo B). As respostas dadas serão confidenciais e a análise dos dados será realizada de forma global, sendo que todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia.

As escolas participantes poderão ter acesso aos resultados desta investigação logo que ultimada, o que se espera ocorra até dezembro de 2018.

Agradecemos o acolhimento deste pedido e disponibilizamo-nos para os esclarecimentos que entendam necessários.

Na expectativa do v/ contacto, apresentamos os melhores cumprimentos

(Mafalda Estrela)

(Sara Valadares)

Faculdade de Psicologia, XXX de janeiro de 2018

Contactos:

Mafalda Estrela: 917 437 842; estrela_maf@hotmail.com);

Sara Valadares: 962 686 084; sarafilipav@hotmail.com);

Rosa Novo: 217 943 600; rnovo@psicologia.ulisboa.pt



CONSENTIMENTO INFORMADO

Está em curso na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa uma investigação de Mafalda Pitta da Cunha Calçada Estrela e Sara Filipa Vieira dos Santos Valadares, sob orientação da Prof.^a Doutora Rosa Ferreira Novo.

O objetivo do estudo é o de compreender a dinâmica da experiência subjetiva e os fatores associados a alterações de comportamento em jovens estudantes do ensino secundário.

A participação nesta investigação implica a resposta a dois breves questionários, um deles relativo a dados psicossociais e outro à temática do estudo, resposta que globalmente envolverá cerca de quarenta minutos.

A participação no estudo é voluntária e mesmo após a manifestação de aceitação em participar no mesmo, o seu educando poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar. Os dados recolhidos são confidenciais (apenas os elementos da equipa da investigação terão acesso a eles) e todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia.

Esta investigação irá ter continuidade numa segunda fase, pelo que lhe pedimos que deixe o seu contacto telefónico ou email (no local abaixo indicado) para, se necessário, voltarmos a solicitar-lhe a colaboração do seu educando.

Para qualquer esclarecimento adicional ou para obter informação sobre os resultados deste estudo, que se estima vir a estar concluído até dezembro de 2018, poderá contactar-nos: Mafalda Estrela (estrela_maf@hotmail.com) ou Sara Valadares (sarafilipav@hotmail.com).

A participação do seu educando será muito importante para a investigação, pelo que muito agradecemos a sua disponibilidade e autorização nesse sentido.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e que aceito que o meu educando colabore voluntariamente nesta investigação.

Aluno: Primeiro Nome _____ Data de Nascimento ____/____/____)

Encarregado de Educação: Contacto telefónico ou email: _____

_____ de _____ de 2018

(Assinatura do Encarregado de Educação)*

* Se o educando tiver 18 ou mais anos de idade, poderá ele próprio preencher o consentimento.

Nº de ordem: _____



INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Pretendemos levar a cabo um estudo, sobre a dinâmica da experiência subjetiva e os fatores associados a alterações do comportamento dos jovens estudantes do ensino secundário, para o qual a tua participação é muito importante.

A participação consiste na resposta a dois breves questionários, um sobre dados psicossociais e outro sobre a temática do estudo, e envolve cerca de quarenta minutos.

A tua participação é voluntária, sendo possível desistires a qualquer momento, se o desejares. Os dados são tratados e apresentados com total confidencialidade. Prevê-se uma segunda fase do estudo com um número reduzido de participantes. Caso se justifique e o teu encarregado de educação autorize, serás posteriormente contactado para avaliares da tua vontade em participar.

Para já, pedimos-te apenas que colabores nesta primeira fase. Para esclarecer qualquer dúvida podes contactar-nos: Mafalda Estrela (estrela_maf@hotmail.com) ou Sara Valadares (sarafilipav@hotmail.com).

Muito obrigada pela tua participação!