



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES,
PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA
EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS*

Ana Sara da Silva Maximiano

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Faro 2013

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

***ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES,
PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA
EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS***

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora: Professora Doutora Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Ana Sara da Silva Maximiano

Faro 2013

ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES, PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright – Ana Sara da Silva Maximiano. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

À Professora Ida Lemos, pela orientação, por estar sempre disponível a qualquer solicitação, pela paciência, palavras de incentivo e coragem, mas principalmente pelas suas palavras ditas no 3º ano da Licenciatura que nunca mais foram esquecidas “Eu sei que a Sara é capaz de mais e melhor.” Obrigada!

Ao concelho executivo da escola básica pela autorização à execução deste estudo.

À Dra. Sofia Martins, psicóloga escolar da escola, pela preciosa ajuda na recolha de dados.

Aos professores que gentilmente me cederam as suas aulas para a aplicação dos instrumentos.

Aos encarregados de educação que gentilmente me cederam as suas autorizações facilitando assim a recolha de dados.

Aos Adolescentes pela colaboração indispensável à realização deste trabalho, pela vontade de me ajudar e pela forma carinhosa que me receberam.

Aos professores que fizeram parte da minha formação durante todo o percurso da Licenciatura e Mestrado que, de alguma forma, contribuíram com todos os ensinamentos necessários para a minha formação e elaboração desta dissertação.

De um modo geral, a todos os meus amigos pelo companheirismo e amizade, mas especialmente a três pessoas: à minha colega e amiga Tânia Saramago pelas dicas de estatística, sugestões ao meu trabalho e pelos anos de pura amizade; à minha amiga Maria Helena Esteves por nunca me deixar desistir e de acreditar em mim, demonstrando-me sempre que eu ia ser capaz; e a minha amiga Filipa Antunes pela companhia e amizade prestada em todas as longas tardes de trabalho na biblioteca.

Ao meu pai por acreditar sempre em mim. À minha mãe por me desafiar a ser sempre melhor. A ambos um grande e sincero obrigado, por me ajudarem sempre que precisei e pelos sacrifícios que me permitiram realizar mais este sonho.

Ao meu irmão, muito obrigado pelo teu amor incondicional que tanta força me deu durante estes anos e por seres o meu melhor amigo. Porque sem ti tudo era mais difícil!

Resumo

Os acontecimentos de vida stressantes enquanto constructo psicológico referem-se a experiências com um impacto significativo no desenvolvimento de perturbações durante a adolescência. Relacionam-se ainda com a perceção da qualidade de vida por parte do adolescente (Marcelli & Braconnier, 2005). O objetivo do presente trabalho foi o de estudar os acontecimentos de vida stressantes enquanto possíveis potenciadores de perturbações psicopatológicas, assim como, as consequências destas duas variáveis na qualidade de vida, saúde e bem-estar do adolescente. Para a recolha de informação foram utilizados os seguintes instrumentos: um Questionário de dados Sociodemográficos e familiares (Nunes, Lemos & Guimarães, 2011); o Inventário de situações de vida stressantes (Oliva, et al, 2008); um Inventário de psicopatologia - Youth Self Report (Achenbach, 1991 versão portuguesa de Fonseca, et al, 1994); e o Inventário de Qualidade de vida saúde e bem-estar - KIDSCREEN-52 Group, 2004 versão portuguesa do Projeto Aventura Social, 2006). A amostra consistiu em 87 adolescentes escolarizados, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Os resultados obtidos indicam que o número de acontecimentos de vida stressantes se encontra significativamente e positivamente associado com sintomatologia psicopatológica e negativamente associado com a perceção de qualidade de vida pelos participantes. Ainda, podemos verificar que a sintomatologia psicopatológica apresenta uma associação negativa com a qualidade de vida. Estes resultados sugerem uma inter-relação entre as variáveis em estudo, visto estarem as três correlacionadas.

Palavras-chave: acontecimentos de vida stressantes; psicopatologia; adolescência; qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Abstract

The stressful life events as psychological construct refer to experiments with a significant impact on the development of disorders during adolescence. Still relate to the perception of quality of life by adolescents (Marcelli & Braconnier, 2005). The aim of this work was to study the stressful life events as possible enhancers of psychological disorders, as well as the consequences of these two variables on quality of life, health and well-being of adolescents. For collecting information were used the following instruments: A Socio-demographic data questionnaire and family (Nunes, Lemos & Guimarães, 2011), the Inventory of stressful life situations (Oliva et al, 2008), an Inventory psychopathology - Youth Self Report (Achenbach, 1991 English version of Fonseca, such el, 1994) and the Inventory of Quality of life health and well-being - KIDSCREEN-52 Group, 2004 English version of Project Adventure Social, 2006). The sample consisted of 87 school adolescents aged between 12 and 17 years old. The results indicate that the number of stressful life events is significantly and positively associated with psychopathological symptoms and negatively associated with the perception of quality of life for participants. Still, we can see that the psychopathological symptom has a negative association with quality of life. These results suggest an interrelationship between the variables under study, as are the three correlated.

Keywords: Stressful life events, psychopathology, adolescence, quality of life, health and well-being

Índice

Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	V
Abstract	VI
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico.....	6
1.1. Adolescência	6
1.1.1. Crise na Adolescência.....	10
1.1.2. O normal e o patológico.....	11
1.2. Psicopatologia na Adolescência.....	12
1.3. Acontecimentos de vida stressantes (AVS) e Psicopatologia na Adolescência	17
1.4. Qualidade de vida (QV) do adolescente, Psicopatologia e AVN's.....	26
2. Estudo Empírico.....	34
2.1. Objetivos e questões de investigação.....	34
2.2. Método	34
2.2.1. Desenho de estudo	34
2.2.2. Amostra.....	35
2.2.2.1. Caracterização da amostra.....	35
2.2.2.2. Participantes	35
2.2.3. Instrumentos.....	37
2.2.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares	37
2.2.3.2. Situações de vida <i>stressantes</i>	37
2.2.3.3. YSR (Youth Self Report).....	38
2.2.3.4. O KIDSCREEN-52	39
2.3. Procedimentos de recolha e de tratamento de dados.....	42
2.3.1. Técnica da amostragem	42
2.3.2. Procedimentos de análise de dados.....	43
3. Resultados	46
3.1. Comparação entre grupos em função das variáveis sociodemográficas e familiares	46

3.1.1.	AVS, psicopatologia e QV em função do sexo	46
3.1.2.	AVS, psicopatologia e QV em função do grupo etário	48
3.1.3.	AVS, psicopatologia e QV em função da estrutura familiar	49
3.1.4.	AVS, psicopatologia e QV em função do estatuto socioeconómico	50
3.1.5.	Resultado das componentes da escala de Psicopatologia (YSR) em função das variáveis sociodemográficas.....	51
3.1.6.	Resultado das componentes da escala de KIDSCRREN em função das variáveis sociodemográficas.....	56
3.2.	Análises correlacionais.....	60
3.2.1.	Correlações entre os indicadores de psicopatologia e número de acontecimentos stressantes.	60
3.2.2.	Correlações entre o número de acontecimentos de vida stressantes e a percepção de qualidade de vida.	62
3.2.3.	Correlações entre os indicadores de Psicopatologia e a percepção de QV. 62	
3.2.4.	Preditores de psicopatologia	63
3.2.5.	Preditores da qualidade de vida do adolescente.....	65
4.	Discussão dos Resultados	68
4.1.	Diferenças no número de AVS, nas componentes de Psicopatologia e nas componentes da QV em função das variáveis sociodemográficas	68
4.2.	Associação entre Psicopatologia, a presença e o número de AVS e QV do adolescente.....	75
4.3.	Preditores da Psicopatologia.	77
4.4.	Preditores da Qualidade de vida.....	78
5.	Conclusão	80
6.	Referências Bibliográficas	84
ANEXOS	94

Índice de Anexos

Anexo A

Pedido de autorização para a realização do estudo ao órgão de gestão da escola 95

Anexo B

Pedido de autorização para a aplicação dos instrumentos aos encarregados de educação 97

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e familiares. 36	36
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo idade e ano escolar dos participantes 36	36
Tabela 3. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste <i>t</i> Student em função da variável <i>sexo</i> (N=87)..... 47	47
Tabela 4. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste <i>t</i> Student em função da variável Grupo etário (N=87). 49	49
Tabela 5. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste de Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87). 50	50
Tabela 6. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV teste <i>t</i> Student em função da variável estatuto socioeconómico (N=87). 51	51
Tabela 7. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste <i>t</i> Student em função da variável <i>sexo</i> (N=87). 52	52
Tabela 8. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste <i>t</i> Student em função da variável grupo etário (N=87). 53	53
Tabela 9. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87). 54	54
Tabela 10. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste <i>t</i> Student de em função da variável estatuto socioeconómico (N=87). 55	55
Tabela 11. Médias, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN e teste <i>t</i> Student em função da variável <i>sexo</i> (N=87). 56	56
Tabela 12. Médias, desvios-padrão das componentes do KIDSCRREN e teste <i>t</i> Student em função da variável grupo etário do adolescente (N=87). 57	57
Tabela 13. Média, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN e Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87). 58	58
Tabela 14. Média, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN teste <i>t</i> Student em função da variável estatuto socioeconómico (N=87). 60	60
Tabela 15. Matriz de correlações de Pearson entre os valores do YSR e número de AVS (N=87). 61	61
Tabela 16. Matriz de correlação de Pearson entre o número de AVS e o KIDSCREEN (N=87). 62	62
Tabela 17. Matriz de correlações de Pearson entre as pontuações obtidas no YSR e no KIDSCREEN (N=87). 63	63
Tabela 18. Modelo de regressão linear simples da Psicopatologia (N=87). 64	64
Tabela 20. Modelo de regressão linear simples da QV (N=87). 66	66

INTRODUÇÃO

Introdução

Todo o nosso percurso de vida é um processo de mudança e de adaptação, por isso mesmo, o conflito é inerente ao desenvolvimento. Todos os indivíduos têm de se adaptar a um processo contínuo de crescimento e envelhecimento em cada etapa da sua vida (Strecht, 2005).

Na nossa sociedade, até ao princípio do século XX, apenas eram consideradas duas fases no ciclo de vida: a infância e a idade adulta. Deste modo, a criança passava do meio familiar, onde aprendia todo o conhecimento básico, para o mundo do trabalho. Mais tarde, com a industrialização o conhecimento começa a ser assegurado pela escola, o que obrigava a manter as crianças na escola até à idade da adolescência (Ariès, 1986). Deste modo, a adolescência torna-se cada vez mais, um objeto de estudo, pondo em jogo todos os valores económicos e políticos relacionados (Braconnier & Marcelli, 2000).

Este estágio de desenvolvimento humano poderá representar um conjunto de respostas situacionais pelos indivíduos, numa determinada sociedade ou cultura (Sprinthall & Collins, 1999), um período de desenvolvimento de um processo contínuo que apresenta um desafio à mudança da infância para a idade adulta (Sampaio, 1993; Strecht, 2005). A negação da infância e a procura desesperada pela maturidade constitui um período de conflitos internos, vivenciados intensamente na relação com a família e com a sociedade (Sampaio, 1993).

Este período é reconhecido como uma fase de desenvolvimento emocional, onde ocorre um crescimento no autoconhecimento e auto consciencialização, havendo uma evolução nas capacidades introspetivas, com a finalidade do adolescente conseguir reconhecer, diferenciar, coordenar e controlar os seus processos emocionais internos. No entanto, tal não pode ocorrer sem a presença dos outros, ou seja, os “outros” ajudam

a definir aptidões permitindo ao adolescente melhorar os seus pensamentos e emoções, o que por sua vez aumenta e aperfeiçoa a capacidade de experimentar sentimentos e emoções (Cordeiro, 2005).

A literatura sobre a adolescência incide em grande parte em fatores de proteção e de risco, bem como, resiliência e vulnerabilidade. Segundo, Marcelli & Braconnier (2005) a vulnerabilidade individual de cada adolescente corre o perigo de uma descompensação patológica se acrescentarmos os fatores de risco familiares e/ou ambientais. Os autores referem que esta descompensação patológica está diretamente relacionada com os acontecimentos de vida stressantes (e.g. desemprego, doenças dos pais, hospitalização de um parente e/ou divórcio parental). As circunstâncias do ambiente em que o sujeito se desenvolve e os acontecimentos que ele irá enfrentar, especialmente durante a infância e a adolescência, afetam a formação da própria identidade do sujeito, o desenvolvimento de mecanismos de defesa e as estratégias de enfrentamento, bem como as capacidades sociais necessárias para o desenvolvimento e evolução (Rodríguez, et al., 2009).

Os acontecimentos de vida stressantes (AVS) são todos os fatos ou circunstâncias que ocorrem na vida das pessoas, com um começo identificável e que podem vir a prejudicar a saúde mental e/ou o bem-estar físico (García, Álvarez-Dardet & García, 2009; Canalda & Carbones, 2005). Deste modo, quando juntamos a todas as mudanças que o processo da adolescência inclui o ambiente e os acontecimentos de vida, o risco de surgir problemas no desenvolvimento do adolescente aumenta gradualmente (Petersen, 1988 citado em Russell, Subramanian, Russell, & Nair, 2012).

No que diz respeito às relações no seio da família, os adolescentes que vivem num contexto familiar conflituoso e cujos pais apresentam problemas ao nível do exercício da parentalidade tendem a ser psicologicamente desadaptados (Weiner, 1995).

O estudo do desenvolvimento da criança e do adolescente engloba ainda o conceito de qualidade de vida (QV). No entanto, é preciso ter atenção à interação de múltiplas variáveis (família, escola e comunidade) na vida da criança e do adolescente em desenvolvimento para analisar este conceito (Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2008).

É aceite pela comunidade científica que os AVS podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento do adolescente, influenciado a sua qualidade de vida e o nível de sintomatologia psicopatológica apresentada pelo adolescente durante esta fase de desenvolvimento.

Face às questões que atualmente são discutidas na literatura sobre a adolescência, psicopatologia e QV, no nosso estudo procuramos analisar quais as variáveis sociodemográficas poderão ser fatores de risco para a expressão de perturbações psicopatológicas, bem como, se a presença e a acumulação de AVS está relacionada com a sintomatologia psicopatológica e a perceção de QV, saúde e bem-estar em adolescentes escolarizados.

Perante os aspetos teóricos referidos e os objetivos do estudo dedicamos a primeira parte da dissertação ao enquadramento teórico do tema em estudo: acontecimentos de vida negativos, psicopatologia e QV. Começamos por abordar de uma forma geral o conceito de adolescência, englobando o conceito de crise, normal e patológico na adolescência.

Numa segunda parte, desenvolvemos o conceito psicopatologia na adolescência referenciando as relações entre os fatores de risco psicossocial e o desenvolvimento das perturbações (internalizadas e externalizadas) do comportamento na adolescência.

De seguida, incidiremos nas relações entre os AVS e o desenvolvimento de psicopatologia na adolescência. Neste ponto, procuraremos definir não apenas o conceito de AVS, mas sim conhecer as consequências da presença e da acumulação dos

AVS na expressão de psicopatologia, referindo ainda, segundo alguns autores, qual o tipo de acontecimentos mais importantes e mais recorrentes.

Por último, abordamos o conceito QV relacionando-a com os AVS e as perturbações psicopatológicas da adolescência. Nesta parte do enquadramento teórico pretendemos conhecer as inter-relações entre as três variáveis, de forma a podermos compreender as consequências da presença dos AVS e da sintomatologia na QV dos adolescentes.

A segunda parte da dissertação remete-nos para o estudo empírico. Descrevemos assim, a metodologia utilizada, definimos os objetivos e o tipo de estudo, caracterizamos a amostra, apresentamos os instrumentos utilizados e descrevemos o procedimento realizado.

Seguidamente apresentamos os resultados, com a posterior análise e discussão dos mesmos. Por último, apresentamos as principais conclusões, limitações do estudo e efetuamos algumas propostas para investigação futura.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento Teórico

1.1. Adolescência

A adolescência é uma “época de vida que se inicia pelos acontecimentos biológicos que caracterizam a puberdade e termina com a formação de valores e a identidade que caracterizam a idade adulta” (Sampaio, 1993). Nesta fase de crescimento desenvolvimento humano, o sujeito procura construir a sua identidade de uma forma pró-ativa, passando por um período em que a mudança é a principal fonte de toda a novidade (Oliveira, Albuquerque, Carvalho, Sendin, & Silva, 2009).

Antigamente, o conceito adolescência era inexistente, passar-se-ia de criança para adulto, queimando-se a fase da juventude, assim, de criança passava-se automaticamente para o pequeno adulto (Braconnier e Marcelli, 2000; Sprinthall & Collins, 1999). O conceito de adolescência surge nos séculos XVIII e XIX (Braconnier & Marcelli, 2000) e como a etimologia da palavra nos indica, significa crescer (Braconnier & Marcelli, 2005).

Neste âmbito, diversos autores tem realizado inúmeras tentativas de definir o conceito adolescência e/ou adolescente. Independentemente da corrente ou visão psicológica dos autores, todos eles concordam que a adolescência é um período evolutivo onde o adolescente enfrenta importantes desafios de comportamentos e mudanças físicas, bem como *stress* cognitivo, social e emocional que por sua vez podem influenciar o seu desenvolvimento psicológico (Forman, 1993; Patterson e McCubbin, 1987 in Santacana, et al, 2004).

Hall (1904), foi mais longe na sua opinião, para o autor, a importância deste estágio de desenvolvimento situa-se num “segundo nascimento”, ou seja, o autor defendia que os adolescentes experienciam verdadeiramente todos os estádio anteriores

de desenvolvimento pela segunda vez, mas um nível muito mais complicado (Sprinthall & Collins, 1999).

Atualmente, os adolescentes são definidos como um grupo social autónomo, com as suas próprias características (Braconnier & Marcelli, 2000), em que existem mudanças psicológicas e fisiológicas (Delaroche, 2006), exigindo um novo desafio: lidar com as mudanças físicas e psicológicas deste processo de maturação, encontrando assim um novo equilíbrio relacional. Assim, o adolescente afasta-se dos marcadores de crescimento infantil (pais e família) e integra-se num grupo de semelhantes com o objetivo de poder criar a sua identidade individual através da identidade social do seu grupo de pares (Strecht, 2005), vivenciando uma crise com duplo movimento: a negação da infância e a procura dum estatuto de adulto estável (Marcelli & Braconnier, 2005).

Trata-se então de um processo de desenvolvimento, onde a turbulência vivenciada é explicada pelas modificações físicas e a resolução de problemas psicossociais que caracterizam a passagem para a idade adulta. Assim no decorrer deste processo existem necessidades internas que exigem respostas e tarefas a realizar. A tensão interna característica da adolescência pode ser melhor equacionada e resolvida se a tensão infantil tiver sido devidamente organizada. A adolescência irá por muita coisa em causa no que diz respeito à saúde mental do adolescente, visto ser a última oportunidade deste entrar na vida adulta de forma saudável (Sampaio, 1993).

Por sua vez, Oliva (2003) resumiu adolescência como um momento vulnerável, de diferentes mudanças e papéis onde se vivencia diversas dificuldades relacionadas em três áreas: conflito com pais, instabilidade emocional e os comportamentos de risco (García, Álvarez-Dardet, & García, 2009).

No entanto, é ainda importante lembrar que existem diferentes tipos de famílias, Fleming (1992), refere a existência de dois eixos familiares importantes: o eixo autonomia-controlo e o eixo amor-hostilidade. O primeiro eixo está relacionado com o crescimento psicológico individual e com a adaptabilidade da família onde o autor distingue três estilos parentais diferentes: o estilo democrático, no qual onde as regras e as limitações parentais são explicadas e negociadas e o funcionamento familiar está bem definido, embora sendo flexível; o estilo autocrático, em que o poder dos pais pretende ser absoluto, as negociações são raras ou inexistentes e as regras são imutáveis; e o estilo permissivo, onde a liderança dos pais é fraca ou irregular, existindo assim um fracasso do controlo parental, as regras mudam constantemente e as negociações são infundáveis. No que concerne ao segundo eixo – amor-hostilidade – este está relacionado com o relacionamento afetivo entre os adolescentes e os pais (Sampaio, 1993).

Dias Cordeiro (1979) considera que o luto dos imagos parentais é decisivo para o prosseguimento do curso normal da evolução do adolescente, pois segundo o autor «a partir da liquidação conseguida dos imagos parentais passa a existir a possibilidade do estabelecimento de novas relações amorosas extrafamiliares». Para compensar a perda do pai ou mãe edipianos, Luzes (1980), refere o recurso à fantasia e ao narcisismo (Sampaio, 2006). No entanto, é preciso perceber que para que o adolescente consiga ultrapassar eventuais problemas durante a adolescência é essencial a comunicação e uma boa relação entre os pais e os filhos (Sampaio, 1993).

O adolescente confrontado com este paradoxo, deve viver os seus conflitos de forma a encontrar a solução para os mesmos recorrendo aos mecanismos de defesas que dispõe e descobrindo novos, de forma a por um término saudável e positivo para o seu desenvolvimento físico, psicológico e emocional (Marcelli & Braconnier, 2005).

Sampaio (2002) resumiu a adolescência por três fases distintas. A primeira fase vai dos 13 aos 15 anos, e caracteriza-se pelo isolamento e a preocupação com as transformações do corpo; a segunda fase (fase média) é a do sonho social, onde o adolescente luta pela autonomia em relação à família e pela integração no seu grupo (fase do grupo de jovens); a terceira fase vai dos 18 anos até ao final da adolescência e é caracterizada pela formação de identidade e do carácter do jovem (Sampaio, 2002). O autor ainda refere que a adolescência é uma fonte inesgotável de criatividade individual e familiar, um meio de trocas afetivas muito fortes, onde a vida e a morte surgem lado a lado (Sampaio, 2006).

No âmbito de um modelo de compreensão do psiquismo do adolescente, Sameroff sugerem um modelo multicausal onde distinguem três variantes: o modelo de efeito principal, o modelo de interação e o modelo transacional (Sameroff & Chandler, 1975 citado em Marcelli e Braconnier, 2005).

O modelo de efeito principal defende que o desenvolvimento é influenciado, de forma independente, pela constituição e pelo meio. Por outro lado, o modelo de interação supõe que o desenvolvimento do psiquismo do adolescente produz-se a partir de dois ou mais fatores independentes que resultam num efeito conjunto. Assim sendo, segundo esta abordagem, o processo da adolescência acontece graças à interação dos efeitos da puberdade, da desvinculação dos ímagos parentais, dos valores sociais e das novas capacidades de desenvolvimento intelectual.

Por último, o modelo transacional refere que o processo da adolescência é realizado através de dois ou mais fatores em interdependência com o estado específico do sujeito, sendo que as causas são concebidas não como traços constantes mas como mudanças dependentes das alterações do estado do sujeito. Deste modo, este modelo possibilita ter em conta o significado pessoal de um determinado acontecimento, sendo este

interpretado em função de uma situação histórica elaborada pelo adolescente, o que por sua vez irá influenciar o significado e a função de acontecimentos passados. Em suma, este modelo aceita a compreensão e observação das características específicas da adolescência, assim como as emergências patológicas que podem surgir ou alterar este processo (Marcelli e Braconnier, 2005).

1.1.1. Crise na Adolescência

Associado á ideia de conflitos individuais durante o processo de desenvolvimento do adolescente surge o conceito de *crise da identidade*. Este conceito surge com as investigações e descrições de Erik Erikson (1956,1963) sobre o desenvolvimento e dos riscos que os indivíduos enfrentam nos diversos períodos da sua vida, sendo que para o autor, todas as diferentes fases de desenvolvimento apresentam episódios de *crise de identidade* (Weiner, 1995).

A fase de desenvolvimento vivenciada durante a adolescência, *formação da identidade*, é o processo pelo qual os adolescentes alcançam a compreensão clara e estável do que realmente são, das suas próprias capacidades, do que acreditam e do que querem para o seu futuro. No que concerne aos episódios de crise de identidade, Erikson, afirma que a adolescência não é uma crise normativa e referencia que os episódios e sintomas dos adolescentes são neuróticos e psicóticos, ou seja, “uma fase normal de conflito exacerbado caracterizada por uma aparente flutuação da força do ego” (Erikson, 1956, pp. 72 & 73 citado em Weiner, 1995).

Marcelli e Braconnier (1989) fazem referência à crise como sendo o processo psíquico que adolescente passa, caracterizado por um movimento duplo de “*regeneração da infância, por um lado e de busca de um estatuto estável, por outro*” (p.21) (Daniel & Braconnier, 1989). Coimbra de Matos (2002), por sua vez, refere que o

conflito da adolescência resulta de dois polos destintos, o luto dos imagos parentais e a escolha do par sexual, visto que para o autor, este período de crise resulta da mudança entre duas eras do estatuto social do ser humano: a da dependência e protetorado e a da autonomia e da independência (Matos, 2002).

Deste modo, o lugar as relações familiares, da estrutura familiar e da personalidade dos pais é rapidamente identificado como um dos fatores principais e determinantes daquilo que se chama a “crise de identidade” (Marcelli & Braconnier, 2005).

1.1.2. O normal e o patológico

A questão do normal e do patológico é muito discutida neste período de desenvolvimento devido à existência de múltiplos comportamentos desviantes, às dificuldades de estabelecer a organização estrutural subjacente, o papel não negligenciável da família e do ambiente social (Marcelli & Braconnier, 2005).¹

A avaliação do normal e do patológico de uma criança deve reconhecer o sintoma, avaliar o seu peso e função dinâmica, situar o seu lugar no seio da estrutura e apreciar essa estrutura no âmbito da evolução genética e no seio do ambiente (Marcelli, 1998). No entanto, é muito difícil distinguir entre o desenvolvimento normal e o anormal, visto que devido às profundas mudanças biológicas e psicológicas serem muito grandes e intensas a linha entre o normal e o patológico tornam-se muito confusas e pouco distintas (Redlich & Freedman, 1966 citado em Weiner, 1995).

Nesta linha, a probabilidade de um adolescente vir a ser psicologicamente perturbado está relacionada com o número de sintomas que o adolescente apresenta, se

¹ Ana Freud (1958) escrevia que “Ser normal durante a adolescência é, em si mesmo anormal” (Sampaio, 1994). O modelo psicanalítico do funcionamento psíquico defende que o desenvolvimento normal ocorre por patamares progressivos e que as perturbações psicopatológicas desenvolvem-se na sequência de um trauma, por um processo de regressão e fixação (Bénoy, 2002 citado em Moreira, 2008).

esses sintomas estão implicam problemas cognitivos e comportamentais e o tempo que esses sintomas persistem na vida do adolescente (Weiner, 1995).

Sampaio (1994) afirma que é importante estar atento aos problemas do quotidiano juvenil, distinguir entre normal e patológico e reservar a intervenção dos técnicos apenas nos casos claramente patológicos, como, as situações de toxicod dependência, alcoolismo, tentativas de suicídio, depressões e psicoses. Esta preocupação de reservar a intervenção dos técnicos advém do exagero de procura por parte dos pais pela ajuda dos psicólogos e/ou psiquiatras por qualquer problema que surge na adolescência. Podemos ainda afirmar que grande parte da percentagem dos adolescentes passam por esta fase de desenvolvimento sem apresentar sem perturbações emocionais graves.

1.2. Psicopatologia na Adolescência

A psicopatologia define-se como o estudo científico das alterações mentais do ponto vista psicológico, com origem na palavra *pathos* que significa sofrimento (Marcelli, 1998). A Associação Americana de Psiquiatria (APA) conceptualiza da seguinte forma as perturbações mentais: “um comportamento clinicamente significativo, ou síndrome psicológica, ou padrão que tem lugar num sujeito e que está associado a ansiedade atual (por exemplo, um síndrome doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento), ou com um risco significativo aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. Esta síndrome ou padrão deve ser não apenas uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um acontecimento particular, por exemplo a morte de uma pessoa querida. Qualquer que seja a sua causa original, deve ser considerada como uma manifestação de um comportamento, disfunção psicológica ou biológica no sujeito. Nem um comportamento desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) nem

conflitos que são primários entre o sujeito e a sociedade são perturbações mentais até que o desvio ou conflito se transforme num sintoma de uma disfunção do sujeito, como se descreve acima” (APA, 2000).

A psicopatologia na adolescência foi tema de inúmeros clínicos e investigadores interessados nos transtornos psicológicos da infância e da adolescência (Cicchetti & Cohen, 1995; Cicchetti & Rogosch, 2002, citado em Giráldez, 2003). No entanto, a partir do século XIX, a psiquiatria começou a organizar-se de uma forma mais científica, de modo a estudar e perceber as doenças mentais na adolescência (Sampaio, 2006).²

Stoufe e Rutter (1984) descrevem a psicopatologia do desenvolvimento como o estudo da origem dos padrões individuais dos comportamentos disruptivos. Ainda relacionado com este modelo torna-se pertinente referir a relevância das experiências precoces e a analisar como é estruturada a organização do sistema biológico com o psicológico, para que seja possível compreender as diferentes formas interpessoais de cada adolescente em responder ao risco e ao stress dos acontecimentos negativos durante o seu processo de desenvolvimento (Giráldez, 2003).

As perturbações mais estudadas durante o período da adolescência são as perturbações do humor, mais especificamente, os sintomas depressivos (Marcelli, 2002; Matos, 2002), estima-se que o humor depressivo de intensidade variável é vivenciado por cerca de 28% a 44% da população geral dos adolescentes (Marcelli & Berthaut, 2001 citado em Marcelli & Braconnier, 2005). Além disso, as raparigas e os rapazes não experienciam a sua depressão da mesma forma. As raparigas expressão esse mal-estar

² Hall (1904), foi muito explícito na sua convicção em que a descontinuidade e a rutura que acompanha o desenvolvimento do adolescente é o responsável pelo surgimento da instabilidade emocional que por sua vez levam a diversas perturbações na adolescência, deste modo para o autor: “Os adolescentes são emocionalmente instáveis e mórbidos. (...) É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade.. vemos aqui a instabilidade e as flutuações tão características neste período” (Hall, 1904, Vol 2, pp. 74-75, citado em Weiner, 1995).

através das suas preocupações com a imagem do corpo, com o peso, dores mais ou menos difusas bem como a procura de atenção implícita nos seus comportamentos. Por outro lado, os rapazes tendem a manifestar a sua depressão através de comportamentos agressivos com os outros (Marcelli & Braconnier, 2005).

Rutter e Rutter (1993 citado em Lemos, 2007) sugeriam hipóteses explicativas para o aumento de sintomatologia depressiva na adolescência. Uma hipótese genética, onde os autores defendiam que existe uma associação entre um início precoce desta sintomatologia e uma pré-disposição para a mesma; uma segunda hipótese que associa as perturbações afetivas com as mudanças hormonais características da puberdade; e uma terceira hipótese explicativa que associada as perturbações depressivas com o aumento do número de AVS e a perda do suporte social.

De acordo com o referido anteriormente, Rutter (2001) realizou um estudo a dois gémeos que tinham sido abusados sexualmente na infância. O estudo revelou que apesar das características genéticas serem semelhantes, um dos gémeos em estado adulto deu origem a um conjunto de perturbações psicopatológicas, enquanto que o outro gémeo não apresentou qualquer perturbação (Moreira, 2008).

Em contraste com o DSM- IV³ e o CID-10⁴, as taxonomias empíricas baseiam-se em correlações ou covariação de sintomas e comportamentos para classificar os comportamentos, permitindo assim categorizar as perturbações psicopatológicas em duas dimensões comportamentais de acordo com o tipo de perturbação ou tipo de problemas psicossociais apresentados pela criança ou adolescente: interiorizadas e exteriorizadas. A primeira dimensão inclui as perturbações de ansiedade, de humor, os distúrbios do comportamento alimentar e a ideação e os comportamentos suicidas, em quanto que os comportamentos exteriorizados estão relacionados com as perturbações

³ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição

⁴ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

de comportamento, o abuso de substâncias e a hiperatividade (Giráldez, 2003; Soares, et al., 2000).

É ainda possível verificar a existência de comorbilidade na psicopatologia infantil, o que nos traduz a existência de pelo menos duas perturbações externalizadas e/ou internalizadas no mesmo indivíduo (Giráldez, 2003). Por exemplo, Hinshaw (2002) refere a coexistência de desordens exteriorizadas com os problemas de ansiedade, os problemas de aprendizagem e com as perturbações de humor (Hinshaw, 2002). No entanto, o género parece ser um fator que influencia o tipo de sintomatologia, havendo uma maior tendência para as raparigas apresentarem sintomatologia internalizada (e.g. depressão, ansiedade e queixas somáticas) e os rapazes apresentarem sintomatologia externalizada (e.g. delinquência, agressividade e problemas de comportamento) (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Hoffmann, Powlishta, & White, 2004).

Todavia, em uma grande amostra clínica, Angold e Rutter (1992, citado em Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004), verificaram existir diferenças segundo o grupo etário dos adolescentes. Os autores concluíram que entre os meninos e meninas de 11 anos o grau de sintomatologia depressiva não difere. No entanto, os autores observaram que com o avanço da idade (14 a 16 anos) a sintomatologia depressiva piorava, sendo pior nos adolescentes do género feminino. Também Lemos (2007), no seu estudo verificou que os adolescentes mais novos tendem a relatar um menor índice de sintomas psicopatológico do que os adolescentes mais velhos.

Dwairy e colaboradores (2010) realizaram um estudo para examinar as perturbações psicológicas dos adolescentes em diversas culturas e as suas associações com os fatores parentais. Os resultados demonstraram que o fator sexo influencia a qualidade e quantidade de distúrbios nos adolescentes, sendo possível verificar que existe mais distúrbios associados aos adolescentes do género feminino do que aos

adolescentes do género masculino. No que concerne aos fatores parentais, foi possível verificar que o controlo materno, a inconsistência paternal e a rejeição materna estão significativamente associados a perturbações psicológicas na adolescência, concluindo que os fatores parentais estão associados aos distúrbios psicológicos dos adolescentes e que esses fatores são fortemente influenciados pela cultura em que os adolescentes estão inseridos.

Outro aspeto que é preciso ter em conta é a estrutura e o ambiente familiar, como já foi referido uma das particularidades do adolescente é ser uma pessoa que reclama a sua autonomia e individualidade, mas que continua a depender profundamente da sua família. Assim sendo, o lugar das relações familiares, a estrutura familiar e a personalidade dos pais foi rapidamente identificada como um dos fatores mais influentes no desenvolvimento do adolescente. Rutter e colaboradores (1961, citado em Marcelli & Braconnier, 2005) verificaram que grande parte das dificuldades psicológicas dos adolescentes está associada a diversos indícios de patologia familiar, como por exemplo, o divórcio, os conflitos parentais crónicos e a doença mental parental.

Por norma, o conceito família está associado à união de duas pessoas que se escolhem para construir uma família (Relvas, 2000 citado em Fonte, 2004). No entanto, este ciclo verifica-se cada vez menos frequente nas famílias da nossa sociedade devido ao aumento do número de divórcios surge as famílias reconstruídas, as famílias monoparentais e/ou as famílias de adoção (Relvas e Alarcão, 2002 citado em Fonte, 2004; Silva, 2004).

A monoparentalidade seja derivada do divórcio, morte de um pai ou abandono na maioria dos casos trata-se de uma mãe sozinha com o seu filho (Marcelli & Braconnier, 2005; Matos C., 2002; Silva, 2004). Neste caso, crianças em idade escolar

demonstram sintomatologia problemática ao nível afetivo derivado do medo de substituição do pai, o que por vezes resulta num isolamento social e um fraco desempenho escolar (Moreira & Melo, 2005).

No entanto, e citando Eduardo Sá (2004, p. 13, citado em Fonte, 2004), *“uma família onde só a mãe ou só o pai desempenham uma função educativa pode ser, e é-o em muitas circunstâncias, uma família melhor que muitas ditas tradicionais”*. Por vezes, mais importante que a estrutura familiar é o ambiente familiar em que o adolescente se encontra inserido, seja ele de famílias monoparentais ou biparentais. A carência de estruturas de socialização na família está diretamente relacionado com as perturbações nos adolescentes e jovens adultos. A patologia mais frequente é do tipo socio ou psicopático aliada a problemas de adaptação escolar, delinquência, toxicomanias e alcoolismo (Sousa, 2005).

Siffert e Schwarz (2011) realizaram um estudo com o objectivo de investigar as associações entre conflito parental e as perturbações internalizadas e externalizadas das crianças. Os resultados apontam para uma associação entre conflito parental e os problemas de comportamento das crianças, e assim como a forma como os pais lidam com esse conflito influencia no ajuste emocional dos filhos. Estes resultados suportam a hipótese que os conflitos parentais podem prejudicar a capacidade das crianças conseguirem lidar com as emoções negativas.

1.3. Acontecimentos de vida stressantes (AVS) e Psicopatologia na Adolescência

Ao longo da vida, os indivíduos passam por diversas experiências positivas e negativas que variam em magnitude, duração e significado pessoal, experiências estas que iram marcar e permanecem no desenvolvimento do ser humano (Bru, Murberg, & Stephens, 2001). Cerca de 14 a 43% dos adolescentes já experimentaram pelo menos um AVS, e desses adolescentes cerca de 60 a 70% revelaram problemas do foro

psicológico (Kazdin, 1992 citado em Russell, Subramanian, Russell & Nair, 2012), sendo estes dados apoiados pelos estudos que referem uma associação forte e positiva entre AVS e psicopatologia na adolescência (Russell, Subramanian, Russell & Nair, 2012).

Holmes e Rahe (1967, citado em Lopes, 2009) publicaram uma Inventário de Eventos que contem uma lista dos acontecimentos de vida que mais influenciam a vida dos sujeitos, como o casamento, problemas com o patrão, a morte de um ente querido, gravidez ou mudança de residência. Os autores ainda sugerem que todos os acontecimentos de vida são experiências objetivas que afetam as atividades habituais do sujeito, de forma a causar algum desajuste emocional ou comportamental (Ramos, 2004), sendo referenciados como um fator de risco em relação à psicopatologia (Brás, 2008).

Brown (1978, citado em Ramos, 2004), por sua vez, compreende os acontecimentos de vida como os problemas que existem na vida que desencadeiam emoções intensas, independentemente da sua natureza. De uma forma mais geral, e de acordo com Ramos (2004), os acontecimentos podem ser do foro negativo ou positivo. Os acontecimentos positivos incluem, por exemplo, situações como: reconciliação dos pais, nascimento de um irmão e o início das atividades sociais ou desportivas. Os acontecimentos negativos englobam, por exemplo: a morte de um dos pais, emigração da mãe, guerra, dificuldades financeiras, castigos e/ou punições injustas e conflitos com os colegas/grupo de pares. Deste modo, os AVS são os que colocam em causa o bem-estar do sujeito, conduzindo-o a reações de *stresse* com consequências a médio e longo prazo na vida do individuo (Brás, 2008). Por sua vez, Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurm, McMahon e Halpert, 2003 (citado em García, Álvarez-Dardet, & García, 2009) ainda realizam a distinção entre os acontecimentos normativos (i.e. passagem do básico

para o ensino secundário, bem como a passagem do ensino secundário para a faculdade) e os não-normativos (i.e. divórcio dos pais ou prisão de um membro familiar).

No entanto, a problemática consiste no fato de o adolescente apresentar baixos recursos emocionais, contextuais e psicológicos, não conseguindo assim responder às diferentes exigências dos acontecimentos (Casullo, 1998 citado em García, Álvarez-Dardet, & García, 2009). Assim, os diversos tipos de acontecimentos de vida experienciados pelo jovem durante este percurso de desenvolvimento podem apresentar uma grande panóplia de consequências no adolescente.

No que concerne aos AVS, encontram-se diversos fatores de stresse que exigem um reajuste emocional e físico, o que irá influenciar o seu desenvolvimento (Villalonga-Olives, Rojas-Farreras, Vilagut, Palacio-Vieira, Valderas, Herdman, et al. 2010). Por sua vez, a exposição a estes AVS está associada a uma pior QV, a queixas psicossomáticas, a um mau funcionamento físico, a um maior risco de deficiência e a uma maior utilização dos serviços de saúde. Alguns estudos sobre esta temática indicaram que, relativamente ao género, esta exposição apresenta piores consequências na saúde mental das raparigas do que na dos rapazes (Villalonga-Olives et al., 2010). Por sua vez, Dalgard e colaboradores (2006), no seu estudo, referem que os adolescentes do sexo feminino relatam experienciar um maior número de AVS do que os rapazes, durante a adolescência.

Nesta linha, em Espanha foi realizado um estudo com 101 adolescentes da província de Sevilha, com o objetivo de verificarem quais as circunstâncias de risco destes adolescentes, que enfrentaram mais de seis AVS no espaço de quatro anos. Este estudo, em corroboração com outros, mostrou que a acumulação de AVS na vida de um adolescente prejudica o desenvolvimento normal e saudável do mesmo (Oliva, Jiménez & Parra, 2009; Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008 citado em Garcia,

Álvarez-Dardet & García, 2009), o que significa que quanto maior for o número de AVS acumulados maior é o impacto emocional de cada um deles na vida do adolescente.

Ainda em conformidade com referido anteriormente é possível verificar, em outros estudos, que existe uma influência cíclica entre sintomas depressivos e AVS, ou seja, a experiência de AVS está positivamente associado a sintomas de depressão na adolescência, que por sua vez afeta a saúde mental, emocional e física do adolescente, baixando a sua capacidade de resiliência a futuros acontecimentos (Ferreira, Granero, Noorian, Romero, & Domènech-Llaberia, 2012; Stefanek, Strohmeier, Fandrem, & Spiel, 2012; Young, LaMontagne, Dietrich, & Wells, 2012), bem como, a associação entre a existência de AVS e o comportamento antissocial do adolescente (Bru, Murberg & Stephens, 2001).

Johnson, Whisman, Corley, Hewitt e Rhee (2012) realizaram um estudo com crianças entre os 9 e os 16 anos, com um duplo objetivo: compreender se o fator idade influencia a presença de sintomatologia depressiva e perceber que o impacto da presença de AVS na depressão durante a adolescência. Os autores verificaram que os adolescentes mais velhos apresentam um maior número de AVS, bem com sintomatologia depressiva mais grave.

Podemos então concluir, que existe uma associação entre a vivência de AVS e psicopatologia e que a acumulação destes acontecimentos aumenta o risco de o adolescente vir a apresentar problemas psicopatológicos (Garcia, Álvarez-Dardet & García, 2009; Grant & Compas, 2003 citado em Rodríguez, et al., 2009; Flouri e Tzavidis (2008); Johnson, Whisman, Corley, Hewitt e Rhee, 2012 ;Rutter, Tizard & Whitmore, 1970 citado em Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004).

Numa meta-análise efetuada por Greenwald (2002), vários estudos indicaram a existência de relações entre a vivência de uma situação traumática e o desencadear de problemas psicopatológicos posteriores. Por exemplo, James (1989, citado em Greenwald, 2002) defende que, que na base da Perturbação do Comportamento está a vivência de um acontecimento traumático, justificando que o trauma pode violar a confiança que o sujeito tinha na sociedade.

Partindo do pressuposto que os AVS mais recorrentes são a morte de um ente querido, o divórcio dos pais, prisão de um membro da família, gravidez na adolescência, o desemprego dos pais e negligência parental (Graber, 2004; Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2004 citado em García, Álvarez-Dardet, & García, 2009) e que as dificuldades psicológicas durante a adolescência estão associadas a diversos indícios de patologia familiar (Rutter e colaboradores, 1961 citado em Marcelli & Braconnier, 2005; Weiner, 1995), podemos compreender que estes AVS, quando associados ao meio familiar, podem propiciar mudanças nos modelos internos dinâmicos que o sujeitos desenvolve de si mesmo e dos outros, afetando as suas experienciam futuras e as interações com as figuras de vinculação, bem como o seu grupo de pares (Moura & Matos, 2008).

A separação dos pais e os conflitos no ambiente familiar na visão da criança representa múltiplas modificações no seu contexto de vida familiar. Apesar de a avaliação das consequências e do impacto destes acontecimentos no adolescente ser muito difícil de conhecer devido à multiplicidade dos fatores intervenientes, existem evidências de que as crianças expostas cronicamente a conflitos conjugais, principalmente na presença de violência, apresentam maior risco de desenvolver psicopatologia (Quinton & Rutter, 1985 citado em Moreira & Melo, 2005; Rodríguez, et al., 2009). Por exemplo, Schwartzberg (1908) observou 31 adolescentes que experienciaram o divórcio parental. Destes 31 adolescentes, o autor encontrou 11 casos

de depressão grave e moderada (sintomatologia: tristeza, oscilação de humor, dificuldades de concentração, fadiga, isolamento, insucesso escolar, anorexia e insónia), 7 doentes-limite, 10 doentes que apresentam perturbações do comportamento (sintomatologia: fuga, absentismo escolar, delinquência, consumos de droga, perturbações sexuais) e 1 caso de esquizofrenia. O autor conclui que a patologia no adolescente pode dividir-se em três grupos: 1) adolescentes que antes apresentam alguma perturbação, esta sintomatologia tende a persistir e piorar com o divórcio; 2) aqueles adolescentes que apresentam uma regressão temporária do seu desenvolvimento; 3) e os adolescentes que respondem com uma tentativa de controlo prematuro da sua situação (Marcelli & Braconnier, 2005).

Baer (1999), apresentou uma explicação possível para a presença de problemas de comportamento nos adolescentes oriundos de famílias monoparentais. O autor refere que as familiares monoparentais, por norma, estão associadas a um suporte emocional limitado e à inexistência de partilha de atitudes educativas, o que provoca um aumento de tensão nas relações mãe-filho ou pai-filho (Baer, 1999). Coimbra de Matos (2002), ainda alude à ideia que a ausência paterna na educação influencia o aumento de fatores de risco de psicopatologia na infância e afeta os padrões de interações familiares. Através do estudo de Baer (1999) podemos compreender que famílias monoparentais apresentam maior número de conflitos e uma comunicação pouco harmoniosa, bem como uma fraca coesão familiar.

Por vezes, associado à família monoparental surge os problemas económicos o que provoca um aumento de *stresse* parental. Estudos com crianças em risco de problemas comportamentais e emocionais mostraram que as crianças que experienciaram o divórcio parental e o desemprego são adolescentes com um maior risco de problemas comportamentais ou emocionais (Harland e colaboradores, 2002

citado em Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick, & Verhulst, 2002; Bru, Murberg, & Stephens, 2001). Outro estudo realizado em países com diferentes níveis de desenvolvimento económico, mostra que os jovens residentes em países com níveis mais baixos de desenvolvimento apresentam um maior número de AVS antes e depois dos 18 anos de idade. Através dos resultados do seu estudo e segundo a sua amostra, os autores ainda referiram que o fato de os jovens experienciarem um grande número de AVS, especialmente se esses acontecimentos estiverem relacionados com a família e ocorrerem nos primeiros anos de vida, pode implicar um aumento de vulnerabilidade a tentativas de suicídio na adolescência (Vázquez, Panadero, & Rincón, 2010).

Outra problemática associada à psicopatologia na adolescência é o nível socioeconómico da família, bem como o lugar de habitação da mesma. Viver em bairros problemáticos apresentam efeitos negativos na saúde física e mental dos adolescentes, podendo despertar problemas de ansiedade, angústia, depressão e queixas somáticas, assim como prejudicar a formação académica dos jovens (i.e. fracasso escolar) e gerar problemas de comportamento (e.g. perturbações de conduta, comportamentos de externalização e/ou uso de substâncias) (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000 citado em Cicognani, Albanesi & Zani, 2008), aumentando assim a vulnerabilidade dos adolescentes para os comportamentos de riscos e para os AVS (Chapman, 2005; Moos, 2002; Romero, 2005 citado em Cicognani, Albanesi, & Zani, 2008).

Deste modo, podemos então compreender que associado aos baixos recursos económicos pode ainda surgir outras diversas problemáticas relacionadas com o ambiente familiar, por exemplo, a negligência parental. Estudos mostram que crianças negligenciadas pelos pais, ou que experienciam violência psicológica e/ou abusos, tornam-se adolescentes com comportamentos mais agressivos e com problemas no seu percurso escolar (e.g. baixo rendimento escolar e mau comportamento durante as aulas)

do que as crianças que vivem num ambiente familiar harmonioso (Paúl e Arruabanera, 1995; Bru, Murberg, & Stephens, 2001).

Todavia, nem todos os adolescentes são influenciados da mesma forma pelos mesmos acontecimentos. Estudos comprovam que uma relação familiar positiva (i.e. estabilidade emocional e coesão familiar) funciona como fator protetor contra as adversidades da vida do adolescente. Oliva e colaboradores (2008) realizaram um estudo que demonstrou que os adolescentes inseridos num contexto familiar positivo apresentam maior capacidade de resiliência. O estudo ainda relevou que os AVS mais recorrentes são: mudança de escola, morte de um ente querido e separação dos pais. No entanto, os AVS que mais influenciam a estabilidade emocional do adolescente são: a morte de um familiar, discussões e rupturas com os amigos, doença na família e abuso sexual (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008).

Por outro lado, o impacto dos AVS dos adolescentes irá depender da forma como o jovem avalia o caso, das características individuais, do grau de vulnerabilidade, da capacidade de resiliência e do próprio contexto (Canalda & Carbones, 2005 citado em García, Álvares-Dardet & García, 2009; Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). A capacidade de resiliência dos adolescentes está relacionada, por um lado, com uma boa saúde mental, uma elevada satisfação com a vida, capacidade funcional e competências sociais e por outro lado com a ausência de problemas de comportamentos (Luthar et al., 2000 citado em Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). A psicologia do desenvolvimento preocupou-se em analisar o risco dos diferentes fatores durante a adolescência, dando grande importância ao *stress* psicossocial vivido por estes jovens. Atualmente, dentro de inúmeras definições, aceita-se que o *stress* psicossocial corresponde às circunstâncias ambientais ou às condições de ameaça que sobrecarregam

ou prejudicam o psicológico e/ou as capacidades biológicas do indivíduo (Compas, 2004, citado em García, Álvarez-Dardet, & García, 2009).

Marcelli & Braconnier, (2005) referem um estudo com adolescentes escolarizados, entre os 11 e os 19 anos, com o objetivo de analisar a vida dos adolescentes, as suas relações familiares, os acontecimentos de vida, interesses, ocupações, queixas somáticas e a existência de psicopatologia (tanto como comportamentos internalizados como os comportamentos externalizados). Assim, os autores definiram três grupos de adolescentes em função do número de problemas que estes apresentam: “Grupo sem problemas aparentes”, “Grupo com múltiplos problemas” e o “Grupo intermedio”. Os resultados mostraram que 26% dos jovens não apresentam nenhuma perturbação, no entanto, no geral as raparigas foram referenciadas como as mais problemáticas. Assim como sugerem que o grupo mais problemático é o “grupo com problemas múltiplos. Este grupo apresentou mais problemas fisiológicos (cefaleias e problemas de sono) e psicológicos (tristeza e mal estar emocional) durante a infância e a adolescência e que sentiam o seu ambiente familiar muito tenso, especificando que o pai era considerado como um invasor na sua vida. Um bom ambiente escolar e o grupo de pares foram referenciados pelos autores como um fator protetor contra o ambiente familiar hostil vivenciado pelos adolescentes bem como contra o número de AVS (Marcelli & Braconnier, 2005).

O isolamento social neste período de desenvolvimento pode ser indicador de timidez ou inibição social, correndo assim o risco de evoluir para uma fobia social ou para perturbações da personalidade que acabam por comprometer o desenvolvimento do adolescente. Não obstante, associado ao grupo de pares ainda podem surgir os comportamentos de risco que podem implicar diversos tipos de patologias (e.g.

comportamento delinquente, alcoolismo, toxicomania, etc) (Braconnier & Marcelli, 2000).

1.4. Qualidade de vida (QV) do adolescente, Psicopatologia e AVN's

A adolescência durante muitos anos foi percebida como uma período de risco, onde a qualidade de vida (QV) estaria em causa quando as etapas de desenvolvimento não eram corretamente atingidas, todavia, atualmente existe uma visão um pouco mais otimista da adolescência, onde é possível atingir uma estabilidade emocional e onde se pode promover o bem-estar do adolescente (Sampaio, 1994).

A definição do conceito de QV foi objeto de estudo ao longo de vários anos, não havendo até hoje uma definição universalmente aceite (Santos, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como *“a percepção que o individuo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e em relação com os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Goup, 1995, p.1405, citado em Santos, 2006, p.90).

Partindo da definição da OMS podemos perceber a complexidade na definição deste conceito. Deste modo Wallander (2001) propõe uma definição multidimensional que se insere dentro da anterior e que hoje em dia é aceite como uma definição equilibrada, para o autor, a QV em crianças e adolescentes pode ser percebida como a combinação do bem-estar subjetivo e objetivo, em múltiplos domínios da vida considerados salientes na cultura do próprio e no seu tempo história, tendo sempre em conta os padrões universais dos direitos humanos (Santos, 2006).

No que diz respeito ao contexto dos cuidados de saúde, o conceito de QV relacionada com a saúde (QVRS) remete para o impacto objetivo e subjetivo na doença e do tratamento, referenciado assim o bem-estar (subjetivo e objetivo) nas crianças e adolescentes (Santos, 2006).

Os estudos sobre a QVRS dos adolescentes dão cada vez mais atenção a uma interação múltipla das variáveis contextuais da vida de cada adolescente. Uma destas interações baseia-se na relação casa (pais), escola e comunidade. O envolvimento positivo dos pais na vida escolar dos seus filhos está fortemente associado a resultados positivos nos seus filhos (Matos, Dadds & Barrett, 2006 citado em Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2008), compreendendo que o desenvolvimento psicológico e cognitivo dos adolescentes depende da qualidade das relações com os seus pais (Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2006 citado em Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2008). Por outro lado, a escola é uma estrutura social muito importante na educação e na formação, devendo desse modo, promover o desenvolvimento social e emocional saudável dos alunos (Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2008).

Como referido anteriormente a QVRS dos adolescentes está intimamente relacionada com a saúde mental e o bem-estar subjetivo dos mesmos (Gaspar, Ribeiro, & Leal, 2008), englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afetivos positivos, assim como a componente cognitiva do bem-estar (Neto, 1998). O bem-estar é um conceito intrínseco ao conceito de saúde mental e tem sido alvo de muitas investigações, tanto numa perspetiva terapêutica, como preventiva ou promocional (Schroeder & Gordon, 2002). No entanto, Ryan e Deci (2001) distinguiram essencialmente duas perspetivas teóricas do bem-estar, o bem-estar subjetivo (BES)⁵ e o bem-estar psicológico (BEP) (Remédios, 2010).

Com o objetivo de colmatar as limitações do modelo do BES, Carol Ryff (1989) sugeriu o modelo multidimensional do BEP mostrando que o bem-estar é muito mais do

⁵ O BES visa compreender duas dimensões: a dimensão afetiva composta por duas componentes o afeto positivo e o afeto negativo; e a dimensão cognitiva composta pela componente dominada de a satisfação com a vida que está relacionada com a avaliação que o sujeito faz da sua própria vida e de si mesmo (Ryan e Deci, 2001 citado em Remédios, 2010; Neto, 1998). Deste modo, o BES é constituído pelos afetos, que são os indicadores emocionais, e pela satisfação pessoal que é a componente cognitiva da vida (Huebner et al. 2006 Saha, Huebner, Suldo, & Valois, 2009).

que a satisfação com a vida e afetos positivos e ausência de afetos negativos. Assim sendo, o autor sugere que o BEP baseia-se em concepções de crescimento pessoal e autorrealização que engloba seis dimensões: autonomia (conhecimento do seu locus interno de avaliação e independência das aprovações externas), domínio do meio (capacidade de criar ambientes adequados às suas características e as suas capacidades), crescimento pessoal (vivências de novas experiências e desafios), relações positivas com outros (capacidade de estabelecer relações empáticas e íntimas), objetivos na vida (capacidade de estabelecer objetivos atribuindo significado à própria vida) e aceitação de si (autoconhecimento e maturidade) (Remédios, 2010).

Monteiro (2011) realizou um estudo descritivo e analítico da QV relacionada com a saúde com adolescentes dos 14 aos 18 anos. Entre os seus resultados, o autor verificou a existência de percepções positivas dos adolescentes face à saúde nas diferentes dimensões que avalia a QV. Como as mais positivas encontram as dimensões “Provocação”, seguida dos “Amigos”, sugerindo assim sentimentos mais positivos face à aceitação, não provocação e respeito pelo grupo, sentimento de pertença, qualidade da relação e suporte percebido dos amigos. A dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem” apresenta os resultados mais baixos, no que se refere aos sentimentos negativos e insatisfação face à escola e à capacidade escolar.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, Monteiro (2011) verificou que os adolescentes mais velhos apresentam mais emoções depressivas e stressantes (“Estado de humor geral”). Por outro lado, os adolescentes mais novos apresentam maior sentimento de rejeição, provocação e de ansiedade no grupo de pares.

Relativamente ao género, o autor verificou que os rapazes percecionam mais bem-estar físico (“Saúde e Atividade física), e mais bem-estar ao nível do humor

(“Estado de humor geral”), em quanto que as raparigas sentem-se mais aceites e respeitadas pelo grupo de pares (Monteiro, 2011).

Por sua vez, é preciso considerar que a satisfação pessoal com a vida resulta de um acumular de momentos de prazer e satisfatórios, surgindo a hipótese que os AVS promovem pouca satisfação com a vida, que por sua vez leva à perceção de uma pior QV (Ho, Cheung, & Cheung, 2008). Dentro dos diversos fatores que influenciam a QV (bem-estar psicológicos e físico) do adolescente, vamos destacar o meio socioeconómico, as relações sociais/apoio social, o ambiente e estrutura familiar do adolescente e a psicopatologia.

Diversos estudos mostram existir uma forte associação entre sintomatologia psicopatológica (i.e. depressão, asma, défice de atenção e hiperatividade, ansiedade, etc) e a QV na adolescência (Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW & Baghurst P., 2002, Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF & Verhulst FC, 2004 citado em Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005; Vila, et al., 2003; Zeller, Roehrig, Modi, Daniels, & Inge, 2006; Klassen, Miller, & Fine, 2004). Um estudo realizado por Bastiaansen, Koot e Ferdinand (2005) com crianças entre os 8 e os 18 anos, mostrou que as crianças com perturbações psicopatológicas apresentam pior QV quando comparadas com crianças sem sintomas psicopatológicos. Os autores verificaram que existe uma associação entre o sexo, a idade, a psicopatologia e QV. Assim, o estudo demonstrou que existe um maior impacto da psicopatologia na QV nas meninas do que nos meninos, este fato poderá ser explicado através de os meninos apresentarem significativamente mais problemas de externalização do que as meninas, o que permite aos meninos não experienciarem esses sintomas como problemáticos. Os resultados ainda demonstram que a sintomatologia psicopatológica aumenta com a idade do adolescente, e que por sua vez também provoca um aumento no impacto da psicopatologia na QV do

adolescente. Uma possível hipótese explicatória para este facto encontra-se na maturação do adolescente e no aumento da compreensão dos acontecimentos. Assim sendo, a consciência da problemática aumenta a probabilidade de ocorrerem perturbações psicopatológicas durante a adolescência.

Ainda no estudo de Bastiaansen, Koot e Ferdinand (2005), podemos verificar a associação entre QV e estatuto socioeconómico. O estudo revelou que a QV é maior em níveis socioeconómicos superiores, no entanto os autores referem que esta associação ocorre de forma indireta, ou seja, o nível socioeconómico baixo juntamente com a suscetibilidade para experienciar AVS aumenta a probabilidade de sintomatologia psicopatológica na adolescência que por sua vez influencia a QV da adolescência. Howell e Howell (2008) no seu estudo sobre o BES e os problemas económicos em países desenvolvidos concluíram que o fator económico contribui positivamente para uma maior satisfação com a vida, logo melhor QV (Howell & Howell, 2008). No que concerne aos adolescentes, problemas no meio económico ou um nível socioeconómico baixo está diretamente relacionado com menos QV, influenciando de forma psicológica, emocional ou cognitiva o jovem (Adler et al., 1994 citado em Remédios, 2010; Matos & Carvalhosa, 2001; Mullan & Currir, 2000).

No que diz respeito às relações sociais e/ou apoio social estas são de grande importância para o desenvolvimento normal dos adolescentes, assim como um bom precursor de uma vida adulta saudável. Muitas investigações verificaram que a delinquência e vários tipos de perturbações comportamentais que ocorrem durante a adolescência está intimamente associada à dificuldade em estabelecer relações com os colegas (Silva, 2004). Matos e Carvalhosa (2001) no seu estudo sobre a perceção do adolescente do seu bem-estar concluíram que este é influenciado pela comunicação com os pais, a autoimagem e com a facilidade em fazer amigos, ou seja, fatores relacionados

com a escola, família e o grupo social apresentam uma influência relevante na percepção de bem-estar por parte dos adolescentes. No entanto, os autores verificaram que a presença de um ambiente escolar positivo é um fator benéfico para uma boa percepção de QV, mesmo quando o adolescente esteja inserido num ambiente familiar com problemas económicos e/ou baixo rendimento económico.

Relativamente à estrutura familiar, o estudo realizado por Levin, Dallago e Currie (2012) mostrou que esta surge associada à satisfação com a vida, principalmente em jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Os autores referem que jovens de famílias monoparentais apresentam níveis mais baixos de QV quando comparadas com outras estruturas familiares. Outro resultado interessante está relacionado com o género, os autores apontam que os adolescentes do género feminino experienciam níveis mais baixos de QV do que os rapazes. Em contraste, surge ainda a ideia que mais importante do que a estrutura familiar é o ambiente em que a o jovem se desenvolve. Phillips (2012), comparou adolescentes que viviam em famílias monoparentais com adolescentes que viviam em famílias biparentais intactas e pais adotivos. Através dos relatos dos adolescentes sobre a sua satisfação com a vida, o autor verificou que a estrutura familiar não se encontra relacionada com os indicadores do bem-estar e que o ambiente familiar é mais importante do que a estrutura familiar (Phillips, 2012).

No âmbito do projeto “Aventura Social e Risco”, Matos, Simões, Canha e Fonseca (1996), realizaram um estudo sobre saúde e os estilos de vida dos adolescentes portugueses, onde concluíram que nas vivências quotidianas as raparigas apresentam-se mais centradas nelas (imagem corporal) e num mundo reduzido (um bom amigo) com uma tendência maior para sintomas de mal-estar físico e psicológico, para consumir frequentemente medicamentos e experienciar sentimentos de solidão. Os rapazes, por

sua vez, regem-se mais pelo seu grupo social e tem mais tendência para comportamentos delinquentes (e.g. consumir álcool, drogas e tabaco), atividades físicas, procurar conflitos com colegas e com a escola e propensão para acidentes (Matos, Simões, Canha, & Fonseca, 1996).

Como já foi referido no capítulo anterior, os AVS apresentam uma forte associação com diversas sintomatologias psicopatológica que ocorrem durante a adolescência. Estudos mostram que os AVS também se encontram associados a uma baixa satisfação com a vida (Monteiro, 2011). Um estudo realizado com adolescentes Chineses mostrou que adolescentes que experienciam AVS são mais propensos a uma QV mais baixa, enquanto que os adolescentes que experienciaram acontecimentos de vida menos stressantes foram mais propensos a ter uma QV superior e que a manutenção de laços fortes com a família bem como um ambiente social harmonioso contribuem para a uma perceção positiva de bem-estar pelo adolescente (Ho, Cheung, & Cheung, 2008). Outros estudos indicam que o divórcio parental apresenta um grande impacto a curto, médio e longo prazo no bem-estar psicológico dos filhos, desencadeando nos adolescentes um conjunto de problemáticas do foro comportamental (e.g. agressividade e dificuldades de autocontrolo) e emocional (i.e. depressão, ansiedade e baixa autoestima), bem como, problemas de relacionamento com os pais e fracasso académico (Amato, 2000, 2001; Amato & Keith, 1991; Emery, 1982, 1988; Hetherington, Cox & Cox, 1982; Hetherington & Kelly, 2002 citado em Moura & Matos, 2008). Monteiro (2011) conclui no seu estudo que os AVS não apresentam correlações significativas com as habilidades sociais, no entanto, mostram influenciar a QV relacionada com a saúde do adolescente. Assim, a existência de um maior número de AVS está associada a resultados mais baixos no bem-estar emocional, material, social e na QV relacionada com a saúde de modo geral.

ESTUDO EMPÍRICO

2. Estudo Empírico

2.1. Objetivos e questões de investigação

A revisão de literatura efetuada permitiu-nos colocar as seguintes questões de investigação:

(1) De entre os fatores sociodemográficos e familiares em estudo quais estão eventualmente relacionados com a presença de AVS, perturbações psicopatológicas e com a QV do adolescente?

(2) Os AVS estão relacionados com a presença de perturbações psicopatológicas e com QV em adolescentes da população escolar?

Para que fosse possível responder a estas questões de investigação, o trabalho foi organizado de acordo com os seguintes objetivos:

1. Estudar a relação entre os fatores sociodemográficos e familiares e os AVS, perturbações psicopatológicas e QV dos adolescentes.
2. Estudar a relação entre os AVS reportados e os sintomas psicopatológicos nos adolescentes.
3. Estudar a relação entre os AVS na QV percebida pelos adolescentes.
4. Estudar a influência dos problemas psicopatológicos na QV dos adolescentes.

2.2. Método

2.2.1. Desenho de estudo

Estamos na presença de um estudo quantitativo, com um desenho transversal e com um plano correlacional (Heiman, 2010; Houser, 2008). Face ao carácter exploratório do estudo, não foram formuladas hipóteses tendo a análise sido guiada pelos objetivos anteriormente mencionados e utilizando-se o tipo de amostragem intencional.

2.2.2. Amostra

A amostra é constituída por 87 adolescentes (femininos e masculinos) com idades compreendidas entre os doze e os dezassete anos de uma escola básica do concelho de Faro, sendo a amostra recolhida por conveniência.

2.2.2.1. Caracterização da amostra

Foram inquiridos 95 estudantes de uma escola EB2/3 do concelho de Faro. Destes, foram considerados válidos 87 questionários. Os restantes 9 foram considerados inválidos devido a preenchimento incorreto ou inválido das questões.

2.2.2.2. Participantes

Deste estudo fizeram parte 87 adolescentes escolarizados com idades compreendidas entre os 10 e os 17 ($M = 13,28$; $DP = 1,63$), 44.8% são raparigas e 55.2% são rapazes, distribuídos por 5 níveis de escolaridade, do 5º ano ao 9º ano, residentes 86.2% nos concelhos de Faro, 11.5% de Olhão e 2.3% e de Albufeira, que frequentam uma escola pública EB 2/3 do concelho de Faro. No que concerne às idades dos pais, as mães apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 58 ($M = 41,95$; $DP = 5,70$), enquanto a idade dos pais oscilam entre os 32 aos 67 anos ($M = 43,83$; $DP = 5,89$).

Quanto à situação familiar verifica-se que 17,4% ($n = 15$) dos jovens residem em familiares monoparentais, 72,1 % ($n = 63$) em familiares biparentais intactas e os restantes 10,5% ($n = 9$) em famílias biparentais reconstruídas (tabela 1).

Na Tabela 1 está representada a caracterização sociodemográfica e familiar da amostra de acordo com as variáveis idade dos pais, nível de escolaridade dos pais e dimensão da fratria no agregado familiar (com menos de 18 anos).

Na Tabela 2 está representada a caracterização da amostra escolar de acordo com as variáveis idade do adolescente, ano letivo, absentismo escolar, notas no final do segundo período e o insucesso escolar.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e familiares

	N	%
Estrutura familiar		
Monoparental	16	17,4
Biparental intacta	63	72,1
Biparental reconstruída	9	10,5
Estatuto socioeconómico da família		
Estatuto socioeconómico baixo	4	4,6
Estatuto socioeconómico médio	41	47,1
Estatuto socioeconómico alto	42	48,3
Dimensão da fratria no agregado familiar (< 18 anos)		
Sem irmãos	29	33,3
1 irmão	44	50,6
2 irmãos	11	12,6
3 irmãos	3	3,4

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo idade e ano escolar dos participantes

	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Idade						
10	1	2.1	1	2.6	2	2.3
11	5	25.6	10	25.6	15	17.2
12	9	18.8	3	7.7	12	13.8
13	7	14.6	7	17.9	14	16.1
14	10	20.8	13	33.3	23	26.4
15	13	27.1	3	7.7	16	18.4
16	2	4.2	1	2.6	3	3.4

17	1	2.1	1	2.6	2	2.3
Total	48	55.2	39	44.8	87	100.0

Ano escolar

5º ano	5	10.4	4	10.3	9	10.3
6º ano	7	14.6	10	25.6	17	19.5
7º ano	7	14.6	8	20.5	15	17.2
8º ano	5	10.4	2	5.1	7	8.0
9º ano	24	50.0	15	38.5	39	44.8
Total	48	55.2	39	44.8	87	100.0

2.2.3. Instrumentos

De forma a responder aos objetivos do estudo foram selecionados os seguintes instrumentos:

2.2.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e familiares (Nunes, Lemos, Guimarães, 2011)

O questionário de dados sociodemográfico e familiares pretende obter dados sobre ao adolescente, sua família e a escola. Relativamente ao adolescente pretende saber a idade, o local onde vive, o ano de escolaridade e qual o seu percurso escolar. Por outro lado, em relação aos pais o objetivo é a idade, profissão, habilitações literárias e o meio ambiente familiar.

2.2.3.2. Situações de vida stressantes (Oliva et al., 2008)

Este instrumento foi criado por Oliva, Jiménez, Parra e Sánchez-Queijiga (2008) e inclui uma lista de 29 acontecimentos stressantes ou situações problemáticas que podem

ocorrer durante a adolescência nos diversos contextos (familiar, escolar e pessoal). Nesta investigação foi utilizada uma versão reduzida de 25 itens, traduzida por Lemos e Nunes (2010).

Trata-se de um inventário de autorresposta em que os AVS são avaliados de forma quantitativa - o número de AVS – e qualitativa - relativo ao impacto emocional de cada um dos acontecimentos vividos na vida do adolescente (escala de 0 a 10) (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008).

2.2.3.3. YSR (Youth Self Report, Achenbach, 1991).

O Youth Self-Report (YSR) é um questionário derivado do Child Behavior Checklist (CBCL), de Achenbach (1991) e foi traduzido traduzida por Lemos e Nunes (2010a). O YSR é um questionário de autoavaliação, para jovens entre os 11 e os 18 anos, que avalia a psicopatologia infantil através de duas escalas: a escala de competências e a escala de problemas. O instrumento é composto por uma descrição simples de comportamentos problemáticos da criança que devem ser corados com 0 (a afirmação não é verdadeira, 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação e muito verdadeiro) (Cepeda, 2009).

As questões do YSR foram elaboradas de forma a obter-se a perceção do jovem sobre si mesmo e em relação às suas competências ou dificuldades individuais ou grupais (Cepeda, 2009)

É composto por 113 itens referentes a comportamentos problemáticos subdivididos em 8 categorias: 1) Evitamento Social: está associado ao isolamento social ou mal-estar interpessoal, que conduzem frequentemente aos adolescentes a evitar os contactos sociais e a serem mais reservados; 2) Queixas Somáticas; 3) Ansiedade e Depressão; 4) Problemas Sociais: relacionado com a qualidade das relações interpessoais e a aceitação social; 5) Problemas de Atenção: relacionado com a perturbação de hiperatividade e

défice de atenção; 6) Problemas de Pensamento: pode surgir elevado em perturbações psicóticas ou em quadros obsessivo-compulsivo; 7) Comportamento Agressivo: pode estar associado a perturbações de desafio ou oposição e da conduta; e 8) Comportamento Delinquente: associado a um comportamento de desafio mais interiorizado, com características típicas das perturbações de conduta e do comportamento desviante (Cepeda, 2009).

Achenbach (1991) realizou várias análises fatoriais com amostras clínicas que lhe permitiu evidenciar 8 síndromas específicos, as análises fatoriais de segunda ordem permitira extrair dois fatores, o de “Externalização” que está relacionado com conflitos com o meio ambiente, e o de “Internalização” que está direcionado aos conflitos com o *self*. Os valores da consistência interna do YSR variam entre 0.70 e 0.80 (Cepeda, 2009).

No estudo da consistência interna do questionário YSR, mediante o cálculo do *alpha* de Cronbach, revelou um valor de 0.92, o que nos permite considerar a existência de uma boa consistência interna para a nossa amostra.

2.2.3.4.O KIDSCREEN-52 (The KIDSCREEN Group, 2004)

É um instrumento de autorrelato aplicável a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade, que avalia a saúde subjetiva associada à qualidade de vida relacionada com a saúde. Este instrumento foi desenvolvido no âmbito do projeto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective”, criado pela Comissão Europeia, sendo adaptado para português pela equipa portuguesa do projeto Aventura Social, que colabora com o projeto europeu Kidscreen (Gaspar & Matos, 2008 citado em Monteiro, 2011).

O Kidscreen-52 é composto por dez dimensões (52 itens), que descrevem a qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes em 10 campos: 1) Saúde e atividade física (5 itens): refere-se ao nível de atividade, energia e aptidão física do adolescente. Uma pontuação baixa implica mal-estar físico, ou seja, o adolescente não se sente bem fisicamente e apresenta uma baixa energia. Uma pontuação alta implica um bem-estar físico, boa forma física, energia e saudável; 2) Sentimentos (6 itens): refere-se à percepção das suas emoções positivas e com a satisfação com a vida. Uma pontuação baixa indica insatisfação com a vida e a vivência de experiência de poucas emoções positivas. Uma pontuação alta implica a percepção de emoções positivas (prazer e alegria) e satisfação com a vida; 3) Estado de humor geral (7 itens): refere-se à avaliação de sentimentos e emoções negativas por parte do adolescente. Uma pontuação baixa manifesta a existência de sentimentos negativos como a depressão, infelicidade e/ou mau humor. Uma pontuação elevada indica bem-estar e bom humor; 4) Auto-percepção (5 itens): refere-se à percepção que o adolescente tem de si próprio e do que os outros pensam dele, levando em conta a imagem corporal. Uma pontuação baixa pode implicar uma imagem corporal negativa, autorrejeição, insatisfação consigo mesmo, baixa autoestima. Uma pontuação alta indica autoconfiança, satisfação com a imagem corporal, felicidade consigo mesmo, uma boa autoestima e que o adolescente se sinta confortável com a sua aparência; 5) Tempo livre (5 itens): refere-se à avaliação do nível de autonomia do adolescente para gerir e criar os tempos livres. Uma pontuação baixa reflete sentimentos de restrição, opressão e dependência. Uma pontuação alta reflete sentimentos de liberdade, independência e autonomia; 6) Família e ambiente familiar (6 itens): avalia a relação parental e o ambiente familiar do adolescente, tendo em conta a qualidade das interações e os sentimentos em relação aos pais/cuidadores. Uma pontuação baixa indica sentimentos de solidão, negligência por parte dos pais e/ou a

perceção que os pais/cuidadores estão indisponíveis e/ou são injustos com o adolescente. Uma pontuação alta implica sentimento de segurança, apoio, amor, compreensão, e a perceção de ser bem cuidado pelos pais/cuidadores; 7) Questões económicas (3 itens): refere-se à qualidade dos recursos financeiros percebida pelo adolescente. Uma baixa pontuação indica que o adolescente sente desvantagem financeira e restrição da mesma no seu estilo de vida em relação ao seu grupo de pares. Uma alta pontuação indica uma boa satisfação com os recursos financeiros disponíveis; 8) Amigos (6 itens): refere-se à perceção de suporte social do adolescente, ou seja, à qualidade das relações interpessoais. Uma baixa pontuação reflete sentimentos de exclusão, pouca aceitação, falta de apoio e de confiança no grupo de pares. Uma pontuação elevada implica sentimentos de aceitação, apoio, pertença ao grupo e confiança no grupo de pares; 9) Ambiente escolar e aprendizagem (6 itens): avalia a perceção do adolescente sobre as suas capacidades cognitivas, de aprendizagem e de concentração. Uma pontuação baixa indica a existência de sentimentos negativos face à escola, uma baixa capacidade escolar. Uma pontuação elevada indica sentimento de satisfação com a escola, boa capacidade escolar e gosto em frequentar a escola; e 10) Provocação (3 itens): avalia os sentimentos de rejeição pelos pares da escola. Uma pontuação baixa releve sentimentos de rejeição por parte dos colegas da escola. Uma pontuação elevada reflete sentimentos de respeito e aceitação dos colegas da escola (Monteiro, 2011).

No estudo da consistência interna do questionário YSR, mediante o cálculo do *alpha* de Cronbach, revelou um valor de 0.85, o que nos permite considerar a existência de uma boa consistência interna para a nossa amostra.

2.3.Procedimentos de recolha e de tratamento de dados

Primeiramente foi necessário solicitar a autorização para os órgãos de Gestão da Escola (Anexo A) envolvida e posteriormente, aos Encarregados de Educação (Anexo B) para que fosse possível realizar a respetiva recolha de dados. Sendo concedidas as devidas autorizações, os questionários foram aplicados aos adolescentes em contexto de sala de aula (nas aulas de formação cívica).

A autorização do estudo pressupõe o cumprimento de determinadas condições, sendo elas a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos e a existência de concílio entre os objetivos académicos e a exequibilidade do trabalho sem perturbação da vida quotidiana da instituição e dos alunos enquerdidos, bem como a entrega dos resultados do estudo à instituição por pedido de um dos Encarregados de Educação.

Assim sendo, realizou-se uma reunião de equipa do GAAF (Gabinete de apoio ao aluno e à família), de forma a decidir a melhor forma e momento de aplicação dos instrumentos, tendo sido decidido aplicar em grupo no contexto de sala de aula (aulas de formação cívica).

Os alunos tiveram contacto pessoal com a investigadora e foram previamente informados do propósito da investigação, objetivos, procedimentos e do anonimato e confidencialidade subjacente aos dados, bem como tinham sido escolhidos para participar.

2.3.1. Técnica da amostragem

Para a seleção da amostra, o critério usado foi a idade (adolescência), recorrendo-se a uma amostra de conveniência ou intencional. Assim a seleção dos participantes não respeitou nenhum critério de aleatoriedade, sendo todos recolhidos em contexto de sala de aula. Neste tipo de amostragem não-probabilística a probabilidade

de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, o que pode originar o problema de a amostra não ser representativa da população em estudo (Maroco, 2003). O número de participantes foi definido tendo em conta características subjacentes à composição das amostras em estudos correlacionais, não devendo ser inferior a 30 sujeitos (Gall, Borg, & Gall, 1983). Não obstante ter sido definido um número inicial de 100 sujeitos, o número efetivamente avaliado situou-se em cerca dos 80, devido a não autorização dos pais na participação dos adolescentes no estudo e ainda por eliminação de alguns questionários que se revelaram inválidos.

O protocolo de investigação elaborado contou com a seguinte ordem de aplicação: Consentimento informado à instituição, Consentimento informado aos encarregados de educação, Questionário de recolha de dados sociodemográficos (Nunes, Lemos & Guimarães, 2011), Inventário de situações de vida stressantes (Oliva et al, 2008), o YSR – Inventário de sintomas psicopatológicos (Acenbach, 1991 adaptado à população portuguesa por Fonseca et al, 1994) e o KIDSCREEN-52 – instrumento de autorrelato sobre a saúde, qualidade de vida e bem-estar dos adolescentes (Group, 2004 aferido para a população portuguesa pela equipa do Projecto Aventura Social, 2006). A aplicação de todos os instrumentos demorou, em média, cerca de 40 minutos.

Por último, de referir que o nível utilizado para avaliar a significância dos testes estatísticos efetuados foi de 0.05 e que todas as análises serão realizadas com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0).

2.3.2. Procedimentos de análise de dados

Para o tratamento estatístico dos dados foram realizadas análises descritivas, nomeadamente a média e desvio-padrão para a descrição da amostra em termos de idade

dos alunos e dos pais, estado civil e estrutura familiar, bem como a empregabilidade dos pais e as habilitações literárias dos mesmos.

Para analisar eventuais diferenças entre as variáveis descritas nominais e os resultados obtidos nos instrumentos psicológicos atrás descritos foram utilizados testes não paramétricos (Kruskal-Willis) e teste paramétricos (testes t de Student).

Para estudar eventuais relações significativas entre as variáveis foram utilizadas correlações de Pearson e Spearman, de forma a compreender quais as variáveis que se apresentavam significativamente associadas às componentes do YSR (índice geral de psicopatologia na adolescência), bem como, o número de acontecimentos de negativos e/ou estressantes e o KIDSCREEN (qualidade de vida, saúde e bem-estar percebida pelo adolescente). As correlações foram consideradas significativas para valores de $p \leq 0.05$.

Na análise de correlações foram considerados os seguintes valores: correlações negligenciáveis com valores inferiores a 0.20, correlações fracas situadas entre os 0.20 e os 0.40, correlações moderadas até 0.60, correlações fortes com valores inferiores a 0.80 e correlações muito fortes as que apresentavam valores superiores a 0.80.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3. Resultados

Partindo dos objetivos delineados nesta investigação, seguem-se os resultados das análises estatísticas efetuadas entre as variáveis em estudo. É nosso objetivo investigar quais os fatores sociodemográficos e familiares em estudo que estão relacionados com a presença dos AVS e com o QV do adolescente, bem como, possíveis associações entre o número AVS com a presença de perturbações psicopatológicas e com a QV percebido pelos adolescentes.

3.1. Comparação entre grupos em função das variáveis sociodemográficas e familiares

Num primeiro momento, procuramos investigar possíveis diferenças ao nível do número de AVS, psicopatologia e QV em função das variáveis sociofamiliares – sexo, ano escolar, estrutura familiar, nível socioeconómico familiar – utilizando procedimentos de comparação de médias não paramétricos (Kruskal-Wallis), paramétricos (t-test) e testes de correlação de Pearson e Spearman.

3.1.1. AVS, psicopatologia e QV em função do sexo

O resultado do teste de Levene permite-nos atestar sobre a normalidade das variâncias permitindo a utilização de testes paramétricos.

Neste sentido, com vista a avaliar eventuais diferenças entre os grupos de adolescentes categorizados consoante o sexo, nas variáveis que são objeto do estudo (nomeadamente, número de AVS, psicopatologia de tipo externalizada e internalizada, QV) recorreremos ao teste *t* de Student.

Assim, num primeiro momento, analisamos eventuais diferenças no índice global de psicopatologia (YSR) em função da variável sexo. Os resultados obtidos permitem-nos

constatar que as raparigas ($M = 20,05$, $DP = 9,15$) apresentam mais sintomas de psicopatologia do que os rapazes ($M = 14,88$; $DP = 8,40$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t = 2,72$, $p = 0,008$). Podemos ainda observar que os participantes do sexo feminino ($M = 12,84$, $DP = 6,43$) apresentam de forma estatisticamente significativa, uma maior tendência para os comportamentos internalizados de psicopatologia em contraste com os participantes do sexo masculino ($M = 7,98$; $DP = 4,87$; $t = 3,99$; $p = 0,000$). No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis AVS e QV entre raparigas e rapazes (tabela 3).

Posteriormente, foi analisada a associação entre Psicopatologia e o sexo. A correlação paramétrica de *Pearson* evidenciou uma correlação significativa, negativa e fraca ($r = -0,285$, $p = 0,008$) entre psicopatologia e sexo, no entanto, esta correlação torna-se mais significativa quando correlacionamos a componente psicopatologia internalizada e o sexo ($r = 0,886$, $p = 0,000$).

Tabela 3. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste *t* Student em função da variável *sexo* (N=87).

	Sexo				<i>T</i>	<i>p</i>
	Feminino (n=39)		Masculino (n=48)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
AVS	5,08	2,79	4,04	3,02	1,63	0,106
YSR - G ⁶	20,05	9,15	14,88	8,40	2,72	0,008**
YSR - E ⁷	7,21	4,39	6,90	4,88	0,31	0,757
YSR - I ⁸	12,84	6,43	7,98	4,87	3,99	0,000**

⁶ Índice geral de sintomatologia psicopatologia

⁷ Índice dos comportamentos externalizados da escala de sintomatologia psicopatologia

⁸ Índice dos comportamentos internalizados da escala de sintomatologia psicopatológica

KIDSCREEN	3,39	0,34	3,51	0,31	- 1,65	0,103
------------------	------	------	------	------	--------	-------

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

3.1.2. AVS, psicopatologia e QV em função do grupo etário

Quando comparadas as pontuações médias obtidas nos grupos de adolescentes em função do grupo etário, podemos observar tanto no número de AVS, bem como o YSR (G, I e E) e no KIDSCRREN surgem diferenças significativas nas pontuações.

Assim sendo na tabela 4, e com recurso ao teste *t* Studente, verificámos que os adolescentes mais velhos (dos 14 aos 17 anos) tendem a apresentar um maior número de AVS ($M = 5,32$; $DP = 3,12$) em comparação com os adolescentes mais novos ($M = 3,56$; $DP = 2,57$), sendo esta diferença muito significativa ($t = - 2,87$; $p = 0,005$).

Em relação ao índice de psicopatologia geral, verifica-se novamente que os adolescentes mais velhos relatam mais problemas psicopatológicos ($M = 21,05$; $DP = 9,91$) em comparação aos adolescentes mais novos ($M = 13,19$; $DP = 5,91$), sendo esta diferença significativa ($t = - 4,49$; $p = 0,000$).

No que concerne às componentes da escala de psicopatologia, os resultados encontrados foram em ambas as escalas significativos, mostrando um maior índice de comportamentos externalizados e internalizados nos adolescentes de grupo etário mais alto (tabela 4).

Por último na tabela 4 ainda podemos observar as diferenças de grupo em relação à QV são igualmente significativas ($t = 2,799$, $p = 0,006$), com uma média ligeiramente superior nos adolescentes do grupo etário mais novo ($M = 3,55$; $DP = 0,30$).

Recorrendo à correlação paramétrica de *Pearson* analisou-se as correlações entre as variáveis e a idade. Os resultados demonstram que existe correlações significativas e positivas no caso da variável YSR – G ($r = 0,440$, $p = 0,000$), YSR – E ($r = 0,375$, $p =$

0,000), YSR – I ($r = 0,381, p = 0,000$) e AVS ($r = 0,297, p = 0,005$). No que diz respeito à correlação entre o KIDSCREEN e a idade surge uma correlação significativa e negativa ($r = -0,291, p = 0,006$).

Tabela 4. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste *t* Student em função da variável Grupo etário (N=87).

	Grupo Etário				<i>T</i>	<i>p</i>
	10 - 13 (n=43)		14 - 17 (n=44)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
AVS	3,56	2,57	5,32	3,12	- 2,87	0,005**
YSR – G	13,10	5,91	21,05	9,91	- 4,49	0,000**
YSR – I	7,67	4,85	12,32	6,42	- 3,80	0,000**
YSR – E	5,26	2,72	8,73	5,45	- 3,71	0,000**
KIDSCREEN	3,55	0,30	3,36	0,33	2,799	0,006**

** $p < 0,01$

3.1.3. AVS, psicopatologia e QV em função da estrutura familiar

Com o intuito de averiguar eventuais diferenças ao nível do número de AVS, indicadores de psicopatologia e QV em função da estrutura familiar procedemos à realização do teste de Kruskal-Wallis (tabela 5). Os resultados mostram uma diferença estatisticamente significativa no número de AVS segundo o estatuto marital dos pais (K-W = 10,67, $p = 0,005$), verificando-se que existe um maior número de AVS nos adolescentes de famílias monoparentais ($M = 5,88, DP = 3,09$) e em famílias biparentais reconstruídas ($M = 6,11, DP = 2,37$).

É ainda possível verificar que, apesar de a diferença não ser significativa ($t=0,32$ $p=0,854$), os adolescentes demonstram um indicador de psicopatologia ligeiramente elevado em famílias monoparentais ($M = 17,69$, $DP = 6,76$).

A associação entre a variável AVS e a estrutura familiar, através da correlação de *Spearman*, verificou-se significativa e negativa, embora fraca ($r_s = - 0,295$, $p = 0,005$).

Tabela 5. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV e teste de Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87).

	Estrutura Familiar						K-W (gl=2)	p
	Biparental (intacta) (n=62)		Biparental (reconstruída) (n=9)		Monoparental (n=16)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
AVS	3,84	2,84	6,11	2,37	5,88	3,09	10,67	0,005*
YSR G	17,07	10,00	16,89	6,35	17,69	6,76	0,32	0,854
YSR I	10,08	6,63	8,89	4,14	10,44	5,13	0,29	0,867
YSR E	6,84	4,87	8,00	4,72	7,25	3,87	1,14	0,566
KIDSCREEN	3,49	0,35	3,43	0,18	3,35	0,27	3,71	0,156

* $p < 0,01$

3.1.4. AVS, psicopatologia e QV em função do estatuto socioeconómico

Procuramos investigar possíveis diferenças nas variáveis em estudo (AVS, indicadores de psicopatologia, e QV) em função do estatuto socioeconómico.

Apesar de não se verificar resultados significantes, na tabela 6, podemos observar que os valores médios mais elevados do indicador geral de psicopatologia encontram-se nas famílias com estatuto socioeconómico alto.

Tabela 6. Médias, desvios-padrão do número de AVS, psicopatologia e QV teste *t* Student em função da variável estatuto socioeconómico (N=87).

	Estatuto Socioeconómico				<i>T</i>	<i>p</i>
	Baixo-Médio (n=45)		Alto (n=42)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
AVS	4,48	3,24	4,02	2,64	1,290	0,200
YSR – G	16,57	8,23	17,79	9,97	- 0,619	0,538
YSR – I	9,20	5,09	10,90	7,03	- 1,302	0,197
YSR – E	7,18	4,83	6,88	4,51	0,298	0,766
KIDSCREEN	3,44	0,34	3,48	0,32	- 0,600	0,550

3.1.5. Resultado das componentes da escala de Psicopatologia (YSR) em função das variáveis sociodemográficas

Num segundo momento de avaliação, após os resultados apresentados anteriormente, achou-se pertinente estudar a relação entre as componentes do indicador de psicopatologia e as possíveis diferenças associadas às variáveis sociodemográficas e familiares. Os resultados do teste de Levene permite-nos afirmar a normalidade das variâncias permitindo a utilização de testes paramétricos.

Neste sentido, foi utilizado um teste *t* para amostras independentes de modo a avaliar as diferenças nas componentes do YSR que avaliam diferentes perturbações psicopatológicas em função do sexo.

Na tabela 7, podemos observar que os participantes do sexo feminino apresentam valores médios mais elevados nas perturbações psicopatológicas, sendo essas diferenças mais significativas entre os sexos, na componente “Depressão” (*M* = 3,97, *DP* = 3,51, *t* = 3,163, *p* = 0,002), nas “Queixas somáticas” (*M* = 1,97, *DP* = 1,64, *t*

= 3,352, $p = 0.001$) e nos “problemas de relação” ($M = 3,71$, $DP = 1,707$, $t = 2,595$, $p = 0,011$).

Na componente “Procura de atenção”, observamos que os sujeitos do sexo masculino apresentam valores médios mais altos ($M = 1,48$, $DP = 1,637$) em comparação com o sexo feminino, sendo esta diferença significativa ($t = - 1,975$, $p = 0,052$).

Realizou-se, ainda, a análise à associação entre as diferentes componentes da Psicopatologia e o sexo, através da correlação de *Pearson*. Os resultados demonstram existir uma correlação positiva e significativa, embora fraca entre as componentes e o sexo: “Depressão” ($r = 0,312$, $p = 0,002$), “Queixas somáticas” ($r = 0,326$, $p = 0,001$), “Problemas de relação” ($r = 0,244$, $p = 0,011$) e “Procura de atenção” ($r = 0,219$, $p = 0,052$).

Tabela 7. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste *t* Student em função da variável sexo (N=87).

	Sexo				<i>T</i>	<i>p</i>
	Feminino (n=39)		Masculino (n=48)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Depressão	3,97	3,507	1,83	2,770	3,163	0,002**
Queixas somáticas	1,97	1,636	1,02	0,978	3,352	0,001**
Problemas de relação	3,71	1,707	2,71	1,833	2,595	0,011**
Fobia	3,18	2,038	2,42	1,736	1,885	0,063
Agressão verbal	5,24	2,614	4,10	2,425	2,078	0,041
Conduta delinquente	1,11	1,914	1,31	1,870	- 0,505	0,615
Procura de atenção	0,87	1,095	1,48	1,637	- 1,975	0,052*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças nos grupos em relação às diferentes componentes da psicopatologia em função dos grupos etários realizou-se o teste *t* Student. Na tabela 8 é possível observar que o grupo etário dos 14 aos 17 anos apresenta valores médios mais elevados em todas as componentes da escala de sintomatologia psicopatológica, sendo elas significativas estatisticamente (com exceção da componente “Procura de atenção” que não apresenta uma diferença significativa).

Realizou-se, ainda, a análise à associação entre as diferentes componentes da Psicopatologia e o grupo etário, através da correlação de *Pearson*. Os resultados demonstram existir uma relação positiva e significativa, embora fraca entre as componentes da escala de sintomatologia psicopatológica e idade: “Depressão” ($r = 0,255$; $p = 0,017$), “Queixas somáticas” ($r = 0,238$; $p = 0,026$), “Problemas de relação” ($r = 0,398$, $p = 0,000$), “Fobia” ($r = 0,227$, $p = 0,035$), “Agressão verbal” ($r = 0,386$, $p = 0,000$) e “Conduta delinquente” ($r = 0,265$, $p = 0,014$).

Tabela 8. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste *t* Student em função da variável grupo etário (N=87).

	Grupo Etário				<i>T</i>	<i>p</i>
	10 – 13 (n = 43)		14 – 17 (n = 44)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Depressão	1,91	2,34	3,57	3,83	- 2,435	0,017*
Queixas somáticas	1,09	1,34	1,75	1,37	- 2,262	0,026*
Problemas de relação	2,37	1,66	3,84	1,77	- 3,995	0,000**
Fobia	2,30	1,54	3,16	2,13	-2,145	0,035*
Agressão verbal	3,58	1,99	5,55	2,69	- 3,857	0,000**
Conduta delinquente	0,71	1,04	1,70	2,34	- 2,515	0,014*

Procura de atenção 0,91 1,09 1,48 1,69 - 1,866 0,065

* p<0.05; ** p<0.01

Relativamente à estrutura familiar, e como era de esperar, o teste não paramétrico Kruskal-Wallis evidenciou a inexistência de diferenças significativas entre o grupo de sujeitos com família monoparental, biparental reconstruída ou intacta, como podemos verificar pelos resultados apresentados na tabela 9. No entanto, ainda na tabela 9, podemos observar que mesmo não havendo diferenças significativas nos grupos, os valores médios encontram-se sempre mais elevados nas famílias monoparentais, quando comparadas com as biparentais intactas e reconstruídas, com a exceção da componente “Conduta Delinvente” que apresentam os valores médio mais elevados nas familiares biparentais reconstruídas.

Tabela 9. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87).

	Estrutura Familiar							
	Biparental intacta (n = 62)		Biparental reconstruída (n = 9)		Monoparental (n = 16)		K-W (<i>gf</i> =2)	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Depressão	2,69	3,39	2,78	2,59	2,94	3,34	0,55	0,76
Queixas somáticas	1,42	1,36	1,11	1,62	1,63	1,41	1,47	0,48
Problemas de relação	3,05	1,91	2,67	1,66	3,63	1,75	1,54	0,46
Fobia	2,92	1,99	2,33	1,66	2,25	1,61	1,45	0,48
Agressão verbal	4,48	2,59	4,56	2,51	4,94	2,62	0,78	0,68

Conduta delinquente	1,18	1,96	1,89	1,54	1,00	1,75	5,79	0,06
Procura de atenção	1,11	1,48	1,56	1,51	1,31	1,30	1,42	0,49

No que diz respeito ao estatuto socioeconómico (tabela 10) e as diversas componentes de sintomatologia psicopatológica, podemos verificar que o único resultado estatisticamente significativo encontra-se nos “Problemas de relação” ($t = -2,018$; $p = 0,047$), apresentando este valores médios superiores no estatuto socioeconómico alto ($M = 3,52$; $DP = 1,78$). Através da análise correlacional de Pearson é possível observar que estas duas variáveis encontram-se correlacionadas ($r = 0,214$, $p = 0,047$).

Tabela 10. Médias, desvios-padrão das componentes da psicopatologia externalizada e internalizadas e teste t Student de em função da variável estatuto socioeconómico ($N=87$).

	Estatuto socioeconómico				<i>T</i>	<i>p</i>
	Baixo-Médio ($n=45$)		Alto ($n=42$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Depressão	2,49	3,16	3,02	3,40	- 0,760	0,449
Queixas somáticas	1,47	1,22	1,38	1,56	0,287	0,775
Problemas de relação	2,73	1,86	3,52	1,78	- 2,018	0,047
Fobia	2,51	1,71	2,98	2,07	- 1,142	0,257
Agressão verbal	4,69	2,65	4,45	2,48	0,429	0,669
Conduta delinquente	1,25	1,86	1,19	1,93	0,146	0,884
Procura de atenção	1,16	1,58	1,24	1,30	- 0,265	0,792

* $p < 0,05$

3.1.6. Resultado das componentes da escala de KIDSCRREN em função das variáveis sociodemográficas

Apesar de não se ter verificando diferenças significativas entre grupos e o indicar geral de qualidade, aquando avaliamos as componentes dessa mesma escala foi possível constatar que ambos os sexos apresentam valores médios muito baixos nas componentes “Estado de humor geral” e “Provocação” e que surge uma relação significativa entre a componente “Tempo livre” e o sexo ($t = - 2,284, p = 0,006$) (tabela 11).

A análise correlacionar de *Pearson*, considera existir uma associação positiva, fraca e significativa entre a componente “tempo livre” e o sexo ($r = 0,293, p = 0,006$).

Tabela 11. Médias, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN e teste *t* Student em função da variável *sexo* (N=87).

	Sexo				<i>T</i>	<i>P</i>
	Feminino (n=39)		Masculino (n=48)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e atividade física	3,94	0,60	4,17	0,67	- 0,152	0,131
Sentimentos	4,06	0,72	4,09	0,75	- 0,241	0,810
Estado de humor geral	2,28	0,61	2,32	0,61	- 0,298	0,767
Auto-percepção	3,12	0,54	3,15	0,53	- 0,339	0,735
Tempo Livre	3,67	0,93	4,17	0,70	- 2,284	0,006**
Família e ambiente familiar	4,13	0,77	4,13	0,76	0,020	0,984
Questões económicas	4,09	0,77	4,31	0,91	- 1,151	0,253
Amigos	4,18	0,66	4,24	0,67	- 0,463	0,645
Ambiente escolar e aprendizagem	3,69	0,67	3,57	0,67	0,847	0,399

Provocação⁹	1,44	0,70	1,52	0,68	- 0,537	0,568
-------------------------------	------	------	------	------	---------	-------

** $p < 0,01$

Em relação às diferenças nas diversas componentes da QV em função dos grupos etários (tabela 12), podemos verificar que, as componentes “Sentimentos”, “Estado de humor geral”, “Tempo livre”, “Família e ambiente familiar” e “Ambiente escolar e aprendizagem” apresentam diferenças significativas entre os dois grupos etários. Através da análise correlacional de Pearson é possível observar que estas variáveis encontram-se correlacionadas com o grupo etário: “Sentimentos” ($r = - 0,286$, $p = 0,007$), “estado de humor geral” ($r = 0,273$, $p = 0,010$), “Tempo livre” ($r = - 0,306$, $p = 0,004$), “Família e ambiente familiar” ($r = - 0,384$, $p = 0,000$), e “Ambiente escolar e aprendizagem” ($r = - 0,300$, $p = 0,005$).

Tabela 12. Médias, desvios-padrão das componentes do KIDSCRREN e teste *t* Student em função da variável grupo etário do adolescente (N=87).

	Grupo Etário				T	P
	10 - 13		14 - 17			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e atividade física	4,18	0,67	3,95	0,68	1,558	0,123
Sentimentos	4,29	0,71	3,87	0,70	2,753	0,007**
Estado de humor geral	2,14	0,54	2,47	0,63	- 2,618	0,010**
Auto-percepção	3,06	0,53	3,22	0,45	- 1,548	0,125
Tempo Livre	4,20	0,66	3,69	0,93	2,960	0,004**
Família e ambiente familiar	4,42	0,61	3,84	0,78	3,839	0,000**

⁹ Quando se realizou a análise de dados no SPSS da componente “Provocação” os valores atribuídos foram: 1 – muito bom e 5 – muito mau.

Assim o facto de os resultados serem baixos significa que os adolescentes sentem-se aceites pelos seus colegas da escola, bem como respeito entre o grupo de pares.

Questões económicas	4,37	0,68	4,05	0,98	1,764	0,081
Amigos	4,30	0,61	4,13	0,65	1,223	0,225
Ambiente escolar e aprendizagem	3,82	0,74	3,42	0,69	2,896	0,005**
Provocação	1,48	0,69	1,48	0,68	- 0,029	0,977

** $p < 0,01$

No que diz respeito à variável estrutura familiar, na tabela 13, podemos verificar que existe diferenças significativas na componente “Saúde e atividade física (K-W = 6,50, $p = 0,03$), “Sentimentos” (K-W = 7,94, $p = 0,01$) e “Família e ambiente familiar” (K-W = 6,59, $p = 0,03$) e que estas apresentam valores médios inferiores em familiares monoparentais, quando comparadas com a Biparental intacta e reconstruída.

A análise correlacional de Spearman considera que a relação entre as variáveis referidas anteriormente com a estrutura familiar são fracas, negativas e significativas – “Saúde e atividade física” ($r_s = -0,267$, $p = 0,01$), “Sentimentos” ($r_s = -0,302$, $p = 0,004$) e “Família e ambiente familiar” ($r_s = -0,269$, $p = 0,012$). Esta análise correlacional ainda nos permitiu perceber que apesar de não existir diferenças significativas dos grupos com a componente “Estado de humor geral”, esta encontra-se relacionada de forma positiva, fraca e significativa ($r_s = 0,212$, $p = 0,049$) com a estrutura familiar do adolescente.

Tabela 13. Média, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN e Kruskal-Wallis em função da variável estrutura familiar (N=87).

	Estrutura familiar							
	Biparental intacta		Biparental reconstruída		Monoparental		K-W	<i>p</i>
	(n = 62)		(n = 9)		(n = 16)			
M	DP	M	DP	M	DP	(gl = 2)		
Saúde e atividade	4,18	0,64	4,00	0,69	3,66	0,73	6,50	0,03*

física								
Sentimentos	4,20	0,69	3,96	0,60	3,65	0,80	7,94	0,01**
Estado de humor	2,24	0,62	2,44	0,35	2,48	0,65	4,07	0,13
geral								
Auto-percepção	3,14	0,52	3,04	0,54	3,20	0,33	0,80	0,67
Tempo livre	3,93	0,91	4,18	0,46	3,89	0,73	0,52	0,77
Família e ambiente	4,24	0,76	3,85	0,49	3,83	0,74	6,59	0,03*
familiar								
Questões	4,28	0,88	3,96	0,75	4,08	0,79	3,43	0,18
económicas								
Amigos	4,22	0,69	4,31	0,52	4,13	0,45	1,36	0,51
Ambiente escolar e	3,71	0,76	3,50	0,66	3,35	0,61	3,10	0,21
aprendizagem								
Provocação	1,47	0,74	1,59	0,57	1,48	0,52	2,36	0,31

* p<0.05; ** p<0.01

Na tabela 14, podemos observar que não existem resultados significativos nas componentes da escola KIDSCREEN em função da variável estatuto socioeconómico. Realçamos apenas os valores médios extremamente baixos na componente “Provocação” em todos os níveis de estatuto socioeconómico.

Tabela 14. Média, desvios-padrão das componentes KIDSCREEN teste *t* Student em função da variável estatuto socioeconómico (N=87).

	Estatuto Socioeconómico				<i>T</i>	<i>p</i>
	Baixo-Médio (n=45)		Alto (n=42)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Saúde e atividade física	4,05	1,58	1,24	1,30	- 0,187	0,852
Sentimentos	4,04	0,86	4,11	0,57	- 0,423	0,673
Estado de humor geral	2,28	0,65	2,33	0,53	- 0,385	0,702
Auto-percepção	3,10	0,47	3,18	0,51	- 0,785	0,435
Tempo Livre	4,03	0,78	3,85	0,91	0,986	0,327
Família e ambiente familiar	4,09	0,81	4,17	0,69	- 0,478	0,634
Questões económicas	4,10	0,92	4,33	0,77	- 1,299	0,197
Amigos	4,26	0,59	4,16	0,69	0,735	0,465
Ambiente escolar e aprendizagem	3,63	0,71	3,61	0,62	0,129	0,898
Provocação	1,39	0,57	1,59	0,78	- 1,382	0,171

3.2. Análises correlacionais

Neste ponto são analisadas as relações entre Psicopatologia (YSR), a perceção dos participantes da sua QV (KIDSCREEN), o número de AVS através de análises correlacionais de Pearson, Spearman, bem como, o modelo de regressão linear simples.

3.2.1. Correlações entre os indicadores de psicopatologia e número de acontecimentos stressantes.

Em primeiro lugar, observámos se as pontuações obtidas no YSR se associavam com o número de AVS na vida dos adolescentes. Verificámos que existe uma

associação positiva e moderada entre estas variáveis ($r = 0,440$, $p = 0,000$), consoante o disposto na Tabela 15.

Num segundo momento, verificámos quais as componentes do YSR surgem mais relacionadas com o número de AVS. Deste modo, realizou-se uma correlação de Pearson entre os comportamentos internalizados (“Depressão”, “Fobia”, “Queixas somáticas” e “Problemas de relação”) e externalizados (“Agressão verbal”, “Conduta delinvente” e “Procura de atenção”), o que nos permitiu observar que os comportamentos externalizados e os acontecimentos estressantes estão associados de forma positiva e moderada ($r = 0,445$, $p = 0,000$), enquanto os comportamentos internalizados apresentam uma associação positiva mas fraca ($r = 0,330$, $p = 0,002$) com os AVS.

Dentro da componente comportamentos externalizados, é possível verificar uma associação positiva e moderada entre a “Agressão verbal” e o número AVS ($r = 0,456$, $p = 0,000$), por sua vez, no que se refere à associação com a “Conduta delinvente” ($r = 0,310$, $p = 0,004$) e os “Procura de atenção” ($r = 0,220$, $p = 0,042$) estas apresentam-se positivas mas fracas (tabela 15).

Relativamente à componente comportamentos internalizados apenas se verificou associação entre a “Depressão” e o número AVS ($r = 0,415$, $p = 0,000$), sendo ela positiva e moderada (tabela 15).

Tabela 15. Matriz de correlações de Pearson entre os valores do YSR e número de AVS (N=87).

	Número de AVS
YSR Geral	0,449**
YSR Comportamentos externalizados	0,445**
• Agressão verbal	0,456**

• Conduta delincente	0,310**
• Procura de atenção	0,220**
YSR Comportamentos internalizados	0,330**
• Depressão	0,415**
• Fobia	0,102
• Queixas somáticas	0,144
• Problemas de relação	0,138

** $p \leq 0.01$

3.2.2. Correlações entre o número de acontecimentos de vida stressantes e a percepção de qualidade de vida.

Neste ponto investigámos possíveis relações entre o número de AVS e a percepção de QV (KIDSCREEN) dos adolescentes no momento atual e constatámos que a associação é estatisticamente significativa, no entanto, a correlação é negativa, embora fraca ($r = -0,353$, $p = 0,001$) (tabela 16).

Tabela 16. Matriz de correlação de Pearson entre o número de AVS e o KIDSCREEN (N=87).

	Número de AVS
Kidscreen	- 0,353**

** $p \leq 0.01$

3.2.3. Correlações entre os indicadores de Psicopatologia e a percepção de QV.

Investigámos ainda a existência de associações entre a QV percebida (KIDSCREEN) pelos adolescentes no momento atual e os índices de YSR (Geral e Comportamentos Internalizados e Externalizados). Na tabela 17 é possível verificar que existe uma associação significativa entre a psicopatologia e a percepção de QV ($r = -0,290$, $p = 0,007$) por parte do adolescente no momento atual, no entanto esta associação

é negativa e fraca. No que concerne as componentes do YSR, podemos constatar que apenas existe associação com a componente “comportamentos internalizados” ($r = -0,345$, $p = 0,001$). Assim, observámos que apenas a variável “Depressão” está associada à forma de como os adolescentes percecionam a sua QV, sendo essa associação significativa, negativa, embora fraca ($r = -0,355$, $p = 0,001$).

Tabela 17. Matriz de correlações de Pearson entre as pontuações obtidas no YSR e no KIDSCREEN (N=87).

	KIDSCREEN
YSR Geral	- 0,290**
YSR Comportamentos externalizados	- 0,115
• Agressão verbal	- 0,169
• Conduta delinvente	- 0,044
• Procura de atenção	- 0,012
YSR Comportamentos internalizados	- 0,345**
• Depressão	- 0,355**
• Fobia	- 0,184
• Queixas somáticas	- 0,184
• Problemas de relação	- 0,182

3.2.4. Preditores de psicopatologia

Num momento final de resultados e considerando as relações significativas obtidas nos testes de correlações anteriores, pretendemos verificar que variáveis associadas à Psicopatologia e à QV poderiam ser predictoras das mesmas, recorrendo-se à regressão linear simples pelo método stepwise.

Inicialmente, no que concerne aos preditores da Psicopatologia, foi considerado a variável AVS. Este modelo explicativo mostrou-se significativo [F (1, 87) = 21,154, $p = 0,000$] e explica 20% ($R^2 = 0,201$) da variância da Psicopatologia. A variável AVS apresenta um valor preditivo significativo ($\beta = 0,45$, $t = 4,60$, $p = 0,000$).

Num segundo bloco, inseriu-se a variável sociodemográfica sexo, também esta correlacionada com a Psicopatologia. Neste segundo modelo [F (2, 87) = 13,464, $p = 0,000$], com a introdução desta variável, a capacidade de predição aumenta substancialmente para 24,5% ($R^2 = 0,245$). Ambas as variáveis apresentam um valor preditivo significativo [AVS ($\beta = 0,41$, $t = 4,42$, $p = 0,000$) e Idade ($\beta = 0,21$, $t = 2,19$, $p = 0,031$)].

Por último, num terceiro bloco, introduziu-se a variável sociodemográfica idade. Este modelo explicativo é significativo [F (3, 87) = 11,372, $p = 0,000$] e superior na explicação da variância da Psicopatologia, aumentando para 29,4% ($R^2 = 0,294$) a capacidade de predição. Ambas as variáveis apresentam um valor preditivo significativo [AVS ($\beta = 0,33$, $t = 3,23$, $p = 0,002$), Sexo ($\beta = 0,26$, $t = 2,70$, $p = 0,008$) e Idade ($\beta = 0,24$, $t = 2,38$, $p = 0,020$)] (tabela 18).

Tabela 18. Modelo de regressão linear simples da Psicopatologia (N=87).

		Índice geral de psicopatologia		
		Regressão linear		
		β	t	p
Bloco 1				
	AVS	0,45	4,60	0,000
Bloco 2				
	AVS	0,41	4,42	0,000
	Sexo	0,21	2,19	0,031
Bloco 3				

AVS	0,33	3,23	0,002
Sexo	0,26	2,70	0,008
Idade	0,24	2,38	0,020

Bloco 1 $\rightarrow R^2 = 0,201$ [F (1, 87) = 21,154, $p = 0,000$]

Bloco 2 $\rightarrow R^2 = 0,245$ [F (2, 87) = 13,464, $p = 0,000$]

Bloco 3 $\rightarrow R^2 = 0,294$ [F (3, 87) = 11,372, $p = 0,000$]

3.2.5. Preditores da qualidade de vida do adolescente

Em relação à QV do adolescente, considerou-se as variáveis AVS, a idade, o Índice de Psicopatologia geral, a componente internalizada de psicopatologia “Depressão” e a componente externalizada de psicopatologia a “Procura de atenção”. Através da análise dos dados com recurso à regressão linear simples, podemos constatar que surge dois modelos explicativos da QV.

Numa primeira instância, foi considerado o número de AVS experienciado pelo adolescente. Este primeiro modelo mostrou-se significativo [F (1, 87) = 12,214, $p = 0,001$] e explica cerca de 13% da variância da QV ($R^2 = 0,127$). A variável AVS apresenta um valor preditivo significativo ($\beta = - 0,40$, $t = - 3,49$, $p = 0,001$).

Num segundo bloco, foi introduzida a variável “Depressão” (componente internalizada do indicador de psicopatologia). Com a inserção da variável “Depressão”, o modelo explicativo [F (2, 87) = 9,022, $p = 0,000$] aumenta ligeiramente a capacidade de predição para 18% ($R^2 = 0,179$). Tanto a variável AVS ($\beta = - 0,28$, $t = - 2,31$, $p = 0,023$) e “Depressão” ($\beta = - 0,25$, $t = - 2,28$, $p = 0,025$) apresentam um valor preditivo da QV (tabela 20).

Em relação às variáveis Índice de Psicopatologia Geral e idade, apesar de os dados anteriores referirem que estas encontram-se associadas à QV do adolescente, na

amostra em questão estas são excluídas pelo método Step-Wise da regressão linear simples, o que nos indica que não são preditoras da QV.

Tabela 20. Modelo de regressão linear simples da QV (N=87).

		Índice geral de QV		
		Regressão linear		
		<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Bloco 1				
	AVS	- 0,40	- 3,49	0,001
Bloco 2				
	AVS	- 0,28	- 2,31	0,023
	YSR – I (“Depressão”)	- 0,25	- 2,28	0,023
Bloco 1 → $R^2 = 0,127$ [F (1, 87) = 12,214, $p = 0,001$]				
Bloco 2 → $R^2 = 0,179$ [F (2, 87) = 9,022, $p = 0,000$]				

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. Discussão dos Resultados

Sendo o objetivo geral desta investigação identificar os fatores psicossociais e as variáveis sociodemográficas que estão relacionados com a presença de AVN, com as perturbações psicopatológicas na adolescência, com a qualidade de vida e o bem-estar do adolescente, bem como perceber quais as relações entre estas variáveis, de seguida apresentamos a discussão dos resultados obtidos.

4.1.Diferenças no número de AVS, nas componentes de Psicopatologia e nas componentes da QV em função das variáveis sociodemográficas

O número de AVS, os indicadores de psicopatologia e a QV foram analisados em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estrutura familiar e nível socioeconómico familiar).

Em concordância com outros estudos, os nossos resultados mostram que a variável sexo está associada ao tipo e a quantidade de perturbações nos adolescentes, sugerindo que as raparigas apresentam mais problemas psicopatológicos do que os rapazes e que as raparigas tendem a internalizar a sua sintomatologia (i.e., depressão, queixas somáticas), enquanto os rapazes tendem a manifestar perturbações de tipo externalizado (i.e. comportamentos antissociais e procura de atenção), tal como nos estudos realizados por Dwairy e colaboradores, 2009, Hoffmann, Powlishta e White, 2004.

Ainda associado à sintomatologia psicopatologia surge a variável grupo etário dos adolescentes. Assim como em outros estudos realizados (i.e. Angold & Rutter, 1992, citado em Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Lemos, 2007), o nosso estudo demonstra que adolescentes mais velhos tendem a apresentar mais sintomatologia psicopatológica. Através dos nossos resultados podemos observar que o grupo etário

dos 14 aos 17 anos de idade relata mais problemas psicopatológicos quando comparados com o grupo etário dos 10 aos 13 anos, surgindo assim uma correlação entre a idade e a psicopatologia na adolescência. A consciência da problemática e maturação do adolescente aumenta a probabilidade de este apresentar perturbações psicopatológicas durante a adolescência (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005).

Quando analisadas as componentes internalizadas e externalizadas da escala de psicopatologia em função do sexo e da idade, verificamos que ao contrário do que era esperado, as raparigas apresentam valores ligeiramente elevados na componente “Agressão verbal” da escala de psicopatologia de tipo externalizado.

Em função da idade averiguamos dois resultados significativos: na escala de psicopatologia de tipo internalizado a correlação mais forte surge na componente “Problemas de Relação” e na escala de psicopatologia de tipo externalizada surge na componente “Agressão verbal”. Apesar de não termos encontrados estudos que corroborem ou contrariem este resultado, podemos questionar-nos sobre os mesmos. Assim, colocamos a hipótese de que as raparigas da nossa amostra apresentam problemas de comunicação com o seu grupo de pares e adultos, exprimindo-se de uma forma disfuncional (mais agressiva com os professores e funcionários), sendo isto mais notório nas raparigas mais velhas.

Muitas das dificuldades psicológicas que surgem durante a adolescência estão associadas a diversos indícios de patologia familiar, por exemplo, o divórcio, o conflito parental crónico ou a doença mental parental (Rutter & colaboradores, 1961, citado em Marcelli & Braconnier, 2005). No nosso estudo, no que concerne às diferenças encontradas no relato de psicopatologia segundo a variável estrutura familiar, não foram encontradas diferenças significativas. No entanto os resultados comparativos entre os três grupos indicaram um índice maior de psicopatologia em adolescentes de famílias

monoparentais seguidas pelas biparentais intactas e por último as biparentais reconstruídas.

A separação dos pais e os conflitos conjugais são exemplos de experiências relacionadas com a família que estão muito associadas às perturbações psicopatológicas dos adolescentes (Quinton & Rutter, 1985 citado em Moreira & Melo, 2005; Rodríguez, et al., 2009). Quando avaliados os comportamentos internalizados e externalizados da nossa amostra, verificamos a existência de um maior número de comportamentos internalizados em famílias monoparentais e um maior número de comportamentos externalizados em famílias biparentais reconstruídas, associando assim à ideia de que adolescentes que vivem em famílias monoparentais tendem a apresentar problemáticas do foro emocional e psicológico, em quanto que adolescentes que vivem em famílias biparentais reconstruídas tendem a apresentar problemáticas do foro comportamental.

Achamos ainda pertinente referir que em relação ao índice de sintomatologia psicopatológica geral, as famílias biparentais intactas tendem a mostrar valores médios superiores. Podemos colocar a hipótese de que as famílias biparentais intactas, de onde são oriundos os adolescentes do nosso estudo, poderão apresentar um ambiente familiar disfuncional e conflituoso, uma vez que a carência de estruturas de socialização na família está diretamente relacionado com as perturbações nos adolescentes e jovens adultos (Sousa, 2005).

Nesta ordem de ideias, mais importante que a estrutura familiar é o ambiente familiar em que o adolescente vive. O estudo de Siffert e Schwarz (2011) mostra que o conflito parental está associado aos problemas de comportamento e ao desajuste emocional dos adolescentes. Estes resultados suportam a hipótese que os conflitos parentais podem prejudicar a capacidade das crianças conseguirem lidar com as emoções negativas (Davies & Cummings, 1994 citado por Siffert & Schwarz, 2011).

Relativamente aos recursos socioeconómicos, estes desempenham um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e na origem de perturbações psicopatológicas nos adolescentes, crianças económicas desfavorecidas tem uma maior probabilidade de apresentar sequelas na saúde mental devido às vivências de experiências negativas (McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009). Os nossos resultados não se mostraram significantes no que se refere à relação entre o nível socioeconómico familiar e a psicopatologia na adolescência. Todavia, quando avaliamos as componentes internalizadas e externalizadas separadamente em função do estatuto socioeconómico das famílias, verificamos a existência de um resultado significativo na componente “Problemas de relação”, sendo os valores médios encontrados nesta dimensão superiores no nível socioeconómico baixo, reforçando novamente a hipótese que o ambiente familiar é mais importante do que a própria estrutura (Eduardo Sá, 2004, p. 13, citado em Fonte, 2004).

No que concerne à relação entre o número e a presença de AVS e as variáveis sociodemográficas, o nosso estudo, embora não seja um resultado significativo, sugere que as raparigas vivenciam maior número de AVS do que os rapazes, estando de acordo com os estudos que referem que a exposição dos AVS é influenciada pelo género, mostrando as raparigas como sujeitos mais vulneráveis à exposição, sendo este o género que apresenta piores consequências na saúde mental, bem como maior sintomatologia psicopatológica (Villalonga-Olives et al. 2010).

No entanto, quando relacionamos o número de AVS com o grupo etário, podemos verificar que adolescentes mais velhos tendem a apresentar um maior número de AVS. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por Johnson, Whisman, Corley, Hewitt e Rhee (2012). Os autores referem que adolescentes mais

velhos tendem a apresentar problemas psicopatológicos mais graves (sintomatologia depressiva) devido a experienciam um maior número de AVS.

A dinâmica e as relações familiares estão relacionadas com a forma como o adolescente vivencia os AVS que ocorrem durante adolescência (Oliva e colaboradores, 2008). Ou seja, uma relação familiar positiva, com estabilidade emocional e coesão familiar, pode funcionar como fator protetor contra as adversidades da vida (i.e AVS), aumentando a capacidade de resiliência do adolescente (Oliva, Jiménez, Parra e Sánchez-Queija, 2008).

Posto isto, no nosso estudo é possível verificar a associação entre a presença e o número de AVS com a estrutura familiar em que o adolescente vive. Os resultados mostram que os adolescentes que vivem em famílias monoparentais e biparentais reconstruídas apresentam maior número de AVS, quando comparados com os adolescentes de famílias biparentais intactas.

O divórcio e o conflito parental durante a adolescência surgem como acontecimentos stressantes, que mais impacto negativo apresentam na vida do adolescente. Existem evidências de que os adolescentes expostas cronicamente a este tipo de acontecimentos apresentam um maior risco de desenvolver psicopatologia (Rodríguez, et al., 2009). O divórcio parental é referenciado pelo grande impacto a curto, médio e longo prazo no bem-estar do adolescente, havendo indícios que o divórcio desencadeia nos adolescentes um conjunto de problemáticas no foro comportamental (i.e. agressividade e dificuldades de autocontrolo), emocional (i.e. depressão, ansiedade e baixa autoestima), problemas de relacionamento com os pais e fracasso académico (Amato, 2000, 2001; Amato & Keith, 1991; Emery, 1982, 1988; Hetherington, Cox & Cox, 1982).

Em relação ao estatuto socioeconómico das famílias, podemos verificar dois resultados interessantes entre esta variável e AVS e psicopatologia: adolescentes de famílias com estatuto socioeconómico baixo relatam maior número de AVS e os adolescentes de famílias de estatuto socioeconómico alto relatam maior índice de sintomatologia psicopatologia, quando comparados com os adolescentes de nível socioeconómico baixo. Deste modo, sugerimos como hipótese de explicação para o relato de maior sintomatologia psicopatologia em famílias de estatuto socioeconómico alto a possível existência de ambiente disfuncional e/ou uma relação familiar negativa nas famílias biparentais intactas da nossa amostra.

No que diz respeito à QV, e ainda que não seja significativa, na nossa amostra, verificámos a tendência para o relato de menor QV nos adolescentes do género feminino, surgindo uma diferença de médias na componente “Tempo livre”. Assim, os sujeitos do género feminino relatam mais sentimentos de restrição, opressão e dependência do que adolescentes do género masculino. Estes resultados corroboram o estudo de Bastiaansen, Koot e Ferdinand (2005) com crianças entre os 8 e os 18 anos. Os autores verificaram uma associação entre o género, a psicopatologia e a QV do adolescente, ou seja, segundo os autores a vulnerabilidade associada ao género feminino aumenta a probabilidade de as raparigas apresentarem problemas psicopatológicos, bem como, leva a uma perceção mais negativa da sua QV. O facto de os rapazes apresentarem significativamente mais comportamentos de externalização do que as meninas, permite-lhes não experienciarem esses sintomas psicopatológicos como problemáticos, não afetando assim a sua perceção de QV.

Ainda na mesma linha, e de acordo com o estudo realizado por Monteiro (2011), ainda podemos observar que os nossos resultados da componente “Estado de humor

geral” apresenta valores médios baixos em função do género, sendo ligeiramente inferior no caso das raparigas, constando-se a hipótese de que as raparigas menor bem-estar ao nível do humor do que os rapazes.

Ainda relacionado com o grupo etário, surge a associação significativa entre a idade e a QV. O nosso estudo sugere que os adolescentes mais velhos apresentam pior QV. Segundo Bastiaansen, Koot e Ferdinand (2005), existe uma relação entre a idade do adolescente, a psicopatologia e a QV. O aumento da consciência dos adolescentes sobre os problemas aumenta a probabilidade de o adolescente apresentar sintomatologia psicopatologia, e que por sua vez afeta a noção de QV por parte dos mesmos.

Foi ainda possível verificar que os resultados mais significantes entre as componentes da QV e idade do adolescente, surgem nas componentes “Ambiente escolar e aprendizagem”, “Tempo Livre”, “Sentimentos” e Família e ambiente familiar”. Estes resultados indicam que os adolescentes mais velhos tendem a relatar mais sentimentos de insatisfação com a vida, poucas emoções positivas, sentimentos de restrição, opressão e dependência, assim como solidão, menos perceção de apoio e suporte social e problemas escolares (i.e. sentimentos negativos face à escola e/ou uma baixa capacidade escolar).

Por outro lado, e contrariamente ao estudo de Monteiro (2011), é no grupo de adolescentes mais novos que surge os valores mais baixos relacionados com a componente “Estado de humor geral”. Apesar de a média não ser muito baixa, podemos concluir que na nossa amostra estes adolescentes apresentam uma maior probabilidade de sofrer de alterações de humor e experienciar sentimentos negativos.

Apesar de o nosso estudo não mostrar resultados significativos nas diferenças de QV em função da estrutura familiar, podemos realçar que os adolescentes que vivem em famílias monoparentais e biparentais reconstruídas indicam valores médios mais baixos

nas componentes “Saúde e atividade física”, “Sentimentos” e “Família e ambiente familiar”, o que nos reflete a imagem de um adolescente que não se sente bem fisicamente, insatisfeito com a vida, que vivência acontecimentos negativos e sentimentos de solidão, bem como, negligência por parte dos pais. Estes resultados vão de encontro aos resultados do estudo de Levin, Dallago e Currie (2012), que mostrou que os adolescentes de famílias monoparentais apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida, quando comparados com adolescentes com outras estruturas familiares. No entanto, Phillips (2012) comparou adolescentes que viviam em famílias monoparentais com adolescentes que viviam em famílias biparentais intactas e pais adotivos e constatou que a noção de bem-estar dos adolescentes não se alterava significativamente consoante a estrutura, mas sim, consoante o ambiente familiar.

Outro resultado não significativo e contrariamente ao que era esperado (por exemplo, em relação ao estudo de Bastiaansen, Koot e Ferdinand, 2005), não foram encontradas diferenças significativas na percepção de QV por parte dos adolescentes nos diferentes estatutos socioeconómicos.

4.2. Associação entre Psicopatologia, a presença e o número de AVS e QV do adolescente.

Primeiramente, foi possível verificar uma associação positiva e moderada entre a presença de AVS na vida do sujeito e a existência de sintomatologia psicopatológica durante a adolescência. Os nossos resultados corroboram os resultados obtidos por diversos estudos que referem que o experienciar AVS no período de adolescência afeta o desenvolvimento do adolescente. Mais concretamente, a presença de AVS está associado às perturbações psicopatológicas na adolescência (Oliva, Jiménez & Parra, 2009; Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008 citado em Garcia, Álvarez-Dardet

& García, 2009; Grant & Compas, 2003 citado em Rodríguez, et al., 2009; Rutter, Tizard & Whitmore, 1970 citado em Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004; Flouri e Tzavidis (2008); Garcia, Álvarez-Dardet & García, 2009).

Constatamos ainda que quando avaliadas as componentes dos comportamentos internalizados e externalizados surge uma associação positiva e moderada entre a presença de AVS e a “Agressão verbal” e a “Depressão” e uma associação positiva e fraca com a “Conduta delinvente” e a “Procura de atenção”. Estes resultados apoiam a ideia de outros estudos que referem a acumulação de AVS aumenta a probabilidade de o adolescente apresentar problemas psicopatológicos (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970 citado em Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004; Flouri e Tzavidis (2008); Garcia, Álvarez-Dardet & García, 2009; Grant & Compas, 2003 citado em Rodríguez, et al., 2009). A título de exemplo, referimos o estudo de Leventhal e Brooks-Gunn, (2000, citado por Cicognani, Albanesi & Zani, 2008) que nos mostra que viver em bairros problemáticos (associado este acontecimento a um nível económico baixo) apresenta efeitos negativos na saúde física e mental dos adolescentes, podendo despertar problemas de ansiedade, angústia, depressão e queixas somáticas, assim como, prejudicar a formação académica dos jovens (i.e., fracasso escolar) e gerar problemas de comportamento (i.e., perturbações de conduta, comportamentos de externalização e/ou uso de substâncias).

Por sua vez, as análises correlacionais efetuadas permitem-nos ainda verificar que existe uma associação significativa, negativa, embora fraca entre a presença de AVS e a perceção de QV por parte do adolescente. Assim, á medida que o número de AVS aumenta durante a adolescência, os jovens tendem a relatar pior QV. Os nossos resultados vão de encontra ao estudo realizado por Ho, Cheung e Cheung (2008), que

nos indica os adolescentes que experienciam mais AVS durante a adolescência tendem a avaliar a sua vida de uma forma mais negativa, associando assim a pior QV.

Outro resultado significativo foi a associação significativa e negativa encontrada entre a QV e a psicopatologia, ou seja, os adolescentes com sintomatologia psicopatológica relatam piores QV. Este resultado vai de encontro a estudos que referem existir uma associação forte entre problemas psicopatológicos (i.e. depressão, défice de atenção e hiperatividade, ansiedade, etc) e a perceção de QV no adolescente (Vila, et al., 2003; Zeller, Roehrig, Modi, Daniels, & Inge, 2006; Klassen, Miller, & Fine, 2004).

4.3. Preditores da Psicopatologia.

Em relação à psicopatologia foi possível verificar através da análise da regressão lineal simples que existem três variáveis (AVS, sexo e idade) que explicam 29,4% da variância das perturbações psicopatológicas durante a adolescência no nosso estudo. Estas variáveis apresentam um valor preditivo e contribuem para o aumento de sintomatologia psicopatológica na adolescência. Estes resultados apontam no mesmo sentido do estudo de Kazdin (1992 citado em Russell, Subramanian, Russell & Nair, 2012), que aponta para cerca de 14 a 43% dos adolescentes já vivenciaram pelo menos um AVS e que destes, cerca de 60 a 70% revelaram problemas psicopatológicos.

Em relação ao género, influencia não só o tipo e a quantidade de distúrbios nos adolescentes (Dwairy, et al., 2010) mas também influencia a exposição à AVS. As raparigas, sendo mais sensíveis e vulneráveis, tendem a viver com maior intensidade todos os acontecimentos durante a adolescência, o que por sua vez provoca piores consequências na saúde mental das mesmas (Villalonga-Olives et al., 2010). Todavia, o nosso estudo ainda refere que a idade do adolescente é preditora de perturbações psicopatológicas durante a adolescência. Este resultado encontra-se de acordo com os

estudos de Bastiaansen, Koot, & Ferdinand (2005) e Lemos (2007) que referem que os adolescentes mais velhos apresentam mais sintomatologia psicopatológica.

4.4. Preditores da Qualidade de vida.

No que concerne à percepção de QV, constatámos que existem duas variáveis que explicam 18% da sua variância, o número de AVS e a “Depressão”. No nosso estudo, ambas as variáveis apresentam um valor preditivo e contribuem para uma percepção de QV negativa. Deste modo, concluímos que a presença de AVS durante adolescência apresenta um forte impacto na percepção de QV por parte do adolescente, ou seja, o aumento de número de AVS diminui a QV durante a adolescência.

Ho, Cheung, & Cheung (2008) referem que a QV está diretamente relacionada com a satisfação pessoal e que esta resulta do acumular de momentos de prazer e satisfatórios, surgindo a hipótese que os AVS promovem pouca satisfação com a vida, que por sua vez pode levar à percepção de uma de QV. O estudo de Ho, Cheung, & Cheung (2008) mostrou que adolescentes que experienciam mais AVS apresentam uma satisfação com a vida mais baixa. Por outro lado, a presença de AVS está ainda positivamente associado a sintomas de depressão na adolescência (Ferreira, Granero, Noorian, Romero, & Domènech-Llaberia, 2012; Stefanek, Strohmeier, Fandrem, & Spiel, 2012; Young, LaMontagne, Dietrich, & Wells, 2012).

CONCLUSÃO

5. Conclusão

Após a apresentação e discussão dos resultados obtidos no presente trabalho de investigação, importa enumerar as principais conclusões retiradas do estudo, bem como as suas limitações. A revisão da literatura permitiu-nos identificar alguns dos principais fatores contextuais que influenciam a psicopatologia e a QV dos adolescentes. Foi ainda possível conhecer a relação entre esses fatores contextuais com a manifestação de sintomas psicopatológicos, bem como conhecer os AVS mais correntes e com mais impacto na psicopatologia e na QV.

Primeiramente, no que diz respeito ao relato de sintomatologia psicopatológica e a QV encontrámos uma diferença significativa em relação ao género e à idade dos adolescentes em estudo. Como relatado em vários estudos, as raparigas apresentam maior problemas psicopatológicos do que os rapazes, que por sua vez se reflete numa pior QV e no aumento de vulnerabilidade para experienciar mais AVS (Bastiaansen, Koot & Ferdinand, 2005; Dwairy, et al., 2010; Villalonga-Olives et al., 2010). Em relação ao grupo etário dos adolescentes verificamos que no nosso estudo os adolescentes mais velhos apresentam mais perturbações psicopatológicas, bem como pior QV e um maior número de AVS. Assim sendo, através do nosso estudo, assim como em outros estudos anteriormente referidos, podemos concluir que a acumulação de AVS durante a adolescência prejudica o desenvolvimento normal e saudável dos adolescentes (Oliva, Jiménez & Parra, 2009; Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008 citado em Garcia, Álvarez-Dardet & García, 2009).

Outra conclusão interessante no estudo está relacionada com a estrutura e o ambiente familiar. Os nossos resultados mostram que é nas famílias de estatuto socioeconómico baixo-médio apresentam um maior número de AVS, no entanto é nas famílias com estatuto socioeconómico alto que se encontra os relatos de piores QV

pelos adolescentes. Assim sendo, surge a hipótese que o ambiente familiar pode provocar um impacto maior no desenvolvimento do adolescente do que a estrutura familiar. Estudos comprovam que uma relação familiar positiva, ou seja, com estabilidade emocional e coesão familiar, pode funcionar como fator protetores contra as adversidades da vida (i.e AVS), aumentando a capacidade de resiliência do adolescente (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008). No entanto, esta é ao mesmo tempo uma limitação do nosso estudo, pois apenas consideramos a variável estrutura familiar e não ambiente familiar. Num próximo estudo seria pertinente relacionar a estrutura familiar com o ambiente familiar, de forma a perceber qual o mais importante e as consequências reais de determinado tipo de ambiente nas diferentes estruturas familiares (monoparental, biparental reconstruída e intacta).

A principal conclusão do nosso estudo, que vai de encontro ao estudo de Bastiaansen, Koot e Ferdinand (2005), está relacionada com a associação entre AVS com a presença de perturbações psicopatológicas e os baixos níveis de QV, bem como a presença de sintomatologia psicopatológica influencia a perceção de QV por parte do adolescente. Outra conclusão relevante está relacionada com a acumulação de AVS, assim como diversos autores, os nossos resultados demonstram que a acumulação de AVS aumenta o risco de o adolescente apresentar problemas psicopatológicos (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970 citado em Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004; Flouri e Tzavidis, (2008); Garcia, Álvarez-Dardet & García, 2009; Grant & Compas, 2003 citado em Rodríguez, et al., 2009).

Em suma, podemos concluir que a presença e a acumulação de AVS durante o processo de desenvolvimento e maturação do adolescente apresenta consequências negativas na QV do adolescente e aumenta o risco de estes virem a apresentar

perturbações psicopatológicas (i.e. depressão), existindo assim uma correlação significativa entre estas três variáveis.

No que concerne às **limitações do estudo**, primeiramente podemos referenciar que o tamanho reduzido da amostra e a sua especificidade não nos permite generalizar os resultados obtidos à restante população estudantil. Para colmatar esta limitação, um estudo futuro deveria pretender o aumento do número de participantes bem como abranger os adolescentes desde o 5º ano até ao 12º ano.

A ausência de resultados significativos na avaliação da QV do adolescente com recurso ao KIDCREEN em função do estatuto socioeconómico levanta-nos duas questões: a primeira é que na verdade poderá não existir qualquer associação na nossa amostra; a segunda é que os resultados podem dever-se à falta de sensibilidade na escala de triagem de perceção de qualidade de vida, uma vez que os itens relacionados com os recursos económicos são poucos exaustivos.

No que diz respeito aos AVS, a investigação preocupou-se apenas em conhecer a existência e o número de acontecimentos presentes, e não o tipo de acontecimento. Deste modo, esta representa uma falha no estudo, pois seria interessante e mais relevante conhecer o tipo de acontecimentos bem como o impacto destes acontecimentos no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico do adolescente. Ainda na questão dos AVS, sentimos alguma dificuldade em encontrar estudos que relacionam-se a variável idade com a presença de AVS. Desta forma, talvez seria interessante num estudo futuro investigar as possíveis diferenças em relação ao número de AVS, significado e impacto destes na vida do adolescente em função da idade dos mesmos.

Para finalizar, outra limitação poderá ser o facto de recolher os dados sobre a QV do adolescente, a psicopatologia e os AVS por autorrelato, o que coloca problemas inerentes a este tipo de registo, como por exemplo, a recordação incorreta ou tendenciosa. Assim sendo, seria interessante realizar também este tipo de recolha de informação com outras fontes próximas dos adolescentes, como por exemplo, pais ou vizinhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Referências Bibliográficas

- Association, A. P. (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (Vols. 4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baer, J. (1999). The effects of family structure and SES on family processes in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 22, 341-354.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1599–1612.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida*. Gambelas: Universidade do Algarve.
- Bru, E., Murberg, T. A., & Stephens, P. (2001). Social support, negative life events and pupil misbehaviour among young Norwegian adolescents. *Journal of Adolescence*, 24, 715–727.
- Cepeda, F. (2009). Os processos de coping e de savoring e a agressividade na adaptação académica e social dos adolescentes à escola. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Cicognani, E., Albanesi, C., & Zani, B. (2008). The Impact of Residential Context on Adolescents' Subjective Well Being. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 558–575.
- Cordeiro, R. (2005). Physical appearance and intimate friendship in adolescence: A study using a Portuguese college student sample. *Social Behavior and Personality*, 33 (1), 89-94.

- Daniel, M., & Braconnier, A. (1989). *Manual de psicopatologia do adolescente*. São Paulo: Masson.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H. & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44: 444-451.
- Delaroche, P. (2006). *A adolescência – desafios clínicos e terapêuticos*. Lisboa: Climepsi.
- Dwairy, M., Achoui, M., Filus, A., nia, P., Casullo, M., & Vohra, N. (2 de December de 2009). Parenting, Mental Health and Culture: A Fifth Cross-Cultural. *Journal of Child and Family Studies*, 36-41.
- Dwairy, M., Achoui, M., Filus, A., nia, P., Casullo, M., & Vohra, N. (2 de December de 2010). Parenting, Mental Health and Culture: A Fifth Cross-Cultural. *Journal of Child and Family Studies*, 36-41.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., & Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-136.
- Flouri, E., & Tzavidis, N. (2008). Psychopathology and prosocial behavior in adolescents from socio-economically disadvantaged families: the role of proximal and distal adverse life events. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, 498–506.
- Fonte, L. (2004). *Novas Famílias - a monoparentalidade e a adoção*. Porto: Instituto superior da Maia.

- Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 28* (1), 16-25.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1983). *Educational Research, an Introduction*. USA: Longman Publishers.
- García, L., Álvarez-Dardet, S., & García, M. (2009). An analysis of stressful life events during adolescence. *PSYCHOLOGY IN SPAIN, 1*-8.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, saúde e doenças, 9* (1), 55-71.
- Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Considerações básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo, 1*-13.
- Gonzales, N., & Dodge, K. (2010). *Family and Peer Influences on Adolescent Behavior and Risk-Taking*. Duke.
- Greenwald, R. (2002). Motivation-Adaptive SkillsTrauma Resolution (MASTR) Therapy for Adolescents with. *Journal of Aggression, 6* (1), 237-261.
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 11*, 176–184.
- Heiman, G. W. (2010). *Basic Statistics for the Behavioral Sciences* (6^a ed.). Cengage Learning.

- Hinshaw, S. (2002). Process, Mechanism, and Explanation Related to Externalizing Behavior in Developmental Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (5), 431-446.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2008). Personality and Life Events as Predictors of Adolescents' Life Satisfaction: Do Life Events Mediate the Link Between Personality and Life Satisfaction? *Soc Indic Res*, 89, 457–471.
- Hoffmann, M. L., Powlishta, K. K., & White, K. J. (2004). An Examination of Gender Differences in Adolescent Adjustment: The Effect of Competence on Gender Role Differences in Symptoms of Psychopathology. *Sex Roles*, 50, 795-810.
- Houser, J. (2008). *Nursing Research: Reading, Using and Creating Evidence*. Jones & Bartlett Learning.
- Howell, R., & Howell, C. (2008). The Relation of Economic Status to Subjective Well-Being in Developing Countries: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 134, 536–560.
- Johnson, D., Whisman, M., Corley, R., Hewitt, J., & Rhee, S. (2012). Association between Depressive Symptoms and Negative Dependent Life Events from Late Childhood to Adolescence. *J. Abnorm Child Psychol*, DOI 10.1007/s10802-012-9642-7
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114, 541-547.
- Lemos, I. (2007). *Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente*. Faro: Universidade do Algarve.

- Lemos, I., & Nunes, C. (2010a). *Youth Self Report*. Versão portuguesa para investigação do *Youth Self Report* de Lemos, Vallejo & Sandoval (2002). Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Levin, K. A., Dallago, L., & Currie, C. (2012). The Association Between Adolescent Life Satisfaction, Family Structure, Family Affluence and Gender Differences in Parent–Child Communication. *Soc Indic Res*, *106*, 287–305.
- Lopes, J. (2009). *Acontecimentos de vida negativos e perfeccionismo em jovens adultos*. Gambelas: Universidade do Algarve.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: S.A.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infancia de Ajuriaguerra (5º ed)*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses*. Relatório do estudo da Rede Europeia HBSC/OMS: AVENTURA SOCIAL E SAÚDE.

- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), 43-53.
- Matos, M., & Gaspar, T. (s.d.). Adolescentes portuguesas: risco e protecção.
- McLaughlin, K., & Hatzenbuehler, M. (2009). Mechanisms Linking Stressful Life Events and Mental Health Problems. *Journal of Adolescent Health*, 44, 153–160.
- Monteiro, M. (2011). *Competências para a vida em adolescentes: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social*. Gambelas: Universidade do Algarve.
- Moreira, M. (2008). *Factores de risco familiar e estresse parental em crianças com problemas psicopatológicos*. Faro: Universidade do Algarve.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental*. Porto: Porto ditora.
- Moura, O., & Matos, P. M. (2008). Vinculação aos pais, divórcido e conflito interparental em adolescentes. *PSICOLOGIA*, XXII, 127-152.
- Mullan, E. & Currie, C. (s/d). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In: Health and health behaviour among young people – WHO (2000) Cross-National Study (HBSC)
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lemos, I., & Nunes, C. (2010b). Situações de Vida Stressantes. Versão portuguesa para investigação do *Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes* de Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queijiga (2008). Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

- Nunes, C., Lemos, I., Guimarães, S. (2011). Questionário de dados sociodemográficos para adolescentes (DASA). Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 13, N.º 1*, 53-62.
- Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., Sendin, P., & Silva, M. (2009). Determinantes da Obesidade nos Adolescentes. *Actas do seminário - IIº Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde*, (pp. 1-16).
- Paúl, J & Arruabanera, I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child abuse & neglect*. 19, 409-418 fonte on-line <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349500009W#>.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, T. M. (2012). The Influence of Family Structure Vs. Family Climate on Adolescent Well-Being. *Child Adolesc Soc Work J*, 29, 103–110.
- Ramos, R. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e na percepção de stresse na adultez*. Braga: Universidade do Minho.
- Remédios, C. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Faculdade de Psicologia).

- Rodríguez, L. J., Pedrosa, M. G., Marín, M. T., Campos, C. R., Núñez, A. M., & Hoyo, P. S. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXIX, 501-521.
- Russell, S., Subramanian, B., Russell, P. S., & Nair, M. K. (2012). Psychopathology, Traumatic Life Events, and Coping Skills among Patients Attending a Primary-care Adolescent Clinic. *Indian J Pediatr*, 79, S52–S59.
- Russell, S., Subramanian, B., Russell, P., & Nair, M. (2012). Psychopathology, Traumatic Life Events, and Coping Skills among Patients Attending a Primary-care Adolescent Clinic. *Indian J Pediatr*, S52–S59.
- Saha, R., Huebner, E., Suldo, S., & Valois, R. (2009). A Longitudinal Study of Adolescent Life. *Child Indicators Research*, 149–165.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos - Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *A cinza do tempo*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Caminho.
- Santacana, M., Campos, J., Nebot, T., Martorell, B., Zanini, D., & Sans, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema* 2004. Vol. 16, n° 4, 646-653.
- Santos, S. (2006). Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 89-94.

- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). Obtido de <http://pt.scribd.com/doc/43558334/Assessment-and-Treatment-of-Childhood-Problems>
- Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Parental Conflict Resolution Styles and Children's Adjustment: Children's Appraisals and Emotion Regulation as Mediators. *The Journal of Genetic Psychology, 172(1)*, 21–39.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Soares, I., Gonçalves, M., Simões, M., Marujo, H., Lopes, J., Pereira, E., . . . Alarcão, M. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias in (adaptativas) ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Sprinthall, N., & Collins, w. (1999). *Psicologia do Adolescente - uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stefanek, E., Strohmeier, D., Fandrem, H., & Spiel, C. (2012). Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: the role of critical life events and daily hassles. *Anxiety, Stress, & Coping, 25*, 201-217.
- Strecht, P. (2005). *Vontade de Ser – Textos sobre adolescência*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Rincón, P. P. (2010). Stressful Life Events and Suicidal Behaviour in Countries with Different Development Levels: Nicaragua, El

Salvador, Chile and Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20, 288–298.

Vila, G., Hayder, R., Bertrand, C., Falissard, B., Blic, J., Simeoni, M., & Scheinmann, P. (2003). Psychopathology and Quality of Life for Adolescents With Asthma and Their Parents. *Psychosomatics*, 44, 319-328.

Villalonga-Olives, E., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Palacio-Vieira, J., Valderas, J., Herdman, M. et al. (2010). Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study. *BioMed Central*, 8:71, 1-9.

Weiner, I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Young, C., LaMontagne, L., Dietrich, M., & Wells, N. (February de 2012). Cognitive Vulnerabilities, Negative Life Events, and Depressive Symptoms in Young Adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 9–20.

Zeller, M. H., Roehrig, H. R., Modi, A. C., Daniels, S. R., & Inge, T. H. (2006). Health-Related Quality of Life and Depressive Symptoms in Adolescents With Extreme Obesity Presenting for Bariatric Surgery. *Pediatrics*, 117, 1155-1161.

ANEXOS

Anexo A

**Pedido de autorização para a realização do estudo ao órgão de
gestão da escola**

Ex.mo Sra. Presidente do Conselho Executivo
da Escola _____

Gambelas, Janeiro de 2012

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de um estudo do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Algarve

No âmbito da pesquisa empírica para a realização da dissertação de Mestrado, referente a um estudo sobre a adaptação psicossocial de adolescentes, realizado pela aluna do Mestrado Ana Sara Maximiano orientado pela Prof. Doutora Ida Lemos do Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Algarve, venho desta forma solicitar a Vossa Excelência que autorize a administração de um protocolo de questionários (em anexo), a alunos do 2 e do 3º ciclo desta escola.

Este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão da relação entre eventuais problemas de comportamento em adolescentes e as práticas educativas dos pais.

A requerente compromete-se, por sua honra:

- a) A garantir a preservação da confidencialidade dos dados recolhidos;
- b) A não recolher a identidade dos alunos;
- c) A não utilizar os dados pessoais obtidos para fins diversos dos que determinaram o acesso.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

(Ana Sara Maximiano)
Mestranda de Psicologia Clínica e da Saúde

Anexo B

**Pedido de autorização para a aplicação dos instrumentos aos
encarregados de educação**

Faro, Maio de 2012
Educação

Exm.º (ª) Sr.(a) Encarregado de

O meu nome é Ana Maximiano, frequento o Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve e sou **estagiária de Psicologia na escola do seu filho**.

No âmbito da realização da tese de mestrado em Psicologia sobre saúde, bem-estar e desenvolvimento dos adolescentes em contexto escolar, venho solicitar a sua autorização para que o seu educando participe na minha investigação, respondendo a questionários sobre a temática referida anteriormente.

Desde já, está garantida a preservação de confidencialidade da informação recolhida e não será revelado qualquer dado que possibilite a identificação dos jovens.

Atenciosamente,
Ana Sara Maximiano

EU, _____, encarregado de educação do aluno _____ NÃO AUTORIZO/ AUTORIZO o meu educando a participar nesta investigação.

(Assinatura do Encarregado de Educação)