

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIENCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**RECURSOS FAMILIARES E SAÚDE MENTAL DO
ADOLESCENTE**

(Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia da Saúde)

ANA PAULA RODRIGUES SEQUEIRA NEVES

FARO

2007

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIENCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Curso: MESTRADO EM PSICOLOGIA COM
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

RECURSOS FAMILIARES E SAÚDE MENTAL DO
ADOLESCENTE

Orientação:

Prof^a. Doutora Maria Cristina Faria

Dissertação de Mestrado realizada

por:

Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves

FARO

2007

NOME: Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves

DEPARTAMENTO: Ciências Humanas e Sociais

ORIENTADOR: Maria Cristina Campos de Sousa Faria

DATA: 26 de Novembro de 2007

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “Recursos Familiares e Saúde Mental do Adolescente”

JÚRI:

Presidente – Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;

Vogais:

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja;

Doutora **Maria Teresa Pereira dos Santos**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos os que, de alguma forma contribuíram para a realização deste projecto:

À orientadora da tese, Professora Doutora Maria Cristina Faria, pela sua disponibilidade, esclarecimentos e sugestões que foram imprescindíveis ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Helena Gonçalves, pela ajuda na parte estatística do presente trabalho.

Aos membros do Conselho Executivo das respectivas Escolas, pela compreensão e autorização da realização deste estudo.

A todos os Docentes das respectivas Escolas, que colaboraram e demonstraram a sua disponibilidade para a aplicação e recolha dos instrumentos de avaliação.

A todos os alunos que se disponibilizaram para participar neste estudo.

À minha amiga Hélia Silva, pela ajuda e incentivo que me prestou na fase final do presente estudo.

À minha amiga Patrícia Abrantes, pela compreensão, incentivo e ajuda que me prestou ao longo deste trabalho.

À minha prima Patrícia Águas, pela compreensão, incentivo e apoio que me prestou neste meu percurso académico.

Às minhas colegas de mestrado e amigas, Vânia Cavaco e Margarida Trindade, pela ajuda e força que me transmitiram. À minha colega e amiga Margarida Trindade um especial agradecimento pela ajuda preciosa que me prestou na fase final deste

percurso.

Ao meu Ex-Chefe Professor Manuel Alves e aos meus ex-colegas de trabalho, um especial agradecimento pela compreensão expressada.

À minha actual Chefe Professora Adélia Lourenço e aos meus actuais colegas de trabalho, um especial agradecimento pela compreensão expressada.

À minha Ex-Supervisora de Estágio Académico, Dra. Amália Dionísio, pelo grande incentivo que me deu e, especialmente por me ter transmitido confiança.

À minha tia Maria José, pela força e incentivo que me deu ao longo de todo este percurso.

Aos restantes familiares e amigos, pela compreensão e incentivo expressados.

À minha irmã, cunhado e sobrinho, pela compreensão que expressaram.

Aos meus pais e marido, a quem devo todo o apoio, compreensão, dedicação e incentivo, e que, tornaram possível a realização de mais um percurso académico.

Por fim, quero manifestar a minha especial gratidão aos meus extraordinários filhos Andreia e João, pelo esforço, incentivo “nem penses que desistes!” e compreensão que expressaram ao longo de mais uma etapa académica que, limitou a minha disponibilidade de tempo para eles, mas que, de certo, contribuiu para futuramente lhes prestar uma disponibilidade de maior qualidade, não fosse o tema deste estudo, “Recursos Familiares e Saúde Mental dos Adolescentes”!!!

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos e extraordinários filhos Andreia e João, ao meu carinhoso sobrinho André, ao meu amável marido Paulo, ao meu especial pai José como figura de referência, à minha especial mãe como ninho de aconchego e à minha única irmã que tanto estimo - dedico este trabalho, pelo apoio, incentivo e compreensão relativa à minha indisponibilidade para estar com eles o tempo que merecem. Pois são Seres indescritíveis na minha vida! Sou feliz por pertencer a esta família...

“Basta uma simples observação ordinária para nos darmos conta de que os estímulos familiares influem durante mais tempo que qualquer outro tipo de estímulo educativo na formação do Homem”.

Garcia, H.

(1973)

“A adequada concepção do casal e da família continua inevitavelmente a constituir o centro de interesse de toda a comunidade humana, e a vida adequada dentro do casal e da família nunca deixou de ser a principal preocupação de todos os homens, embora não o confessem. O futuro da geração actual e da vindoura depende do modo como os cônjuges e as comunidades humanas se entenderem com esta instituição, a mais antiga de todas”.

Morit, H.(1969)

RESUMO

“Recursos Familiares e Saúde Mental do Adolescente”

Com este estudo pretendeu-se perceber se existe relação entre os recursos familiares e a saúde mental do adolescente, bem como, averiguar se o optimismo funciona como factor moderador entre estas duas variáveis. Trata-se de um estudo correlacional, onde se utilizou uma amostra de conveniência recolhida em 6 Escolas do 2º/3º Ciclos, localizadas em 6 cidades do Interior e do Litoral de Portugal, composta por 147 participantes, 72 raparigas e 75 rapazes, com idades entre os 13/18 anos. A recolha de informação foi efectuada através da aplicação de 4 instrumentos aos respectivos inquiridos: O Questionário de Percepção de Saúde de Jovens (Q. P. S. J., Neves, 2006) elaborado pela própria investigadora; a escala de Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Ver. Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990; o Teste de Orientação de Vida (Scheier et al., adaptado por Faria, 1999) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. (Derogatis; 1993; Ver.: Canavarro; 1995).

Os resultados permitiram concluir que não existem diferenças entre os sexos na percepção do entendimento familiar. Verificou-se que quanto mais elevados são os recursos internos da família, o orgulho e entendimento familiar, melhor é a saúde mental dos adolescentes. Constatou-se que quanto mais baixos são os recursos internos da família, maior é a tendência dos adolescentes para a depressão. Verificou-se ainda que quanto mais elevados são os recursos internos da família, mais optimistas são os adolescentes e quanto maior é o optimismo destes, melhor é a sua saúde mental. Quanto aos estilos educativos parentais, os do pai parecem não influenciar a saúde mental dos adolescentes, no entanto, constata-se que o estilo “apoiantes” por parte da mãe contribui para uma melhor saúde mental dos adolescentes, quando comparado com o “indulgente”. Por fim, verificou-se que a coerência dos pais em relação aos estilos educativos contribui para uma melhor saúde mental dos adolescentes, embora estes resultados não sejam significativos. Em suma, concluiu-se que os recursos familiares correlacionam-se com a saúde mental dos adolescentes e que o optimismo pode ser considerado um factor moderador entre estas duas variáveis. Assim, coloca-se um desafio à Psicologia da Saúde: intervir na promoção da qualidade dos recursos familiares e consequentemente do optimismo e da saúde mental dos adolescentes.

Palavras-chave: Recursos Familiares, Optimismo, Adolescentes, Saúde Mental

ABSTRACT

“Family Resources and Mental Health the Teenager”

The aim of our study was to verify the correlation between the family resources and the teenager's mental health, also, to check if optimism could be a mediator among them. It's a statistic study that used 6 primaries and secondary schools located in 6 different cities situated on the Coast or interior of Portugal and composed by 147 participants; being 72 girls and 75 boys, aged 13 to 18 years. Our information was collected applying 4 different queries: The Questionnaire of Health Perception of Youth Health (Q.P.S.J Neves, 2006) elaborated by the investigator herself; The Scale of Familiar Resources (Olson, Larsen, Maccubin, 1982) Portuguese Version made by Vaz Serra et al. 1990; The Test of Life Orientation (Scheiler et al., adapted by Faria, 1999) and The Inventory of Psychopathology Symptoms – BSI (Derogatis. 1993; Ver.: Canavarro, 1995).

The results allowed us to conclude that there is no difference between genders when the matter is the perception of the family's internal relations. We verified that the higher were the family resources, pride and correlation, the better were the teenager's mental health. We also confirmed that the lower were the resources of the family, the higher was the teenagers inclination for depression. We were draw to the conclusion that great family internal resources meant more optimism on the teenager's lives and better mental health. Regarding the parents ways to educate; the father's seems to have no influence on the teenager's mental health. The mother's “supportive” way contributes for a greater mental health whilst the “irresponsible” way causes an opposite effect. Finally, we verified that an agreement among the parents and their way of educating results in higher levels of mental health for the children, although those results were not significant. Our resume that the family resources interact directly with the teenager's mental health and optimism should be considered as a moderator among them two. The challenge imposed to the Health Psychology is as follows: work on the family resource's improvement e subsequently on the juvenile's mental health.

Keywords: Family Resources, Optimism, Teenagers, Mental Health

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	III
DEDICATÓRIA	V
FRASES PARA REFLEXÃO	VI
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
ÍNDICE GERAL	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIV
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 1 – FAMÍLIA	9
1.1. A Família e o seu papel	9
1.2. Adaptação à Gravidez, Maternidade/Paternidade e Vinculação	13
1.3. Parentalidade – Função parental	22
1.3.1. Processos de Envolvimento	29
1.3.2. Processos de Regulação Emocional	31
1.3.3. O conceito de meta-emoção	34
1.4. Estilos Educativos Parentais	36
1.4.1. Percepção dos Estilos Educativos Parentais	37
1.4.2. Implicações Gerais dos Estilos Educativos Parentais	40
1.5. Recursos Familiares: Recursos Internos da Família / Orgulho e Entendimento Familiar	42
CAPÍTULO 2 – ADOLESCÊNCIA – INTERACÇÃO COM A FAMÍLIA	48
2.1. Adolescência e suas Turbulências	48
2.2. Estilos de Vida dos Adolescentes e Comportamentos de Risco	51
2.3. Os Adolescentes e o Optimismo	55
2.4. Relações Pais-Filhos	60
2.5. O Conflito entre Pais e Adolescentes	66
2.6. Relacionamento Familiar e Grupo de Pares	72
CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA	76
3.1. Definição e Avaliação de Saúde Mental	76
3.2. Saúde Mental dos Adolescentes	77
3.2.1 O Normal e o Patológico na Adolescência	82
3.2.2. Reorganização Psíquica na Adolescência	86
3.2.3. Um Modelo para o Psiquismo	89
3.2.4. Modo de Vida e Traço Individual	90
3.3. A Depressão na Adolescência	93
3.4. O Ambiente Familiar e a Depressão na Adolescência	97
3.5. Implicações da Interação Familiar na Saúde Mental do Adolescente	101
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	112
CAPÍTULO 4 – OBJECTO DE ESTUDO	112
4.1. Propósito e Delimitação do Problema	112

4.2. Modelo Conceptual do Estudo Empírico	115
4.3. Hipóteses de Investigação	116
CAPITULO 5 – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	118
5.1. Caracterização da Amostra	118
5.2. Procedimentos	120
5.3. Instrumentos de Investigação	121
5.4. Análise e Tratamento dos Dados	130
CAPITULO 6 – ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS	132
6.1. Estudo Psicométrico dos Instrumentos	132
6.2. Análise e Adaptação dos Instrumentos para a População Adolescente	132
6.2.1. Escala de Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990	132
6.2.2. Teste de Orientação de Vida (Scheier et al., adaptado por Faria, 2000)	135
6.3. Análise Psicométrica do Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B. S. I. (L. R. Derogatis; 1993; Versão: M. C. Canavarró; 1999)	137
CAPITULO 7 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	139
7.1. Percepção de Saúde dos Jovens	139
7.1.1. Estilo de Vida	139
7.1.1.1. Posição do Adolescente face à afirmação “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”	139
7.1.1.2. Posição do Adolescente face à afirmação “O meu estilo de vida é...” (Nada saudável; Pouco saudável; Razoavelmente saudável ou Muito saudável)	140
7.1.2. Percepção do Estilo Educativo Parental	141
7.1.2.1. Percepção do Estilo Educativo do Pai e da Mãe	141
7.1.2.2. Estilo Educativo Parental de ambos os Pais e (género sexual; idade; habilitações literárias do pai/mãe; posição dos adolescentes face à influencia do seu comportamento habitual na sua saúde e avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida).	143
7.2. Recursos Familiares	144
7.2.1. Recursos Familiares e Género Sexual	144
7.2.2. Recursos Familiares e Saúde Mental (Doente e Não Doente)	146
7.2.3. Recursos Familiares e Situação Profissional dos Pais (Empregado/Desempregado)	148
7.2.4. Recursos Familiares e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)	149
7.2.5. Recursos Familiares e Idade	150
7.2.6. Recursos Familiares e número de Reprovações Escolares dos Adolescentes.	150
7.2.7. Recursos Familiares e Habilitações Literárias dos Pais	150
7.2.8. Recursos Familiares e Estilos Educativos Parentais	151
7.3. Orientação de Vida – Optimismo	151
7.3.1. Orientação de Vida – Optimismo e Género Sexual	152
7.3.2. Orientação de Vida – Optimismo e Saúde Mental (Doente e Não Doente) ...	153
7.3.3. Orientação de Vida – Optimismo e Situação Profissional dos Pais (Empregado/Desempregado)	155
7.3.4. Orientação de Vida – Optimismo e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)	155
7.3.5. Orientação de Vida – Optimismo e Idade	155
7.3.6. Orientação de Vida – Optimismo e número de Reprovações Escolares dos	

Adolescentes	155
7.3.7. Orientação de Vida – Optimismo e Habilitações Literárias dos Pais	156
7.3.8. Orientação de Vida – Optimismo e Estilos Educativos Parentais	156
7.4. Saúde Mental (BSI)	156
7.4.1. Saúde Mental (BSI) e Género Sexual	157
7.4.2. Saúde Mental (BSI) e Grupo dos Doentes e Não Doentes	158
7.4.3. Saúde Mental (BSI) e Situação Profissional dos Pais (Empregado/ Desempregado)	160
7.4.4. Saúde Mental (BSI) e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)	161
7.4.5. Saúde Mental (BSI) e Idade	161
7.4.6. Saúde Mental (BSI) e número de Reprovações Escolares dos Adolescentes	161
7.4.7. Saúde Mental (BSI) e Habilitações Literárias dos Pais	161
7.4.8. Saúde Mental (BSI) e Estilos Educativos Parentais	162
7.5. Correlações entre diversas Variáveis do Estudo (V1 a V8)	163
7.5.1. Correlações entre “O meu Comportamento Habitual Influencia a minha Saúde” (V1) e as restantes Variáveis	164
7.5.2. Correlações entre “O meu Estilo de Vida é ...” (V2) e as restantes Variáveis	164
7.5.3. Correlações entre o Orgulho Familiar (V3) e as restantes Variáveis	165
7.5.4. Correlações entre o Entendimento Familiar (V4) e as restantes Variáveis	165
7.5.5. Correlações entre os Recursos Internos da Família (V5) e as restantes Variáveis	166
7.5.6. Correlações entre o Optimismo (V6) e as restantes Variáveis	166
7.5.7. Correlações entre a Depressão (V7) e as restantes Variáveis	166
CAPITULO 8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	167
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
ANEXOS	201
ANEXO I - Questionário de Percepção de Saúde de Jovens (Q.P.S.J., Neves, 2006)	
ANEXO II - Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990	
ANEXO III - Teste de Orientação de Vida (SCHEIER et al., 1994)	
ANEXO IV - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	
ANEXO V - Pedidos de autorização de recolha de dados	
ANEXO VI - Carta de consentimento informado	
ANEXO VII - Algumas dicas para uma reflexão sobre o que é ser pai e ser mãe!!!	

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Modelo interactivo da Família, “Optimismo” e Saúde Mental dos Adolescentes	115
Figura 2 – Distribuição dos inquiridos por idade	118
Figura 3 – Percepção dos Estilos Educativos Parentais dos dois Progenitores	143
Figura 4 - Valores médios das pontuações obtidas por Género Sexual para o Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família	146
Figura 5 - Valores médios das pontuações obtidas para não Doentes e Doentes relativas ao Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família.....	148
Figura 6 – Valores médios das pontuações obtidas por Género Sexual para o Optimismo.....	153
Figura 7 – Valores médios das pontuações obtidas para não Doentes e Doentes relativas ao Optimismo.....	154
Figura 8 – Valores médios das pontuações obtidas por Género Sexual para a dimensão Depressão e para o IGS (nível de saúde mental)	158
Figura 9 – Valores médios das pontuações obtidas para Não Doentes e Doentes relativas à dimensão Depressão e ao IGS (nível de saúde mental)	160

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Habilitações Literárias do Pai e da Mãe dos inquiridos	119
Tabela 2 - Consistência Interna (α de Cronbach)	133
Tabela 3 – Estudo dos Itens	133
Tabela 4 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 1	134
Tabela 5 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 2	134
Tabela 6 - Consistência Interna (α de Cronbach)	135
Tabela 7 – Estudo do Itens	135
Tabela 8 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 1	136
Tabela 9 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 2	137
Tabela 10 - Consistência Interna (α de Cronbach)	137
Tabela 11 – Estudo dos Itens	137
Tabela 12 – Distribuição de frequências dos adolescentes relativamente à sua posição face à afirmação “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”	139
Tabela 13 – Distribuição de frequências dos adolescentes relativamente ao seu estilo de vida	141
Tabela 14 – Percepção dos Estilos Educativos Parentais dos dois progenitores	142
Tabela 15 – Diferenças entre o Género Sexual para as variáveis Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família	145
Tabela 16 – Diferenças entre doentes e não doentes para as variáveis Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família	147
Tabela 17 – Diferenças entre o Género Sexual e a variável Optimismo	152
Tabela 18 – Diferenças entre doentes e não doentes para as variáveis Optimismo e total	154
Tabela 19 – Diferenças entre o Género Sexual, a dimensão Depressão e o IGS (nível de saúde mental)	157
Tabela 20 – Diferenças entre doentes e não doentes para as variáveis Depressão e o IGS (nível de saúde mental)	159
Tabela 21 – Correlações entre as diversas variáveis do estudo (V1 a V8)	163

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“O adolescente será em grande parte o que os pais (...) tiverem feito da sua infância através das suas reacções afectivas”

Seigner, 1968

“O registro das emoções torna-se extremamente variável, a sensibilidade se exterioriza. O jovem passa facilmente do riso às lágrimas, da exaltação à depressão, na maioria dos casos sem poder explicar objectivamente as razões de tais sentimentos”

Seigner, 1968

Actualmente, a saúde mental da população é fortemente influenciada pelas interacções da pessoa com o meio, pelas decisões políticas e de planificação social, pelo empobrecimento económico e deterioração da qualidade de vida, aspectos que afectam, especialmente, as crianças e os jovens como catalizadores que são do *stress* vivido pelos pais (Trianes, 2004). Neste sentido, a resistência ao *stress*, ou seja, a qualidade dos recursos familiares entendida como factor de resiliência, afigura-se um potencial importante para a promoção da saúde mental da população mais jovem.

Assim, o presente estudo, intitulado “Os Recursos Familiares e a Saúde Mental dos Adolescentes”, foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da Universidade do Algarve. Sendo o interesse pessoal por esta temática, por um lado da percepção que se tem da importância da educação dos filhos, particularmente tendo em conta a complexidade da sociedade actual, por outro lado, da responsabilidade e emoção sentidas quando se é mãe, e ainda a experiência vivida como Psicóloga Educacional em contexto escolar, que tem reforçado a ideia de que os diferentes contextos familiares, poderão influenciar o desenvolvimento psíquico (saúde mental) dos jovens.

Também Faria (2006: pp. 29 e 30 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus) defende que *“a vida atarefada e insegura que as populações vivem na sociedade contemporânea não é facilitadora da reflexão sobre os acontecimentos pessoais e sociais quotidianos e, no caso dos indivíduos com filhos, deixa muito pouco tempo para pensar, preparar e organizar uma consciência de pai ou de mãe que leve por diante uma educação*

organizada, sensível e compreensível dos seus elementos mais jovens da família, permitindo que os pais se constituam como modelos de comportamento a seguir". Esta autora faz referência a uma situação bastante comum, quando refere que *"estamos habituados a ouvir testemunhos que as mulheres fazem falta em casa na educação dos seus filhos, que os pais estão ausentes, indecisos ou se demitem da tarefa de educar, que os filhos são trocados pelo trabalho e entregues às amas, creches, Jardins de Infância, empregadas ou a si próprios (...) que se lhes dá tudo menos um tempo de afectos e de compreensão, que os pais não se sentem suficientemente preparados para o trabalho educativo remetendo-o para a escola ou ainda, que queiram o melhor para os seus filhos só que às vezes não lho sabem dar"*. Deste modo, a autora questiona mesmo, enquanto sociedade, o que podemos esperar destas crianças e jovens quando chegarem à idade adulta? Esta é efectivamente uma preocupação que partilhamos e que contribuiu para levarmos a cabo este estudo. Ainda de acordo com a mesma autora, a revista Visão de 23 de Junho de 2005 refere que *"os Excluídos pelos afectos, podem tornar-se nos novos excluídos sociais. Os que tiveram tudo, menos o tempo dos pais (...) Estas crianças frequentam bons colégios e participam em muitas actividades extracurriculares, mas só vêem os pais a correr, ao fim do dia. Têm o bolso cheio de dinheiro e o coração vazio de afectos"*. Já há alguns anos atrás, de acordo com Branco (2000: pp. 382 e 383), João Santos lembrava *"Já pensaram na responsabilidade que nos cabe pelas perturbações que vão ocorrer nessas pessoas massacradas por um ensino inadequado e precoce? Não? Então saibam que vai aumentar a rede de asilos para atrasados mentais e inadaptados, fabricados pela sociedade e pela escola, e confirmados pela psicologia e pela psiquiatria métrica e patologizante dos coeficientes intelectuais e dos electroencefalogramas (...) a educação nova deve inspirar-se numa pedagogia de relação que tem a ver com tudo o que se sabe, hoje, que há na espécie humana de funcionamento etológico e de funcionamento mental precocíssimo, desde a pré-gestação a gravidez e a primeira infância, até à escola"*.

Neste sentido, Faria (2006 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus) refere que alguns estudos têm demonstrado que a qualidade da relação pais-filhos é um factor determinante no

processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança, ou seja, parece existir uma relação entre as interações pais-filhos e o desenvolvimento social e cognitivo destes (Bernard & Kelly, 1990, cit in Faria, 2006). Também de acordo com Sprinthall & Sprinthall (1993) como educadores devemos ter uma especial atenção com o desafio proposto pela fase ou problema complicado como é a adolescência. Estes autores referem que não existem soluções fáceis, no entanto, não devemos “baixar os braços”, ou seja, poder-se-á sempre fazer algo de favorável. Durante anos, estava na moda dizer-se que a adolescência era um período difícil e doloroso, mas que todos provavelmente o ultrapassavam. Actualmente, temos consciência de que esta ideia é uma mera racionalização e que não há nada que nos desculpe a desresponsabilização, pois o número de problemas psicológico durante a adolescência evidencia-se hoje demasiado relevante para permitir ignorar e encarar esta temática de ânimo leve.

Na mesma linha, Oliveira (1994) refere que há necessidade de orientar os pais para uma boa educação, quando se pretende a promoção plena e harmoniosa do desenvolvimento global dos filhos. Desta forma, considera-se esta temática pertinente para uma melhor intervenção dos técnicos da saúde e da educação, preventiva e promotora da saúde e qualidade de vida, junto dos adolescentes, das famílias e meio envolvente, atendendo a que, a problemática da saúde mental é uma constante no seu dia-a-dia. E tal como refere Teixeira (2000: pp. 117 e 118), a psicologia da saúde “*é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, à doença, e aos cuidados de saúde (...) Centra-se no sujeito, na família nos técnicos de saúde e no suporte social, focalizando nas experiências, nos comportamentos e nas interações que ocorrem naqueles domínios*”. Contudo, não se duvida que os pais terão efectivamente os recursos necessários no que concerne à educação, caberá no entanto, aos respectivos técnicos (Instituições), a promoção do desenvolvimento dos mesmos.

Assiste-se hoje a uma crise das Instituições (escolas) e das famílias, sem falar da crise de valores ou do medo do futuro que afectam gravemente a sociedade, e, por conseguinte, a sua célula fundamental para o desenvolvimento dos jovens a “Família”. Pois muito mudou nos últimos anos, no que toca ao papel dos pais na educação dos mais novos. Das relações de poder às de respeito e cooperação, das expectativas à

complementaridade ou confronto de estilos educacionais, tudo hoje é diferente, se reformula e busca novos sentidos. Na relação pais-filhos, pode falar-se em geral ou tentar identificar-se padrões de comportamento mais ou menos estandardizados. Mas na realidade não há tipos puros de comportamentos ou de atitudes parentais, devendo sempre considerar-se aspectos diferenciais, quer a respeito das características individuais/personalidade, assim como, a idade e o sexo quer dos pais quer dos filhos, e ainda, as habilitações académicas e situação profissional dos pais, entre outros factores.

Os pais são, com toda a propriedade, o maior e mais válido recurso para ajudar os filhos a alcançarem um desenvolvimento saudável. Logo, devemos intervir de forma positiva na orientação dos pais interessados no conhecimento. No entanto, ainda não parece ser uma prática comum, tal como o autor refere “*O interesse crescente das famílias na educação das suas crianças e jovens (...) não só não está a ser apoiado ou explorado como se esgota em dúvidas sobre como fazer*” (Marujo, Neto e Perloiro, 2002, p.11). No entanto, segundo Sampaio (1994) é fundamental que os pais compreendam que a adolescência se trata de uma nova etapa da vida, onde seguramente a sua presença é tanto ou mais necessária do que na infância. Os filhos a partir da adolescência fazem novos investimentos, muitos deles centrados fora da família, o que não quer dizer que os pais não tenham lugar. Logo, o seu papel agora é o de estar atentos, de mobilizar sem dirigir, de apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, em suma, estar com eles e respeitar cada vez mais a sua individualização, desejando que os filhos passem sobretudo a pertencer a si próprios. Podemos dizer que a adolescência é a idade da mudança, como indica a etimologia da palavra: adolescência significa em latim “crescer”. A adolescência é uma passagem entre a infância e a idade adulta, tal como sublinha Kestemberg, afirma-se muitas vezes que o adolescente é simultaneamente uma criança e um adulto, mas na realidade ele já não é uma criança, e ainda não é um adulto. Este duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura do estatuto adulto estável, por outro, constitui a própria essência da “crise”, do “processo psíquico” que todo o adolescente atravessa. Compreender este período transitório, descrever as linhas de força em torno das quais esta desordem psíquica e corporal se ordenará gradualmente, constitui um trabalho árduo e delicado. Segundo Schaffer (1992), durante

os anos 50 e os primeiros anos da década de 60 fizeram-se uma série de esforços no sentido de, em primeiro lugar, medir as atitudes parentais e, em segundo lugar, relacioná-las com o comportamento da criança. Segundo este autor as primeiras aprendizagens, em si próprias, não têm mais consequências do que a aprendizagem em qualquer outro estágio de desenvolvimento a qual provocará efeitos a longo prazo apenas se for reforçada ao longo dos anos seguintes. Na mesma linha, Campdell e Jaynes (1966, cit in Schaffer, 1992) demonstraram que as primeiras experiências só podem ser perpetuadas e integradas na personalidade adulta se forem periodicamente repetidas. Aplicando-se provavelmente no caso de uma desgraça desencadear uma série completa de desgraças, cada uma confirmando a expectativa da criança acerca do que é que a vida tem para lhe oferecer e cada uma delas fornecendo-lhe razões posteriores para adotar um certo tipo de comportamento qualquer que ele seja, “fuga à realidade”, tendências anti-sociais, depressão, entre outras. Sendo que uma das “armas” do adolescente para se “defender” das adversidades da vida é a auto-estima. Também para Matos (2002) a auto-estima afigura-se ser um “ pilar” extraordinariamente relevante para o seu desenvolvimento e bem-estar psicológico dos jovens. Tendo em conta que, a sua auto-estima em parte, constrói-se a partir da sua auto-imagem, ou seja, da percepção das suas características físicas, intelectuais e relacionais. Neste sentido, a fase da adolescência é um ponto alto na “orientação da vida” ou seja, no encarar a vida com optimismo, nomeadamente, na construção do seu próprio projecto de vida. Mais uma vez a família tem um papel determinante na educação para o optimismo, que é sem dúvida paralela à promoção da auto-estima dos filhos, nomeadamente, através de uma comunicação que explicita a aceitação e incentivo por parte desta. Desta forma, os adolescentes terão mais oportunidade de assumir a sua autonomia, elevar a sua auto-estima, bem como, o seu crescimento pessoal saudável. De acordo com Marujo, Neto & Perloiro (2000: p. 80) as pessoas optimistas *“acreditam e dão valor a si próprias e aos outros, têm um discurso positivo sobre a vida e as suas circunstâncias, evidenciam satisfação a respeito das actividades em que se encontram empenhados, esperam e buscam persistentemente o melhor que o futuro pode trazer”*. Este autor salienta ainda que a educação para o optimismo pode ajudar na prevenção da depressão, desânimos e

desmotivações dos jovens. Mais uma vez quando se fala na auto-imagem do adolescente, esta inicialmente é criada com base no que é transmitido pela família, pois tal como defende Cruz (2005) a família é encarada como contexto primário e fundamental de socialização, indivíduos de diferentes gerações interagem e se influenciam mutuamente, em função do seu próprio nível de desenvolvimento e das suas características pessoais. Neste sentido, e tal como a autora afirma, a família constitui um pilar básico na estrutura da nossa sociedade, sendo consensualmente aceite nos mais diversos quadrantes científicos: antropológico, cultural, sociológico, económico, político, jurídico, médico, psicológico, entre outros. Neste sentido, surge a necessidade de reflectir sobre a qualidade dos recursos familiares em geral e em particular o orgulho e entendimento familiar, tendo sempre consciência de que não existe uma receita, contudo, poder-se-á procurar saber qual a influência destes, para um pleno e saudável desenvolvimento psíquico dos filhos. Esta inquietação parece ser também partilhada por Fleming (2004), pois afirma que *“Um dos maiores desafios futuros é o de criar uma cultura de compreensão do mundo interior, da vida emocional das nossas crianças e adolescentes (...) o desenvolvimento de um país mede-se pela forma como olha pelos seus filhos mais pequenos, ajudando a que se valorizem e realizem nas suas múltiplas dimensões, compreendam e apreciem o valor de outros, construam relações fortes, ligando-se à comunidade a que pertencem, contribuindo para a sua sociedade”* pp. 47 e 48. Ainda no *Journal of Family Psychology* constam outros autores que reforçam a importância da família, como é o caso de Markman (1992) que defende que a família tem um papel fundamental na defesa e promoção da saúde mental e que, através dela, é melhor prevenir do que remediar tantos males que afectam o casal e por isso também as crianças e a sociedade em geral (cit in Oliveira, 2002). Também Gable, Belsky e Crnic pensam que *“a psicologia do desenvolvimento da criança andou durante muito tempo, ao menos até à década de 70, desfasada da família, mas, que é nesse contexto que deve ser primordialmente integrada e estudada, pois que o funcionamento do casal, da educação e da família, em geral, afectam o desenvolvimento positivo ou negativo da criança”* (1992, cit in Oliveira, 2002; p.23). É neste sentido que se colocam grandes desafios à Psicologia da Saúde, mais especificamente, neste estudo e tal como já

justificado anteriormente, optamos por nos “debruçar” sobre a importância da família na promoção da saúde mental dos adolescentes. Pois tal como destaca Faria (2000), a dinâmica estabelecida na vida quotidiana, entre apoio social percebido pelo indivíduo e a qualidade do relacionamento familiar, reafirmam a importância do valor da família ao longo da vida do ser humano. Esta autora acrescenta ainda que, um melhor conhecimento sobre a origem da satisfação da vida das pessoas, a importância da expressão das suas emoções positivas, o contributo dos processos de comunicação de saúde intra-individuais e inter-individuais, poderão contribuir para uma melhor orientação de saúde na prática psicológica, em particular, nas actividades de prevenção do risco, promoção de saúde, educação para a saúde e de intervenção para o melhoramento do bem-estar subjectivo das pessoas.

Para levar a cabo este trabalho, no que respeita às dimensões/variáveis relativas à família, centramo-nos no conceito “Recursos Familiares” abrangendo este segundo Canavarro (1997) os “Recursos Internos da família”; o “Entendimento e o Orgulho Familiar”. Contudo, atendendo à complexidade do contexto familiar, e à revisão da literatura, não podemos deixar de abarcar neste estudo outras variáveis respeitantes à família, nomeadamente, a percepção dos estilos educativos parentais, habilitações literárias dos pais e situação profissional dos mesmos. No que respeita às dimensões/variáveis dos adolescentes, debruçamo-nos em particular sobre a avaliação (auto-avaliação) dos sintomas psicopatológicos (saúde mental), à avaliação (auto-avaliação) da disposição optimista dos mesmos. Procuramos ainda contemplar outras variáveis consideradas pertinentes para o estudo desta população, tais como: a idade; o sexo; o número de reprovações académicas; a situação de saúde e a percepção do estilo de vida.

Posto isto, procurar-se-á perceber se existe relação entre a percepção dos Recursos Familiares e a Saúde Mental dos filhos adolescentes.

Mais especificamente, procurar-se-á saber se existem diferenças significativas na forma como os rapazes e as raparigas percebem o entendimento familiar; perceber se quanto mais elevados forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes; verificar se existe uma relação

directa entre, a percepção do orgulho familiar e a saúde mental dos adolescentes; verificar se existe uma relação directa entre, a percepção do entendimento familiar e a saúde mental dos adolescentes; perceber se quanto mais baixos são os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para sintomas depressivos; verificar se quanto mais elevados são os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para a disposição optimista; perceber se quanto maior é a disposição optimista dos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes; verificar se existem diferenças significativas entre a percepção dos estilos educativos do Pai, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes; perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes; verificar se a percepção da incoerência dos estilos educativos dos pais (pai e mãe) está negativamente relacionada com a saúde mental dos seus filhos adolescentes.

Relativamente à estrutura do presente trabalho, este desenvolver-se-á em duas partes: a primeira refere-se ao enquadramento teórico da dissertação e a segunda, ao estudo empírico da mesma. A primeira parte é composta por três capítulos: no primeiro capítulo aborda-se o tema da Família; no segundo, descrevemos a temática da Adolescência e Interação com a Família; no terceiro capítulo, focaremos o tema da Saúde Mental do Adolescente e sua Família. A segunda parte deste estudo é composta pelos restantes capítulos: no quarto capítulo apresentamos o Objecto de Estudo; no quinto capítulo, descrevemos os Métodos e os Procedimentos; o sexto capítulo, diz respeito ao Estudo Psicométrico dos Instrumentos; no sétimo capítulo, apresentamos os resultados deste estudo; no oitavo capítulo, descrevemos Discussão dos Resultados. Por fim, apresentamos as Conclusões e Implicações do presente estudo, bem como, as Referências Bibliográficas utilizadas no decurso do mesmo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – FAMÍLIA

“A família é um lugar paradoxal onde tudo se movimenta e se reproduz. E tem vindo a ser ao longo do tempo, um lugar privado, [...], símbolo de intimidade do lar, lugar de felicidade mas também de tensão. Ela pode ser um lugar de interação e partilha, um refúgio, um lugar de afecto e amor. Mas ela pode também ser um lugar de ruptura, de violência e de opressão”

Ramos, 1993

1.1. A Família e o seu papel

A tarefa de definir “Família” não se afigura muito facilitada, pois esta para além de ser complexa tem vindo a mudar ao longo dos séculos e continua em mudança. Segundo Oliveira (2002), família é um construto pluridimensional e multicultural, sendo diversificadas as vivências familiares conforme as diversas culturas, para além dos tempos. De acordo com Gesell (1978, cit in Sêco, 1997) *“A família tem sido uma instituição básica de toda a história e continua a ser a unidade mais fundamental da cultura moderna”* p. 42. Para Castellan (1993, cit in Oliveira, 2002; p. 19) *“(...) o par fundador de uma família é o conjunto de duas pessoas que se unem com intenção de os cônjuges não situam a necessidade de institucionalizar a sua união, distinguindo-se assim das díades de coabitação, apesar destas também poderem ser duradouras. Fundar uma família compromete o futuro sobre dois planos: a auto-realização do casal e a sua realização através dos potenciais filhos, excluindo-se assim do conceito de verdadeiras famílias as uniões, mesmo que eventualmente duradouras, de duas pessoas de igual sexo, sem possibilidades de ter filhos naturais, apesar da lei lhes poder dar o direito de adopção”*. Já a Organização Mundial de Saúde (1994, cit in Oliveira, 2002; p 22) amplia o conceito de família ao afirmar que *“o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”*. Por sua vez Bernardes (1999, cit in Oliveira, 2002) afirma que não se deve definir a família, dado haver muitas classes de família.

Na verdade, o conceito de família tem sofrido um crescente número de alterações. Tal como refere Oliveira (2002), basta pensar em tantas famílias constituídas

por pai/mãe e madrasta/padrasto nas quais convivem filhos naturais, meios irmãos, enteados, bem como, as famílias monoparentais em que a mãe ou o pai vive com o(s) filho(s). Este autor reporta-se também às famílias que têm um reduzido número de filhos, ou nenhum filho, e ainda ao “drama” do crescente número de separações e divórcios, não deixando de admitir mesmo que em alguns países, as “famílias” homossexuais estão em igualdade de circunstâncias com as famílias tradicionais. Na segunda metade do séc. XIX e no início do séc. XX, sob influência do evolucionismo, pensou-se que também a instituição familiar teria evoluído desde formas muito primitivas até às actuais onde prevalece a monogamia. No entanto, o estudo de povos primitivos veio provar que desde o início existiam instituições familiares semelhantes às actuais. Desta forma, segundo Oliveira (2002, p. 20) alguns autores concluíram que *“a família, constituída por uma união, mais ou menos duradoura e socialmente aprovada, de um homem, uma mulher e os filhos de ambos, é um fenómeno universal que se encontra presente em todos e em cada um dos tipos de sociedade”*. Para Levi-Strauss (1997, cit in Oliveira, 2002, p. 21) é pertinente construir um modelo ideal daquilo que pensamos quando utilizamos a palavra família e serve para designar *“um grupo social que possui, pelo menos, as três características seguintes: 1) tem a sua origem no casamento; 2) é formado pelo marido, pela esposa e pelos filhos nascidos do casamento, ainda que seja concebível que outros parentes encontrem o seu lugar junto do grupo nuclear; 3) os membros da família estão unidos por laços legais; direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede precisa de direitos e proibições sexuais, além duma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afecto, respeito, temor, etc.”*. Segundo Silva e Smart (1999, cit in Oliveira, 2002) torna-se fácil definir o que a família deve ser: a união de dois cônjuges heterossexuais residindo em comum em ordem à procriação e educação dos filhos. Por esta perspectiva, tantos divórcios, famílias monoparentais ou sem filhos fazem pensar na decadência da instituição familiar, e nas graves consequências sociais. Por outro lado, outros consideram menos importante o casamento, a heterossexualidade, a residência comum, a educação dos filhos, admitindo antes novas formas de família. De acordo com Sêco (1997) e reflectindo sobre as mudanças que se deram ao nível da produção e das

mentalidades, a família constitui hoje, não tenhamos dúvidas uma entidade problemática. Os novos estilos de vida familiar, com a ausência física dos pais durante grande parte do dia, com a diminuição do suporte afectivo fora da família nuclear, com a invasão dos *mass media* e as diversas tecnologias, que têm vindo a substituir a comunicação intra-familiar, contribuindo para uma profunda “crise de identidade familiar”, a qual tem levado a família a perder a sua referência organizadora e securizante para o adolescente. Neste seguimento, também Giddens e Beck-Gernsheim (1992; 1995, cit in Oliveira, 2002) enveredam por esta perspectiva aberta a novas formas de família, sendo o próprio título interrogante do livro: “A nova Família?” Esta mudança realiza-se entre a continuidade e a diversidade ou mesmo a rotura. Pois como exemplo, temos as uniões de facto, mesmo entre homossexuais a quem é permitido em alguns países, a adopção de filhos. Contudo, percebe-se facilmente que estes novos modelos familiares estão expostos a vários riscos mais ou menos graves, que só no futuro serão reconhecidos e valorizados, quer em relação ao casal, quer aos filhos, quer ainda em relação à sociedade em geral, se admitirmos que a família, de uma forma ou de outra, continua a ser o pilar fundamental da sociedade. Para Boisvert (2006) apesar das profundas transformações que afectam a evolução da estrutura familiar no Ocidente desde há algumas décadas, apesar das alternativas à família nuclear tradicional, a manutenção da vinculação aos pais e à fratria continua a ser de uma importância extrema para ultrapassar da melhor forma esta fase do desenvolvimento tão crucial como é a adolescência. Por outro lado, Oliveira (2002) defende que se deve continuar a considerar a família de uma forma tradicional, ou seja, um casal estável, fundado no amor e na vida em comum, capaz de procriar e educar os filhos. No mesmo sentido, para Barbosa (1987, cit in Sêco, 1997) será pois desnecessário reforçar que a família se apresenta sempre, para além de todas as transformações históricas e culturais, como o agente natural da educação; uma vez que esta tem um âmbito privilegiado no amor humano. Não das concepções redutoras do amor, entendido como prazer ou como relação genital, mas sim o amor que é a doação pessoal. Para Relvas (1996), a família diz respeito a um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interacções específicas que lhe conferem individualidade grupal e autonomia. É assim

um sistema auto-organizado que evolui ao longo do tempo, perseguindo dois objectivos fundamentais, tarefas e funções da família. Pois por um lado, temos a criação e reconhecimento de um sentimento de pertença, por outro lado, temos a possibilidade de desenvolvimento e individuação de cada um dos seus elementos. Desta forma, enquanto grupo, a família possui “forças” internas, dependentes da sua própria história e da sua dinâmica e independentes dos contextos em que se enquadra. Esta entidade possuirá sempre um conjunto importante de competências, que lhe permitiram ultrapassar o *stress* inerente ao seu próprio desenvolvimento ou a dificuldades que poderão enfrentar. Como grupo, esta apresenta características funcionais que se articulam circularmente por meio de processos de *feed-back*, os diferentes papéis, funções, tarefas e posições de poder relativo aos seus elementos e subsistemas, funcionalmente organizados e diferenciados no seu contexto, como por exemplo, o par parental ou o par conjugal. Enquanto grupo social, integrado numa comunidade, sociedade e cultura, sobre influências dos contextos em que se move e nos quais participa, nomeadamente no sentido de com eles estabelecer trocas informativas e comunicacionais que integra no seu funcionamento sem que alter a sua auto-organização. Após a descrição do conceito de família por diversos autores, deve-se salientar que, neste estudo, a “família” é entendida como um conjunto de pessoas, supostamente pai e/ou mãe e filho ou filhos, que mantêm um relacionamento afectivo, enquanto educadores e educandos, sendo aqui relevante a capacidade de educar no sentido da promoção da saúde mental e bem-estar dos seus educandos/filhos.

No que respeita à história da Psicologia da Família, o *Journal of Family Psychology* dedicou um número especial duplo (vol. V n.º 3 e 4, 1992) à diversidade da psicologia contemporânea da família procurando compreender, a partir de várias perspectivas e autores, o que a psicologia da família é, para onde caminha e o que deve ser. É de salientar a relevância desta área, sendo que a podemos encontrar implicitamente, em revistas e livros sobre psicologia do desenvolvimento, psicologia da criança e do adolescente, psicologia social, psicologia da personalidade, entre outras (cit in Oliveira, 2002). Os autores procuram cada vez mais dar um estatuto científico a esta nova ciência psicológica. E efectivamente ela pode dar um contributo notável para a compreensão e tratamento de tantos problemas que preocupam a instituição familiar,

como sendo, a violência, o abuso sexual de crianças, o mal estar e depressão dos filhos e do casal, o abuso de drogas, entre outros problemas relevantes que coexistem na sociedade actual. Pois, podemos mesmo actualmente falar de famílias multiproblemáticas, estas, são únicas e especiais em termos da sua estrutura e funcionamento. Segundo Weizman, nestas famílias são frequentes as brechas nas definições de papéis, uma vez que não se encontram firmemente estabelecidos ou consolidados, notando-se inconsistência e falta de controlo. De acordo com Linares, é também frequente encontrar-se uma estrutura caracterizada por repetidas rupturas e reconstituições, salientando-se múltiplos acontecimentos relativos a relações amorosas que começam e terminam em pouco tempo, seguindo-se outra e outra do mesmo género. Encontram-se também, situações de emigrações frequentes, ou zangas consecutivas que levam à saída de um elemento ou instabilidade constante do casal. Para Cancrini, Gregório e Nocerino, identificam-se habitualmente nestas estruturas mais típicas, pais periféricos, casal instável, mulheres que vivem só com os seus filhos e famílias insensíveis e pouco afectivas (1985; 1997; 1997, cit in Sousa, 2005). Assim, segundo vários autores existem efectivamente características comuns na dinâmica familiar das famílias consideradas disfuncionais.

1.2. Adaptação à Gravidez, Maternidade/Paternidade e Vinculação

Para se constituir a referida “família” de que se falou anteriormente, foi necessário que os progenitores passassem por dois processos de desenvolvimento “gravidez e maternidade/paternidade”. Assim sendo, a gravidez é um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos biopsicossociais. O senso comum avalia a gravidez como um momento que proporciona mais união ao casal, contudo, estudos têm revelado que em muitas relações estas expectativas não se confirmam (Pereira; Santos, & Ramalho, 1994). Sendo que, a percepção que uma mulher tem do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do cônjuge, está relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto (O’ Hara et al., 1983, cit in Pereira; Santos & Ramalho,

1994). Por outro lado, o optimismo parece estar associado a menor nível de depressão em grávidas e a menor nível de depressão pós-parto, indicando que confere alguma resistência à mulher, protegendo-a desses sintomas após o nascimento do bebé (Carner & Gaines, 1987, cit. in Silva, 2006 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus). Segundo Tavares, mulheres com elevados níveis de *stress* ou que o companheiro não seja confidente são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Neste sentido, Macfarlane (1992) refere que as emoções maternas durante a gravidez podem ter implicações no comportamento do bebé antes e depois do seu nascimento. Salienta mesmo que, os bebés menos alertas têm geralmente mães que sofreram maior insegurança e maior ansiedade durante a gravidez. A autora acrescenta que estudos mais recentes têm demonstrado que existe um relacionamento emocional entre a tensão durante a gravidez e a continuação desse *stress* no recém-nascido. Também segundo Flores (1994: p. 18) *“Os estreitos vínculos da mãe com o filho começam no útero e não só através da dependência física, já que os seus estados emocionais têm uma clara repercussão no feto”*. No mesmo sentido, Martinet (2000: p. 154 - INUAF STUDIA Suplemento 1) defende que *“O nascimento de uma criança é um momento muito importante e vai reestruturar em termos psíquicos os pais. Mas alguns nascimentos não são vividos em condições de felicidade, devido a circunstâncias da própria concepção e do nascimento ou outras que se seguem depois. São estas situações que levam efectivamente ao mau trato (...) Nas maternidades, durante o parto, o pessoal médico e para-médico deveria estar formado para despistar situações de perigo e avaliar as dificuldades e estabelecer as interacções das mães com os bebés. No período pós-natal, quando a mãe volta para casa, o assumir da relação pais-criança pode em algumas situações evitar que os maus tratos se instalem”*. Estes autores mostram-nos como é fundamental uma intervenção preventiva cada vez mais precoce, pois o que serve intervir com crianças em idade escolar quando o seu passado já foi corrompido por défices afectivos e relacionais? Pois parece-nos mais difícil “curar feridas” quando elas já estão a “cicatrizas fora do lugar”, ou seja, quando as crianças e jovens já desenvolveram a sua estrutura psíquica “deformada” pelo seu real contexto de vida.

Outros estudos recentes apontam para a existência de um declínio na satisfação conjugal associado ao período pré-natal (1990, cit in Pereira; Santos & Ramalho, 1994). Para outros autores os casais que experienciaram dificuldades de adaptação ao nascimento do filho, também foram aqueles que manifestaram problemas de adaptação à gravidez (Snowden et al., 1988; Grossman, L. Eicher, & Winickoff, 1980; Hotchner, 1988). Existem estudos que têm demonstrado que uma relação conjugal debilitada tem sido associada a uma hospitalização devido a parto prematuro e a uma maior necessidade de administração de sedativos e tranquilizantes (Richardson, 1983). Outro estudo revela que uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e adaptação ao papel de mãe (Brown, 1994). Segundo Cobb (1976), mulheres com baixo suporte social na presença de *stress* (relações conflituosas) apresentam três vezes mais probabilidade de ter complicações durante a gravidez quando comparadas com as que têm um elevado suporte social (cit in Pereira; Santos & Ramalho, 1994). Desta forma, parece efectivamente destacar-se um importante papel e grande pertinência da centralidade da relação conjugal e suporte social no ajustamento da mulher à gravidez e ao recém-nascido. Assim, tal como defende Canavarro (2001) considera-se esta temática muito importante para a Psicologia da saúde que se ocupa da maternidade, tendo esta especialidade origem no reconhecimento da relevância das dimensões psicológicas para a saúde materna e do recém nascido.

Em Portugal, segundo Canavarro (2001) a Psicologia da Maternidade embora seja recente, tem-se desenvolvido e, nos últimos anos temos assistido a grandes esforços para a sua implementação clínica em meio hospitalar, para aumentar o seu suporte empírico, através de investigações, e para a sua divulgação através de comunicações em congressos, da publicação de artigos em revistas científicas. De acordo com o modelo biopsicossocial, em que o indivíduo é abordado de forma holística, como uma síntese complexa das suas múltiplas dimensões (física, cognitiva, afectiva, comportamental, interpessoal, sociocultural), todos estes factores (biológicos, psicológicos e sociais) são considerados como elementos determinantes na adaptação à etapa do ciclo de vida marcada pela maternidade (Canavarro, 2001). De acordo com a Psicologia Cognitiva, a

forma como agimos e sentimos dependem das representações esquemáticas que possuímos da realidade, como tal, dever-se-á propor uma associação entre as crenças básicas sobre gravidez, maternidade/paternidade, decisão de engravidar, comportamento durante a gravidez e, posteriormente o comportamento materno e paterno. Desta forma, a experiência de maternidade é infinitamente variável mas, em grande parte, depende do significado que lhe é atribuído, pois segundo Isabel Leal (1990, cit in Canavarro, 2001, p. 19) a maternidade “*requer que mais do que desejar ter um filho se deseje ser mãe*”. Com base nesta perspectiva cognitivista, considera-se que seria de todo importante replicar este estudo, mas desta vez, explorar as representações, ou seja, o conteúdo dos esquemas cognitivos, sobre gravidez e maternidade para melhor compreender o comportamento adaptativo de uma grávida. Assim, quando falámos em representações ocorre-nos também as dos futuros pais, pois certamente estas irão influenciar a forma como a grávida encara a gravidez e se adapta à mesma. Isto faz sentido se pensarmos que actualmente na nossa sociedade, a maior parte das vezes é do entrecruzar de representações femininas e masculinas que surge a decisão sobre a gravidez e a maternidade. Desta forma, verifica-se a importância de termos em linha de conta as representações do homem sobre paternidade, gravidez e maternidade, estas normalmente são coerentes, isto é, são paralelamente positivas ou negativas. Contudo, a gravidez e a própria maternidade podem assumir pelo homem um carácter negativo, mesmo quando a paternidade é assumida como positiva. Se não, vejamos um exemplo típico dessas representações masculinas; quando para um homem a principal representação de paternidade é transmitir heranças diversas e a gravidez e maternidade são encaradas como meios necessários para que o nascimento e crescimento de um filho possa acontecer, sendo que, em muitos casos ainda é agravado pela fantasia que o homem faz de esperar um herdeiro do sexo masculino (Canavarro, 2001). Neste exemplo, o homem espera de forma passiva o nascimento de um herdeiro, começando habitualmente a intervir somente nessa altura. Neste contexto, este “não” envolvimento por parte do companheiro poderá implicar na grávida uma carência de apoio social durante a gestação, assim como, no momento do parto, o que segundo os resultados deste estudo está associado à adaptação à gravidez. Deste modo, verifica-se o interesse

de conhecer também as representações dos futuros pais. Pois parece pertinente alargar este estudo à população masculina, perspectivando os futuros pais como membros da decisão da gravidez, bem como, elementos activos nos primeiros cuidados do bebé recém-nascido, encarando estes como vivenciados maioritariamente no contexto de uma relação conjugal.

Segundo Canavarro (2001) para a perspectiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento, tal como outros períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, caracteriza-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria. A noção de crise está directamente associada à mudança e ao *stress*, tal como, referem Ball, Boss & Vaz-Serra (1994; 1998; 1999, cit in Canavarro, 2001, p. 36) “*Os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que implicam stress*”. Para Canavarro (2001, p. 36) “*as mudanças que acarretam implicam perdas e ganhos, associados às representações que gravidez e maternidade comportam para cada mulher; requerem respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe; e exigem uma adaptação específica*”. Neste sentido, atrevemo-nos a colocar uma questão que nos parece desafiante “Estas mudanças que implicam perdas e ganhos, associadas às representações que a gravidez e a maternidade comportam, não se poderá reportar para o homem?”; “O homem não viverá também a gravidez e a maternidade da sua companheira como um período de desenvolvimento do ciclo da sua vida?”; “Não terá também necessidade de se adaptar psicologicamente à gravidez, ou seja, não passará pela gravidez psicológica?”. Se respondermos positivamente a estas questões, talvez faça sentido falarmos em tarefas de desenvolvimento da gravidez e puerpério do futuro pai, paralelamente às da futura mãe. Assim, descreve-se sucintamente as diversas tarefas: Aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto (como processo de mudança na sua vida pessoal e conjugal); aceitar a relação com os pais; aceitar a relação com o companheiro/companheira; aceitar o bebé como pessoa que integra a sua tríade familiar; aceitar a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna/paterna) e por fim, aceitar a relação com o(s) outro(s) filho(s). Após esta reflexão, fará então

sentido falar-se de “Adaptação Materna e Paterna à Gravidez”, sendo esta um processo de desenvolvimento físico e psicológico para a mulher e psicológico para o homem.

Neste sentido, a gravidez e a maternidade/paternidade dizem respeito sobretudo, à representação de um encontro, sendo este especial e com contornos únicos, cujo significado é construído, tendo por base as experiências de vinculação durante a infância e a adolescência. De acordo com Holper (1983: p. 212) *“A noção de vinculação refere-se a um laço afectivo que, para além de um quadro espacio-temporal limitado, une uma pessoa ou um animal a um outro sujeito da sua espécie. A vinculação traduz-se pela busca de proximidade entre o sujeito e o objecto de vinculação. Aquela procura pode realizar-se, conforme as circunstâncias, por diversos comportamentos tais como a aproximação, o seguimento, o agarrar, o sorriso, os choros, os apelos; pode chegar a um estreito contacto físico, à interacção ou à comunicação num quadro espacial mais vasto (...) A vinculação desempenha, com efeito, funções biológicas essenciais para o jovem sujeito: assegura-lhe a alimentação, a protecção contra o perigo, a redução da angústia, o calor segurizante. Pouco a pouco, o objecto de vinculação torna-se um «ponto de ancoragem seguro» a partir do qual o jovem Ser se entrega à exploração de um meio ambiente desconhecido”*. Este impacto intergeracional da vinculação poderá influenciar a segurança e regulação emocional vividas (Main et al., vanIJzendorp, 1992, cit in Canavarro 2001). Um dos aspectos importantes da teoria da vinculação de John Bowlby (1969/1982, 1973, 1980, cit in Canavarro, 2001) é o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a espécie humana: a sobrevivência da espécie humana só pode ser entendida se concebermos que os bebés nascem com um sistema comportamental que tem por função protegê-lo do perigo. Essa protecção passa pela possibilidade de o bebé, através de comportamentos específicos (por exemplo, chorar, agarrar, seguir) manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta mais capaz de se confrontar com situações de perigo. Estes comportamentos, designados por comportamentos de vinculação, têm por função a protecção e o seu resultado previsível é a proximidade a uma figura específica. Para além do estabelecimento de uma relação privilegiada com a figura que lhe proporciona cuidados básicos e, desse modo, assegura a sua sobrevivência, a vinculação afigura-se

ser um tipo específico de um conjunto mais vasto de ligações que Bowlby e Ainsworth designaram por “ligações afectivas”. Para Ainsworth uma ligação afectiva pode ser definida com base num conjunto de critérios: a) é persistente e não transitória; b) envolve uma figura específica e reflecte uma atracção que um indivíduo tem por outro indivíduo, c) trata-se de uma relação emocionalmente significativa; d) o indivíduo deseja manter a proximidade ou contacto com essa figura, ainda que tal possa variar em função de vários factores, tais como, a idade, o estado do indivíduo ou as condições do ambiente; e) o indivíduo experiêcia uma certa perturbação face a uma situação de separação involuntária e, principalmente, quando deseja a proximidade e tal não lhe é proporcionado. Para além destes critérios, a vinculação caracteriza-se especificamente pela procura de segurança e de conforto na relação com essa pessoa (1989, cit in Canavarro, 2001). Este último critério é determinante para a referência e distinção entre ligações parentais e vinculações das crianças aos pais. Pois quanto às crianças, segundo Bowlby “*os comportamentos da figura parental, que revelam tentativas de procura de obtenção de segurança junto de um filho, são considerados não apenas sinal de perturbação psicológica dessa figura, mas são ainda, o que é mais grave, perturbadores para o desenvolvimento da criança. Estas situações de inversão de papel estão associadas a psicopatologia*” (1969/1982, cit in Canavarro, 2001, p. 78). Logo a combinação e valor das representações da gravidez e maternidade, dizem respeito à existência de diferentes perfis de mulheres face à maternidade, pois existem mulheres para quem ser mãe faz parte do seu projecto de vida, para outras mulheres ser mãe é encarado com medo, existem outras que não querem ser mães, por fim para algumas ser mãe é o único aspecto importante do seu projecto de vida.

Tal como afirma Canavarro (2001), para muitas mulheres a gravidez e os primeiros tempos de maternidade são percebidos como uma experiência de intimidade física e psicológica única, no entanto, é precisamente a inflexibilidade dessa mesma representação que faz com que algumas mulheres sintam um desejo irresistível para ter filhos pequenos, sendo que, quando crescem e implicam maiores níveis de autonomia, desejam logo engravidar novamente ou então deprimem. Para muitas mulheres maternidade é a absolutização dessa mesma representação que faz com que

outras mães funcionem como “escravas” dos seus filhos, para outras, maternidade é também continuidade, pessoal, conjugal e familiar, o que, leva a que outras mulheres não assumam e respeitem os seus filhos como pessoas únicas e separadas, limitando o seu espaço e a sua autonomia, criando relações simbióticas dependentes e pouco gratificantes. Segundo Chertok (1969, cit in Canavarro, 2001), a primeira gravidez e parto afectam bastante o casal, não só nível pessoal, mas também familiar e social, fornecendo-lhe um novo estatuto. O nascimento de um filho normalmente afecta mais a mãe, positivamente, pois este faz com que a mulher se sinta plenamente realizada, expandindo assim, as forças ocultas do seu coração, por outro lado pode actuar de forma negativa na sua saúde física e psicológica, podendo mesmo levar a mulher à depressão post-partum. Pois sabemos que esta fase implica uma adaptação da mulher, havendo uma série de mudanças no ritmo da sua vida que a levam a reorganizar-se e adaptar-se a uma vida em que a responsabilidade por um ser humano (filho) passa a ser uma prioridade, exigindo de si própria a condição de mãe.

Para Brazelton, o primeiro filho marca o nascimento da família, atendendo ao valor e peso deste evento na constituição da família, passando de díade a tríade, assistindo-se a uma redistribuição dos papéis entre os pais. Sendo que, por vezes a mãe passa por uma certa crise afectiva, que pode inconscientemente centrar-se no bebé menosprezando o marido, este por sua vez poder-se-á ver um pouco marginalizado, tendo dificuldade em relacionar-se com a esposa e com o seu filho (1983, Oliveira, 2002). Observa-se ainda outras desilusões dos pais, particularmente da mãe, em relação ao aspecto físico da criança, ao seu sexo, etc. No entanto, actualmente, com a ecografia e outras técnicas que permitem saber o sexo da criança e outros pormenores meses antes do nascimento, tais expectativas são menos pronunciadas ou são antecipadas. Também Ausloos (2003) refere que todos os casais que estudou relataram que durante os seis meses que se seguiram ao parto passaram por um período de crise pessoal (um momento em que estão prestes a produzir-se modificações) e que, uma vez ultrapassada, o casal revelou-se enriquecido, embora reconhece também que não deixou de ser uma fase realmente problemática. Este autor refere ainda que, actualmente e cada vez mais, ninguém está verdadeiramente preparado para educar uma criança, mesmo quando esta

foi realmente querida e desejada. Pois nesta “pequena família”, de hoje, existem poucas ou nenhuma possibilidade para que os futuros pais aprendam a profissão de pais. Estes são confrontados na sua maioria com um grande isolamento social e relacional. Os seus pais e avós estão longe, os amigos deparam-se eles próprios com as suas tarefas, o que dificulta a prestação de apoio nos momentos difíceis que se seguem ao nascimento. No entanto, há uma espécie de consenso social que impõem uma mensagem oficial, segundo a qual, o casal só pode ser perfeitamente feliz depois do nascimento de um filho, mesmo que a realidade da maioria dos casais seja na base de dificuldades, de cansaços e de tensões muitas vezes pesadas e difíceis de suportar. No mesmo sentido, LaRossa refere que os pais não foram ensinados e preparados para a maternidade/paternidade, limitando-se em grande parte a seguir o instinto e algumas “dicas” dos seus pais. Na verdade, o nascimento do primeiro filho ou a transição do casal para a parentalidade, muda substancialmente a família, pois o estatuto de pai ou de mãe é irreversível, ao contrário do casamento (1981, cit in Canavarro, 2001). Desta forma, mais do que nunca é necessário educar os pais para que melhor possam cumprir a sua delicada missão de educadores. Contudo, a escola de hoje prepara os jovens para técnicos de muitos ofícios, mas ainda não se preocupa em preparar (futuros) pais para a arte e ciência de bem educar. No entanto, temos ao nossos dispor, revistas, livros e informação através da Internet sobre a melhor maneira de educar os filhos.

Mesmo assim, segundo Sampaio (1994) não é fácil “inventar novos pais” capazes de interpretar todos os sinais emitidos pelos filhos, crianças ou adolescentes, para elaborar a resposta certa e manter o diálogo com os “novos filhos” o mais activo possível, pois a educação é uma ciência e uma arte. Pelo que é necessário saber psicopedagogia, mas também ter jeito ou inclinação para isso, ter o suficiente equilíbrio psicológico que permita enfrentar dia a dia as diversas vicissitudes por que passa a educação duma criança ou adolescente. É necessário ainda ter um suficiente auto-conhecimento e auto-aceitação de si mesmo porque muitos pais reflectem na educação dos seus filhos, o modo como foram educados pelos pais, tendo consciência disso, podem evitar repetir os mesmos erros, assim como, potenciar os aspectos positivos que os marcaram.

1.3. Parentalidade – Função parental

Segundo Houzel só em 1985 é que surge o conceito de “parentalidade”, aparece pela primeira vez num artigo de Clément. Houzel, definindo este conceito enquanto “*o processo através do qual um indivíduo se torna pai ou mãe de um ponto de vista psicológico*” p. 860. Bléandonu refere que a parentalidade etimologicamente diz respeito à qualidade do progenitor. Para Lejeune, esta mudança no indivíduo, decorre por processos parentais tanto no pai como na mãe, conduz à construção do aparelho psíquico do casal. Este espaço mental do inconsciente dos pais reservado para o filho constitui a base para o nascimento psíquico do bebé. Contudo, de acordo com Guillaume, esta criança que corresponde às projecções dos pais irá herdar o passado e o futuro da vida familiar, o que, segundo Bléandonu nos induz à necessidade de uma parentalidade satisfatória que irá depender de um equilíbrio evolutivo entre o investimento narcísico e o investimento objectal (1997; 2003; 1997; 1997; 2003, cit in Algarvio, 2006 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus). Esta mesma autora, refere que a definição de preocupações parentais, enquanto conceito genérico diz respeito à parentalidade, às suas funções, e na especificidade da parentalidade associada a diferentes tipos de perturbações da infância e adolescência, esta revela-se particularmente importante na avaliação e intervenção pedagógica. Assim, as preocupações parentais poderão ser definidas enquanto “*a ansiedade evocada pela função parental que irá depender de conflitos internos resultantes do desenvolvimento individual de cada um dos pais e enquanto casal e de conflitos externos resultantes de dificuldades específicas no desenvolvimento da criança ou de problemáticas sociais ou familiares específicas*” p. 861. Assim, a mensagem que Bettelheim (1976: p. 15) transmitiu não deixa actualmente de ser pertinente, pois referiu que “*... diz-se também aos pais de hoje que dêem amor aos seus filhos, como se alguém pudesse dar o que não possui, ou como se uma mãe que ama o filho precisasse que lhe dissessem para assim proceder (...)* Serão realmente os meros mimos e a muito discutida «aprovação paterna», ou será uma prontidão menos dramática para encarar algum problema, respondendo às necessidades, expressas ou não, da criança?” De acordo com Algarvio

& Leal (2005, cit in Algarvio, 2006 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus) a avaliação das preocupações parentais deverá ser efectuada dentro de um espaço de disponibilidade psíquica por parte do técnico, permitindo assim à família, a exposição das dificuldades sentidas, bem como, a reflexão das mesmas, o que conduzirá posteriormente a um melhoramento da dinâmica familiar e ao desenvolvimento da confiança nos pais e de sentimentos de competência na sua função parental. Estas autoras salientam que as preocupações de ambos os pais deverão ser sempre ouvidas e tomadas em consideração na avaliação da criança e do adolescente saudável ou doente.

É certo que os pais não têm todas as rédeas da educação nas “mãos”, pois muitos outros factores extra-familiares influenciam o desenvolvimento dos filhos, colocando-se então a eterna discussão se é a hereditariedade ou o meio a ter mais peso na evolução da inteligência ou da personalidade dos mesmos. Pois de acordo com Ferreira (2002: p. 103) *“As crianças são o património de valores de uma nação, mas todas são dependentes do investimento que a família e a sociedade faz no seu crescimento harmónico. Se a primeira dependência é a da família, esta, não pode desinsinserir-se da sociedade e da cultura em que está integrada incluindo uma justiça de leis que protejam na sua essência de Ser maternal e Ser paternal e não só ser cidadão, rentável à economia da nação. A sociedade sofre mudanças na forma, no estilo e sobretudo nos ritmos de vida das famílias-padrão. Ritmo que corresponde às exigências de rentabilidade, poder de compra, ambição de visibilidade externalidade, em desfavor de uma riqueza de valores interiores”*. Na mesma linha, segundo Fox & Bruce (2001, cit in Niven, 2004: p. 20) *“Os homens que consideram os filhos como parte da sua identidade são provavelmente duas vezes mais sensíveis às suas necessidades e são fortemente emocionais em relação a eles, sendo menos provável que se tornem severos ou desinteressados”*. Dada toda a complexidade, não é fácil definir a “função parental”, conforme Poussin (1999) afirma, muitas vezes os psicólogos falam da função do pai, como é o caso da psicanálise, ou da mãe, mas não propriamente dos dois em conjunto. Pois se há um “instinto maternal e paternal”, há também um “instinto parental”. Esta função parental só existe na espécie humana, pois nos animais limitam-se em grande

parte à alimentação, sendo que esta desaparece quando os filhos chegam à idade adulta, enquanto na espécie humana vai muito mais para além da protecção e do alimento, permanecendo por toda a vida. Desta forma, “parentalidade” define-se como “*o conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família, e fora dela na comunidade*” (Cruz, 2005, p. 13). Segundo o autor a Psicologia do Desenvolvimento, estuda a parentalidade, tendo em vista a análise dos processos através dos quais os pais, enquanto principais responsáveis pela criança ou adolescente, influenciam o seu desenvolvimento. No mesmo sentido, relativamente à parentalidade na adolescência, segundo Bléandonu (2003) “*Poder partilhar um projecto, um interesse ou uma paixão com um adolescente é uma sorte e um prazer muitas vezes profundo para qualquer pai de adolescente. Mas nem sempre isso é possível, quer porque as raízes de tais projectos não são instituídas na infância (é sempre difícil fazê-las nascer apenas no momento da adolescência) quer porque o adolescente marca um recuo, recusa ou interrompe os projectos partilhados até então com os pais*” p. 47.

Partindo do princípio que o desenvolvimento natural dum casal culmina com o nascimento de um ou vários filhos, deixa de existir uma díade e passa a uma tríade, ou seja, a uma triangulação. Trata-se de um momento extraordinário para cada um dos cônjuges, com vivências diversificadas, podendo o primogénito uni-los mais, ou então, constituir um perigo para relação dual, se a mulher/mãe se devota totalmente ao filho esquecendo ou mesmo jogando-o contra o pai que, por sua vez, pode sentir ciúmes e menosprezo do filho. Esta “coligação” da mãe com o filho, pode estender-se pela vida fora, bem como, o pai mais tarde também pode coligar com um outro filho contra a mãe (Oliveira, 2002). Pois nos dias que correm, ser mãe/pai acontece muito diferentemente do que acontecia no passado, estando presentes diversos factores, nomeadamente, o facto do casamento ser mais tarde, os filhos nascerem também mais tarde, pois não podemos esquecer que hoje a mulher tem a opção de engravidar quando deseja. Antes os filhos nasciam em casa, hoje o pai normalmente está presente no parto e participa depois nos cuidados do bebé, entre tantas outras mudanças.

Segundo Cruz (2005), a parentalidade tem sido analisada em função das características das crianças ou adolescentes, como sendo, a idade, o sexo, o temperamento, os domínios do desenvolvimento ou problemas psicopatológicos específicos, e as características dos pais, tais como, o género, classe social, qualidade da relação conjugal, divórcio, maus tratos, entre outros. São muitos os autores que encaram a parentalidade como a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta. Pois apesar das múltiplas fontes de influenciam e que actuam sobre a criança, os pais são os adultos com maior responsabilidade na sua educação (Bornstein, 1995^a, cit in Cruz, 2005). Também segundo Kuczynski & Grusec (1997; cit in Cruz, 2005) deve-se considerar que *“os pais constituem a influencia mais crucial na aquisição de valores pela criança, dado que: Do ponto de vista etológico, existe uma predisposição biológica para a centralidade do sistema parental; Do ponto de vista social, a responsabilidade formal pela educação das crianças é primeiramente atribuída aos seus pais; O afecto positivo dominante no clima do relacionamento entre pais e filhos coloca os primeiros numa posição privilegiada no que toca à influência na aquisição de padrões sociais e valores pela criança; A partilha de espaços e tempos permite aos pais monitorizar e compreender o comportamento dos filhos melhor do que qualquer outra pessoa”* p. 14. Neste contexto, poder-se-á colocar as seguintes questões: Quais são as funções da parentalidade? A que necessidades da criança deve a parentalidade dar resposta? Segundo Bornstein, Palacios e Rodrigo Parke e Buriel (2002; 1998; 1998, cit in Cruz, 2005) existem 5 funções parentais:

- A primeira função prende-se com a satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde. Sendo que a incapacidade de dar resposta a este tipo de necessidade observa-se em situações de carência extrema associadas a situações de catástrofe natural ou provocadas pelo homem, como também em situações de negligência passiva associada à problemática de psicopatologia dos pais;
- A segunda função tem haver com o disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, com espaços, objectos e tempos que proporcionem as rotinas. Algumas famílias apresentam dificuldade em proporcionar a organização e a variedade de estímulos que caracterizam os climas familiares estimulantes. Salienta-

se ainda que as famílias desestruturadas, ou com dificuldade em lidar com situações de *stress*, não são capazes de desempenhar esta função;

- No que respeita à terceira função da parentalidade, esta prende-se com as necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra-familiares. Uma vez que, os pais funcionam como apresentadores, mediadores e intérpretes do mundo exterior face à criança; é através deles que a criança entra em contacto, conhece e interage com o mundo físico e social que a rodeia. É claro que famílias demasiado isoladas ou com fronteiras demasiado estanques não cumprem esta função;

- Em relação à quarta função, consiste em satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança, que se traduzem pela construção de relações de vinculação. Aqui está claramente presente o valor preditivo de relações de vinculação seguras face a índices positivos de adaptação ao longo do desenvolvimento.

- Por fim relativamente à quinta função, esta resulta das necessidades de interacção social da criança e sua integração com a comunidade. A família constitui um contexto com regras próprias de funcionamento e de comunicação entre os seus elementos, mas também dependente das regras e dos valores que caracterizam a comunidade em que está inserida. A família é o primeiro contexto de socialização da criança, responsável em grande parte pela sua adaptação da criança aos contextos sociais que serão posteriormente frequentados.

Contudo, como sabemos ao longo do processo de socialização os pais não são as únicas figuras influentes nem dentro, nem fora da família. Os irmãos, os avós, os tios, os professores, entre outros, também têm a sua influência nesta área. Neste sentido, a perspectiva ecológica não coloca de lado os contextos educativos formais e informais, os pares, a comunidade e os meios de comunicação são também importantes fontes de influência na socialização das crianças e os adolescentes. Todas estas influências são exercidas de forma directa, por interacção e participação imediata, mas também de forma indirecta, através da influência que têm sobre a parentalidade (Cruz, 2005). Na mesma linha, *“a ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo científico da interacção mútua e progressiva entre, por um lado um indivíduo activo, em constante crescimento, e, por outro lado as*

propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o indivíduo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que se integram” (Portugal, 1988, p. 37). Assim, segundo Bronfenbrenner, todos sabemos que cada um de nós seria uma pessoa diferente se se tivesse desenvolvido num outro meio, ou se os meios físicos e sociais que enquadram o nosso desenvolvimento tivessem aparecido em momentos diferentes da nossa vida. O que quer dizer que na interacção entre o indivíduo e o seu ambiente se pode explicar o comportamento e desenvolvimento humano. Desta forma, o modelo ecológico de Bronfenbrenner mostra-nos um quadro conceptual que nos permite compreender a interacção sujeito-mundo e consequente desenvolvimento. Neste modelo, destaca-se que o sujeito em desenvolvimento é colocado no centro e que as suas mais directas interacções são realizadas com o microsistema (família, escola, amigos, brincadeiras), estando outros contextos mais vastos também envolvidos, como sendo: o mesosistema (inter-relações entre contextos em que o indivíduo participa activamente); o exosistema (família alargada, vizinhos, amigos da família, serviços de saúde/sociais/jurídicos e *Mass Media*) e o macrosistema (sistemas de valores, crenças, maneiras de ser ou de fazer, estilos de vida, características da sociedade, cultura ou subcultura). Logo, a perspectiva ecológica do desenvolvimento tem implicações ao nível da metodologia de investigação, mais especificamente confere grande importância à chamada validade ecológica. Ou seja, uma investigação é vista como ecológicamente válida se for levada a cabo num contexto natural, envolvendo objectos e actividades do quotidiano das crianças e jovens, nomeadamente, o contexto familiar (cit in Portugal, 1988). Assim, a observação da relação pais-filhos é um dos contextos afectivos mais ricos ao longo do processo de socialização da criança/adolescente. E para Dix (1991), a parentalidade é essencialmente uma experiência emocional. Também para Goodnow & Collins, não é possível entender a relação pais-filhos sem se considerar os sentimentos que veiculam na mesma, pois eles são variáveis e frequentemente atingem graus de intensidade extremos (1990, cit in Cruz, 2005). Pois a investigação mostra com clareza a frequência, variedade e intensidade das emoções parentais

presentes no quotidiano da criança, desde as interacções conflituosas que estimulam emoções negativas até às interacções mais responsivas que estimulam emoções positivas, estas últimas, em média parecem ser bastante mais frequentes do que as negativas. As emoções parentais funcionam como uma espécie de barómetro, reflectindo assim, a qualidade do ambiente familiar (Dix, 1991). Neste sentido, o afecto parental positivo parece predizer consistentemente resultados de desenvolvimento favoráveis na criança e adolescente, enquanto que a hostilidade parental parece estar relacionada com resultados desenvolvimentais desfavoráveis.

Por outro lado, os resultados de outra investigação também apontam no sentido de as emoções parentais negativas não serem obrigatoriamente desadaptativas. Uma vez que, as emoções são centrais na regulação do comportamento humano, logo, uma emoção negativa pode mobilizar o indivíduo para uma meta adaptativa, que de outra maneira não seria estabelecida. (Bugental & Goodnow, 1998; cit in Cruz, 2005). O que, de facto parece ser nefasto para o desenvolvimento de crianças e adolescentes é a emoção negativa intensa ou crónica, que funcionará como um sinal de disfunção familiar. No entanto, para Ausloos (2003), não é de admirar que os pais experimentem dificuldades no decurso de uma carreira de pais, pois parece mesmo normal e inevitável que estes passem por períodos de crise, sendo mesmo previsível que em certos momentos já não se sintam capazes de continuar a desempenhar a parentalidade, sendo até normal que alguns se recusem a desempenhar esse papel. Segundo este autor, tem-se acusado demasiado os pais de se retirarem ou se demitirem, de recusarem as suas responsabilidades e talvez não se tenha tentado suficientemente pôr-se no seu lugar. Este autor vai mais longe, referindo ainda que, efectivamente, não há escola (ou pouca) onde se possa aprender a profissão de mãe/pai e não existe verdadeiramente curso e ainda menos diploma que possam garantir que os pais sejam “bons” pais e que saberão enfrentar as diferentes e inevitáveis crises do desenvolvimento por que passam as crianças e os adolescentes. Por outro lado, Bettelheim (2003: p. 519) refere que o Pai suficiente mente bom estará sempre seguro de que o facto de conceber e dar nascimento a um filho, trazendo-o para este mundo, são os acontecimentos mais maravilhosos na vida dos

pais. O nascimento é o acontecimento mais maravilhoso na vida de uma criança. Quanto mais poderem gozar e apreciar juntos, cada um à sua maneira, o que aí decorre – o facto de os pais criarem o filho e de o filho ser criado e educado pelos pais – tanto mais felizes serão as suas vidas”. Deste modo, podemos dizer que estes autores levam-nos à reflexão sobre a “qualidade” dos pais, enquanto desempenham o seu papel de parentalidade, ou seja, enquanto educadores e promotores de um desenvolvimento saudável e equilibrado dos seus filhos.

1.3.1. Processos de Envolvimento

Num contexto de envolvimento emocional, as emoções devem ser estimuladas, orientando o indivíduo para actuar no meio ambiente. As emoções activam, orientam e organizam os processos adaptativos. As emoções activadas nas situações de compatibilidade ou incompatibilidade vão interferir nos processos implicados na resposta dos pais. Estes são de diversa ordem: cognitivos, motivacionais, comunicacionais e de prontidão para a acção (Dix, 1991). Se não existir activação emocional, o investimento parental e os cuidados a prestar à criança ou adolescente serão pobres. Se as emoções forem negativas e com muita intensidade, os processos de envolvimento serão prejudicados, na medida em que as emoções negativas intensas influenciam a apreciação cognitiva e prejudicam a regulação emocional, o que irá limitar a satisfação das necessidades e objectivos dos jovens. Salienta-se que o facto de os pais avaliarem as situações de formas diferentes, leva à activação das emoções em diferentes níveis de eficiência cognitiva comportamental. Pois as emoções actuam através de motivos que fornecem direcção e intensidade ao comportamento (Cruz, 2005). Desta forma, se não houver envolvimento emocional, os comportamentos terão pouca frequência, persistência ou intensidade. Podemos pensar por exemplo, nos pais deprimidos ou com indisponibilidade psicológica, que em termos gerais não experimentam as emoções que interagem no relacionamento de socialização com os seus filhos. Estes défices emocionais reflectem não só apatia emocional mas também falta de emoções empáticas. Por outro lado, se os pais

manifestarem emoções negativas demasiado fortes, por exemplo, quando ficam muito irritados tendem a actuar no sentido de obter uma obediência imediata às suas expectativas, desfavorecendo uma actuação sólida e limitando os benefícios da educação a longo prazo. Segundo Cruz (2005) estas formas de actuar são características dos pais que estão em situação de *stress*, como tal, utilizam a afirmação e o poder para conseguirem controlar os conflitos com os filhos o mais rapidamente possível.

Neste sentido, os processos cognitivos desfavoráveis à educação, incita nos pais uma propensão para ver os filhos de forma negativa, aumentando as expectativas, percepções e avaliações negativas acerca dos mesmos; danifica a monitorização e atenção parentais, desviando o campo de atenção para aspectos menos relevantes do comportamento dos filhos; interfere com a capacidade de resolução de problemas relacionados com os conflitos educativos (Cruz, 2005). Segundo este autor, as emoções são comunicadas aos outros através de um conjunto de comportamentos que incluem, entre outros, os gestos, a expressão facial e o tom de voz. Estas comunicações afectivas são importantes reguladores da interacção pais-filhos por diversas razões. Pois estas, interferem com a reciprocidade afectiva, sendo que, as expressões de afecto positivo estimulam na criança um comportamento cooperante, enquanto que as expressões de afecto negativo estimulam um comportamento de resistência e oposição. Por outro lado, as expressões afectivas podem estimular (ou não) a atenção dos filhos, aumentando (ou não) as suas capacidades de processar a mensagem parental. Deste modo, as mensagens com uma conotação emocional pouco intensa não captam a atenção dos filhos, sendo que as mensagens ambíguas em termos afectivos confundem-nos, e as mensagens expressas conjuntamente com o afecto negativo desencadeiam emoções negativas, as quais, por sua vez, vão prejudicar o seu processamento da informação. As próprias expressões emocionais são informativas acerca do valor que os pais atribuem às suas mensagens e aos comportamentos dos filhos, de que o seu comportamento é inaceitável e que os pais esperam que haja uma mudança, enquanto que uma expressão emocional ambígua impede a transmissão da mensagem parental e, portanto, a promoção dos objectivos

da educação. Pois de acordo com a investigação, as emoções estão relacionadas com a tendência para passar ao acto. Os pais podem apresentar uma forma padronizada de actuar face a uma determinada emoção. Como por exemplo, quando estão irritados os pais falam mais alto, de forma mais firme, utilizando mais estratégias de afirmação e poder, criticam mais e são menos apoiantes. Ao contrário, quando estão bem-dispostos os pais sorriem mais, são mais empáticos, apoiantes e compreensivos.

1.3.2. Processos de Regulação Emocional

As pessoas experimentam expressões emocionais que não ocorrem de forma automática, ou seja, tentam compreender o que estão a sentir e antecipam as reacções das outras pessoas. Logo, os processos de regulação servem para promover as emoções desejáveis, suprimir ou lidar com as emoções indesejáveis e disfarçar-las quando ameaçam ou prejudicam os seus objectivos (Dix, 1991). Neste sentido, o impacto das emoções no comportamento parental está dependente dos processos de regulação emocional. Assim, uma regulação pobre pode levar os pais a experimentarem uma emoção a um nível insuficiente ou excessivo ou a experimentarem as emoções de forma a comprometerem a resposta racional. Sabemos que de um modo geral, as emoções fazem parte integrante da nossa vida diária nos diversos contextos. Por exemplo, para os pais é muito importante que os seus filhos sejam bons alunos e bem comportados. Pois, quando isso não acontece, por vezes as emoções vêm ao de cima de uma forma descontrolada, o que, faz com que muitos pais “percam a cabeça”. Estas emoções negativas, levam frequentemente aos gritos até se ouvir no vizinho do lado, à ameaça, ao ralhar, aos nomes menos adequados, aos bates das portas, aos empurrões, entre outros actos descontrolados. Neste sentido, quantas vezes sentimos o terrível pesadelo da culpa? Quando nos arrependemos, pensamos que nunca mais nos vamos descontrolar daquela maneira, contudo, depois, noutra momento de frustração ou conflito, não somos capazes de cumprir o que prometemos a nós próprios, ou seja, não somos capazes de nos controlar e agir de forma ponderada e adequada com os nossos filhos. Desta forma, o autocontrolo é assim, uma das mais importantes qualidades de pais e educadores. Pois

um adulto descontrolado pode representar perigo e/ou assustar uma criança ou adolescente, pode mesmo vir a magoar ou a violentar, física ou psicologicamente. Por outro lado, os filhos podem representar uma fonte constante para desencadear um descontrolo no adulto. Da desobediência ou da actividade descontrolada vai apenas um segundo até ao grito ou à palmada (Marujo; Neto & Perloiro, 2002).

De acordo com Cruz (2005), a regulação emocional é composta por três elementos: conhecimento e compreensão das suas próprias emoções, que implica uma capacidade de introspecção que varia de indivíduo para indivíduo; a avaliação das consequências da manifestação das emoções, pois, nem todos os pais conseguem funcionar a este nível, antecipando a forma como os filhos se vão sentir, sobretudo quando os seus objectivos não estão centrados na criança. Assim, alguns pais conseguem controlar a manifestação das suas emoções negativas de forma deliberada, porque consideram que tal manifestação seria prejudicial para a criança ou para a sua relação com ela. Já outros pais inibem mesmo a manifestação de emoções positivas porque acham que isso seria um factor facilitador do comportamento inadequado; a regulação emocional envolve também estratégias de autocontrolo de carácter cognitivo, comportamental e emocional. Ao utilizar estratégias cognitivas, o indivíduo procede a uma reavaliação positiva dos acontecimentos que estimulam as emoções negativas fortes numa tentativa de objectivar e despersonalizar esses acontecimentos, utilizando por exemplo, o diálogo interno. As estratégias comportamentais incluem o recurso a acções contrárias às expressões emocionais negativas, como sendo, delegar noutra pessoa a resposta à criança ou adiá-la no tempo. As estratégias emocionais envolvem a substituição de emoções, como substituir o sentimento de irritação pelo de empatia. Relativamente à capacidade de empatia Neto & Marujo (2002) referem que esta capacidade, de compreensão do ponto de vista dos outros, não é um compreender meramente intelectual, pois integra uma forte dimensão afectiva e sentimental. Os autores salientam mesmo que esta capacidade pode ser desenvolvida em situações reais, tal como, fazem notar Elias, Tobias & Friedlander (1999), que defendem que esta compreensão daquilo que os outros podem estar a pensar, sentir, como é que eles definem a situação e o que poderão decidir fazer, depende naturalmente das capacidades

cognitivas, bem como, da experiência vivida pela criança ou adolescente e não da sua exposição à televisão e aos jogos electrónicos.

Para Marujo, Neto & Perloiro (2002: pp. 89 e 90) lidar com as emoções, irritações ou zangas não é uma tarefa fácil. Contudo, estes autores sugerem algumas indicações que poderão contribuir para a regulação das emoções:

“1- Perceber os sinais de descontrolo em si mesmo: A nível fisiológico, sentir a respiração a acelerar, a boca a ficar seca, o coração a bater mais depressa, a temperatura a subir, os músculos a aumentarem a tensão; a nível da comunicação, a intensidade da voz a crescer, as palavras a saírem sem freio, as mãos a gesticular de forma agressiva e os dedos a apontar; a nível emocional, a irritação e a raiva a aumentarem; a nível do pensamento, as ideias cada vez mais a terem conteúdos violentos («O meu filho é insuportável! Nunca faz o que lhe mando. Vou-lhe mostrar quem manda aqui! Estou capaz de o engolir! Há-de ficar-lhe de exemplo...Vai arrepende-se»).

2- Identificar as situações em que se descontrola mais e com quem (se é nos TPC, se é com o filho mais velho, etc.).

3-Reconhecer no seu filho sinais de que se está a descontrolar. (...)

4- Evitar entrar em luta de poder. Tente pensar que não se trata de ver quem ganha ou quem perde, nem de testar quem manda lá em casa. Pergunte-se o que pode fazer para se acalmar e evitar entrar numa escalada, em que cada um põe mais achas na fogueira”. Estes autores reforçam ainda que, cada vez que perdemos a paciência estamos a ser modelos de descontrolo e a ensinar aos nossos filhos e educandos que quando as pessoas se irritam o “normal” é gritar, bater com as portas, ou chamar nomes incorrectos. Salientam também que cada vez que os pais “perdem a cabeça” assustam os jovens, ao passo que estes devem ser a mais importante fonte de segurança dos filhos. Contudo, se os pais não conseguem controlar-se, mais tarde, devem ser capazes de pedir desculpa aos filhos por terem “perdido a cabeça”. Desta forma, os jovens aprenderão o que é ser humilde e o que é perdoar, saberão que não é preciso ser perfeito para se merecer o amor de outrem. Por fim, os autores explicam que se os pais se descontrolam com frequência (mais do que uma vez por

semana) e se as estratégias não são satisfatórias, o melhor será recorrer à ajuda dos técnicos desta área, mais especificamente aos psicólogos, para poderem adoptar atitudes e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento saudável dos filhos. Assim, percebemos que a forma controlada como lidamos com os filhos sem agredir ou magoar, sem violência nem desrespeito, sem fazer coisas de que nos arrependamos a seguir, deverá efectivamente ser alvo de intervenção, pois se as famílias não o conseguirem fazer por si mesmas, caberá aos técnicos intervir neste sentido, promovendo o autocontrolo parental.

1.3.3. O conceito de meta-emoção

Este conceito teve origem numa investigação desenvolvida no âmbito das emoções nas relações conjugais - satisfação e dissolução do casamento – por Gottman, Katz e Hooven (1997, cit in Cruz, 2005). Após este estudo, os autores partiram para a investigação das emoções nas relações entre pais e filhos e para o estudo do desenvolvimento socioemocional na criança. Assim, o conceito de meta-emoção, tem como analogia a metacognição e a metacomunicação. Esta integra não só a análise dos sentimentos dos pais acerca dos seus próprios sentimentos mas também os conceitos, filosofias e metáforas relativas às emoções. A estrutura meta-emocional pode ser definida como um conjunto organizado e estruturado de emoções e cognições acerca das emoções, quer as próprias quer as dos outros. Esta diz respeito à consciência que os pais têm das suas emoções, à consciência das emoções dos filhos e à abordagem educativa que fazem das emoções junto destes. Esta abordagem educativa contempla cinco componentes: 1- Ter consciência das emoções de baixa intensidade neles próprios e nos filhos; 2- Assumir as emoções dos filhos como uma oportunidade de intimidade e de aprendizagem; 3- Validar as emoções dos filhos, reconhecendo-as; 4- Ajudá-los a dar um nome àquilo que sentem; 5- Discutir as situações que desencadeiam as emoções e traçar os limites, os objectivos e as estratégias para lidar com essas emoções. Os pais que praticam estas acções junto dos filhos, apresentam uma capacidade superior para lidar com o mundo das

emoções, sentem-se mais confortáveis com as suas próprias emoções e conseguem regula-las de forma mais eficiente (Cruz, 2005). A investigação das emoções na parentalidade afigura-se escassa, contudo, apoia a relação entre a capacidade de os pais lidarem com as emoções e o nível de competência social e emocional dos filhos. Os pais podem adoptar por uma das três posturas face às emoções negativas dos filhos: negativa; desvalorização/supressão e apoio. Também segundo Denham, a expressão emocional negativa por parte dos pais está associada a resultados negativos nos filhos, ou seja, estes apresentam dificuldade em gerir estados emocionais negativos. Já para Denham & Grout, esta está associada à expressão de mais emoções negativas na sala de aula e menor competência emocional, para Denham, Mitchell-Copeland et al, está associada a mais dificuldade na regulação emocional. Estes sugerem que um nível elevado de emocionalidade negativa dos pais pode revelar a sua dificuldade em regular as suas próprias emoções, dificultando assim, a aprendizagem da regulação emocional dos filhos (1997; 1992; 1997; 2001, cit in Cruz, 2005). Neste sentido alguns pais, numa tentativa de controlo das emoções negativas dos filhos, optam por ensinar a criança a negá-las ou suprimi-las. O que parece gerar um aumento da ansiedade e da tensão emocional negativa nos filhos. De acordo com esta situação, os filhos tendem a “armazenar” as emoções negativas, criando assim um padrão emocional negativo como “carga-descarga”, o que, poderá conduzi-los a exprimir as suas emoções de forma mais intensa e descontrolada. Também nesta linha, Eisenberg, Fabes, Carlo, Troyer et al. (1992, cit in Cruz, 2005) defendem que os pais que restringem a expressão emocional têm filhos com níveis superiores de perturbação emocional. Pelo contrário, quando os pais apresentam um comportamento de apoio face à expressão emocional negativa dos filhos, estes têm menor probabilidade de ficar tensos e revelam-se capazes de processar a mensagem dos pais face ao controlo emocional e a outros aspectos relacionados com a situação. Assim, eles aprendem estratégias mais adequadas para lidar com as emoções (Fabes, Eisenberg & Eisenbud, 1993, cit in Cruz, 2005). Desta forma, os pais apoiantes parecem conseguir manter o seu próprio controlo emocional face às emoções negativas dos filhos, promovendo assim esta competência nos

mesmos.

1.4. Estilos Educativos Parentais

Tendo como referência os dois modelos, o de Baumrind (1959) e o de Schaefer (1973; 1977), Oliveira (2002) identifica e caracteriza quatro estilos educativos fundamentais, salientando que para os dois primeiros estilos (autoritativo e indulgente) baseou-se particularmente no modelo de Baumrind. Passa-se agora a descrevê-los:

a) Estilo autoritativo (democrático, compreensivo, apoiante). Favorece a internalização das normas parentais, isto é, existe uma autoridade forte mas dialogante entre os pais e os filhos. É exigido o respeito das regras (que poderão ser mudadas tendo sempre em atenção o acordo mútuo, dependendo da responsabilidade de cada um); poderão existir sanções quando ocorrerem infracções às regras. Em suma, à criança é dada alguma autonomia e os pais incentivam a expressão dos seus desejos e sentimentos, não querendo com isto dizer que sejam pais que não controlem; muito pelo contrário, controlam mas também são carinhosos; são exigentes quanto à disciplina mas são suficientemente compreensivos, o que fomenta nos filhos auto-confiança, segurança e maturidade;

b) Estilo indulgente (protectivo). São pais que se caracterizam pela ausência de normas de conduta e pela tolerância e aceitação dos impulsos da criança. Os pais não costumam utilizar o poder para atingir os seus objectivos, no entanto, por vezes tornam-se violentos, quando perdem totalmente o controlo da situação. Estas reacções são vistas pelos filhos como totalmente incoerentes em relação aos princípios estabelecidos. São pais habitualmente permissivos, por vezes calorosos, pouco exigentes e por norma, provocam nos filhos falta de auto-controlo e de auto-confiança, o que os torna demasiados dependentes e sobreprotegidos;

c) Estilo autoritário (autocrático, exigente). Caracteriza-se por uma vida familiar centrada nos pais, que monopolizam o poder de decisão; são pais que modelam o comportamento do filho em função de critérios absolutos, não abdicam da total obediência, valorizam o respeito pela ordem e pela autoridade. Os castigos são

administrados quando a norma é infringida ou quando há tentativas de rebelião e/ou independência. São pais controladores, pouco carinhosos e muito punitivos, o que desencadeia filhos descontentes, inseguros, submissos ou revoltados;

d) Estilo Negligente (indiferente, rejeitador). Estes pais não exigem responsabilidades aos filhos nem tão pouco encorajam a independência. Caracterizam-se por ser pais “frios”, distantes, indiferentes, egocêntricos, não facultam à criança quaisquer estímulos afectivos que esta necessita. Recorrem aos castigos ou a pressões psicológicas para evitar que o filho os perturbe no seu comodismo. Os filhos deste estilo de pais são por norma depressivos, frustrados, inseguros, desorientados com maior tendência a tornarem-se delinquentes.

Convém no entanto salientar, que segundo Baumrind (1977, cit in Oliveira, 2002) não existem estilos “puros” e, embora haja em muitos pais predomínio de um ou outro estilo, pode ter características de outros, ao menos em determinadas ocasiões. Por outro lado, Maccoby e Martin (1983, cit in Oliveira, 2002) afirmam que, teoricamente o estilo apoiante/democrático ou autoritativo-recíproco é o ideal, pois neste existe equilíbrio entre autoridade e afecto e uma boa interacção entre a capacidade de resposta e de exigência, o que é benéfico para um harmonioso desenvolvimento da criança. Assim, estes autores reforçam a importância da existência de regras, ou seja, os tais limites que os adolescentes procuram nos seus progenitores, no entanto, o reforço vai igualmente para a expressão empática, apoio e amor incondicional.

1.4.1. Percepção dos Estilos Educativos Parentais

Num trabalho publicado sobre a relação entre as percepções das atitudes parentais e a estrutura do ego em pré-adolescentes, Ausubel; Balthazar, et al (1954, cit in Oliveira 2002), afirmaram que embora o comportamento dos pais seja um acontecimento objectivo do mundo real, afecta o desenvolvimento do ego dos jovens apenas na extensão e na forma em que é percebido por estes. De acordo com Schaefer (1965) *“o modo como as crianças e os adolescentes percebem o comportamento dos seus pais é mais importante para o desenvolvimento da sua personalidade do que o conteúdo do*

estímulo a que se refere". Siegelman (1965) veio acrescentar que *"a importância teórica da percepção que o filho tem dos seus pais para a compreensão do desenvolvimento da sua personalidade foi largamente reconhecida"* (cit in Fleming, 1997, p.147). A abordagem das práticas educativas através do estudo das percepções das atitudes parentais assume portanto o efeito dos comportamentos parentais e é mediado pelo significado que o adolescente lhes confere e que, dum modo geral, existe congruência nas percepções dos filhos e dos pais (Schludermann & Schludermann, 1983; Litovsky & Dusek, 1985, cit in Fleming, 1997). Pois o modo como os adolescentes percebem o comportamento dos seus pais é mais importante para o desenvolvimento da sua personalidade, do que o conteúdo do estímulo a que se refere. Os adolescentes com problemas comportamentais percebem as suas famílias como menos apoiantes e menos interessadas no bem-estar destes (Fleming, 2004). Também para esta autora *"As percepções do comportamento parental (...) servem para diferenciar os sujeitos normais dos que apresentam distúrbios psiquiátricos. E neste caso é bem mais nítido que uma percepção elevada de controlo parental esteja associada à presença de distúrbios"* p. 156. Neste sentido, a percepção dos estilos educativos parentais tem especial relevância durante a adolescência, pois trata-se de uma fase do desenvolvimento em que as relações progenitores-filhos ganham novos contornos. Sendo que, nesta fase os filhos questionam-se sobre a sua identidade, sobre a atitude e o comportamento dos próprios pais, assim como, reflectem acerca da sociedade em geral. Tal como afirma Fleming (2004) é da qualidade da relação entre pais e filhos que se desenvolve o bem-estar afectivo básico para que uma (criança) ou adolescentes, possa desenvolver-se psicologicamente de forma saudável. Pelo que, é através do padrão de relação precoce entre pais e filhos que, se estabelece a forma como nos relacionamos connosco e com os que nos rodeiam. Esta autora refere ainda que, os pais são os principais agentes da saúde mental dos seus filhos, e realça o que escrevia Donald Winnicott *"tudo começa em casa"*.

Esta autora mostra-nos a relevância das interacções pais-filhos para a saúde mental dos jovens, contudo, não deixa de clarificar as dificuldades que as famílias de hoje enfrentam na educação dos filhos, pois faz referência às pressões da vida actual que

tornam mais difícil aquilo que as crianças e os adolescentes têm para nos dizer. Refere que os pais de hoje habitualmente andam tensos e preocupados, com pouco tempo para reflectir nos seus próprios sentimentos, acabam por bloquear ou responder agressivamente ao que os filhos procuram dizer. Ao contrário os pais que ainda possuem essa capacidade de “escutar”, são capazes de fornecer experiências emocionais de qualidade que são a base para o crescimento de sentimentos de segurança, suporte e pertença. Também Lefkowitz & Tesiny (1984); Long (1986) e Parker (1983) referem que alguns factores implicados na etiologia da depressão incluem a rejeição dos pais, (quer factual quer sentida) e mesmo a desarmonia parental, o que quase sempre diminui a atenção que o adolescente recebe dos pais e tende a reduzir a sua auto-estima. Outros autores, tais como Cole & Rehm (1986); Kandel & Davies (1982) e McCranie & Bass (1984) também defendem que as práticas educativas parentais que combinam expressões limitadas ou inconscientes de afecto e baixas taxas de recompensa com controlo autoritário, disciplina prepotente e instigação de culpa, proporcionam experiências durante o desenvolvimento que favorecem um sentimento de incompetência e indignidade. Estas práticas irão pois impedir o desenvolvimento normal da auto-estima, aumentando a vulnerabilidade do adolescente a sentimentos de desamparo e fracasso, que por sua vez originam uma tendência para o humor deprimido. Outros estudos Beck & Rosenberg (1986); Compass, Slavin, Wagner & Vannatta (1986), demonstraram que as (crianças) e adolescentes do grupo clínico (deprimidos) tendem mais do que os sujeitos do grupo de controlo a afundar-se em relações familiares tensas e a perceberem a falta de apoio dos pais, irmãos e colegas (cit in Weiner, 1995). Outra instigadora que defende esta linha sobre a educação é Canavarro (1999), pois esta através da sua análise reforça a influência dos estilos educativos parentais dos pais na saúde mental dos filhos quando adultos. Uma vez que encontrou uma associação entre as práticas educativas de ambos os pais caracterizadas por menor suporte emocional e a depressão na idade adulta. Já no que respeita à associação entre práticas parentais de rejeição ou sobreprotecção e depressão, não foram encontradas correlações. Segundo esta autora, diversos investigadores mencionam a influência da incongruência e discrepância entre o pai e a mãe na saúde mental do filho. Posto isto, percebemos que os resultados anteriores

apontam na globalidade para que, o déficit do apoio ou suporte emocional percebido em ambos os progenitores durante a infância e adolescência parece ser factor de risco para as perturbações depressivas na adolescência e até mesmo na idade adulta.

1.4.2. Implicações Gerais dos Estilos Educativos Parentais

Muitos estudos realizados por alguns autores, Collins e Kuczaj (1991) concluíram que os estilos educativos parentais têm um grande impacto no desenvolvimento psicológico das crianças e adolescentes. Para G. Watson as práticas educativas têm consequências marcantes ao nível do carácter das crianças, o que significa que filhos educados em ambientes autoritários e dominadores têm tendência a ser conformistas, obedientes, tímidos e sem espírito de iniciativa. A importância do apoio prestado pela família foi investigada, sobretudo, em relação à adolescência e pré-adolescência, sendo que esta contribuiu para o desenvolvimento das competências físicas e pessoais sentidas pelos jovens. Desta forma, já existe uma vasta literatura sobre estilos educativos que reforçam que as competências da criança e jovens e a sua maturidade social dependem entre outros factores dos estilos educativos parentais. Por exemplo, *“um estilo controlador, mas que, ao mesmo tempo, transmita à criança afecto, calor e aceitação, pode ser um bom exemplo de estímulo de apoio ao filho. Este estilo contribui, também, directa e indirectamente, para o seu rendimento e motivação escolar, e proporciona-lhe a segurança e a confiança em si mesmo, bases para o desenvolvimento de relações adequadas com amigos e outras pessoas. Além disso, estes pais passam a ser modelos de competências relacionais para os filhos e ensinam-lhes estratégias úteis para a formação e manutenção de futuras relações sociais”* (Trianes, 2004: p. 53). Também Coopersmith e Baumrind concluíram que pais calorosos mas com uma disciplina firme geram nas crianças e nos adolescentes um elevado auto-conceito. Nesta linha, Brody e Schaefer consideram que os pais calorosos tendem a desenvolver nos filhos uma alta auto-estima (1957; 1967, 1977; 1982, cit in Oliveira, 2002). Ainda relativamente às implicações, existem estudos que analisaram a relação entre os estilos educativos parentais e o sucesso escolar dos filhos (Grolnik e Ryan; Steinberg e Veiga)

estes autores concluíram que um estilo mais democrático favorece a realização escolar, directa ou indirectamente, através da promoção de uma maior capacidade de realização e de um melhor auto-conceito (1989; 1988; 1989, cit in Oliveira, 2002). Para outros autores os estilos educativos dos pais não têm apenas repercussões no desenvolvimento da personalidade dos filhos mas também no seu comportamento social. Pois Dekovic & Janssens (1992) através de um estudo concluíram que as duas dimensões do comportamento maternal e paternal “democrático” e “autoritário” parecem ser preditivas do comportamento social e do estatuto sociométrico (mais populares ou mais rejeitados) dos filhos. Sendo que, enquanto os pais das crianças populares adoptam primordialmente um estilo educativo democrático, os pais das crianças rejeitadas usam fundamentalmente um estilo autoritário. Estes autores, defendem que é o estilo democrático que desenvolve na criança um melhor comportamento social. Também de acordo com Oliveira (1994), o desenvolvimento global da personalidade dos filhos em grande parte depende dos estilos educativos parentais que os pais adoptam. Pois a família contribui antes de mais para um clima adequado de segurança e de auto-aceitação da criança, isto é, proporciona um conjunto de condições para um bom desenvolvimento afectivo, facilitando um desenvolvimento coerente e estável, criando assim, um clima de auto-aceitação que depende do modo como a criança é aceite no seio da família. Este autor salienta que a investigação centrou-se no binómio bipolar “*amor vs hostilidade*”, assim, Becker (1964) explica que a dimensão afectiva “*amor*” é entendida como compreensão, aprovação, uso frequente de louvor e de explicações, uso moderado de castigos, técnicas carinhosas de disciplina, ao contrário da dimensão “*hostilidade*” em que é frequente o uso de técnicas de “*poderio*”. Este autor cita também outros estudos que indicam que a tolerância, combinada com a hostilidade, aumenta a agressividade e o descontrolo comportamental, podendo gerar jovens delinquentes, enquanto a severidade combinada com a hostilidade leva mais ao retraimento social, à ansiedade e à auto-agressão. Também de acordo com Baumrid e Steinbeg et al. (1991;1994, cit in Born, 2005), o estilo educativo democrático é mais vantajoso, ao passo que o estilo negligente é aquele que produz mais condutas marginais. Outros autores debruçaram-se sobre as implicações dos estilos educativos parentais no locus de controlo dos filhos, assim, concluíram que, há uma maior

influência na externalidade do que na internalidade, ou seja, que uma má atmosfera familiar e uma educação demasiado rigorosa pode promover uma crença de controlo externo dos reforços, enquanto uma boa atmosfera educativa tem menos influência no controlo interno da situação (Vaz Serra, 1987, cit in Oliveira, 1994). Ainda a respeito das consequências das atitudes dos pais no futuro dos filhos, segundo Sears et al. (1957), os filhos de pais hostis são mais inclinados para a dependência. Por outro lado, Baldwin (1955) já afirmava que a aceitação e o calor afectivo tornam os jovens socialmente adaptados, cooperadores, amistosos, leais, emocionalmente estáveis e alegres (cit in Oliveira, 1994). Neste sentido, e após constatar-mos os resultados dos estudos destes investigadores a respeito da influência dos estilos educativos parentais nas várias áreas do desenvolvimento e aspectos da vida dos filhos, percebemos claramente as implicações que estes têm no desenvolvimento psíquico e na saúde mental dos jovens.

1.5. Recursos Familiares: Recursos Internos da Família / Orgulho e Entendimento Familiar

Diversos investigadores procuraram identificar os recursos que possibilitam às famílias lidar com o *stress*. Angell (1936); Cavan (1938) e Koos et al (1946), apontam como recursos familiares mais importantes, os seguintes factores: Orgulho Familiar, Apoio familiar, Coesão, Adaptabilidade, Comunicação, Religião e Apoio Social. Estes autores, através dos seus estudos pioneiros nesta área, dividiram os recursos familiares em duas categorias, sendo a Coesão e a Adaptabilidade. Já Pollack & Young (1953; 1963) consideram que os recursos familiares são qualidades que ajudam a estabelecer boas relações conjugais e familiares. Posteriormente, Otto (1980) referiu a importância das dimensões de Apoio Familiar e Coesão. Por sua vez, Stinnet e Saur identificaram as características das famílias saudáveis através das seguintes dimensões: bons padrões de comunicação, passarem tempo juntos, elevado grau de religiosidade, saberem lidar com as situações difíceis, forte sentimento de pertença à família e mostrarem uma consideração genuína pelos outros membros. Desta forma, o conceito de recursos familiares mostrava-se tão abrangente que dificultava a sua operacionalidade.

Mais tarde, Mc Cubbin, Joy et al (1980) identificaram quatro grandes tipos de recursos: Recursos Pessoais – dizem respeito à componente financeira, educativa, de saúde e psicológica de cada indivíduo; Apoio Social – refere-se à informação trocada a um nível interpessoal que fornece apoio emocional e estima; *Coping* – é a variável intermédia ou “competências para lidar com” e por fim Recursos Internos do Sistema Familiar – que dizem respeito à capacidade da família para prevenir que acontecimentos indutores de *stress* possam descompensar o sistema familiar. Posteriormente, foram Olson et al (1982) que operacionalizaram o conceito de Recursos Familiares, limitando estes a um conjunto de atributos familiares que compõem os “pontos fortes” (strengths) do sistema familiar. Mas, antes de Olson, Davis operacionalizou a variável Orgulho Familiar, compreendida pelos Recursos Familiares, esta englobava diversos atributos familiares, tais como: Lealdade, Optimismo e Confiança na Família. Voltando aos trabalhos de Olson et al, estes consideraram também o Entendimento Familiar como outra dimensão dos Recursos Familiares, sendo esta explicada como, o sentimento de capacidade para cumprir tarefas, lidar com problemas e “dar-se bem” de uma forma geral com a família (cit in Canavarro; Serra et al, 1993). Posto isto, estes estudos mostram-nos que não é de hoje a preocupação e a pertinência de perceber e explorar a importância de todo um conjunto de interações e atitudes parentais (recursos familiares) para o sucesso da educação dos jovens, sendo este actualmente um problema que marca a nossa sociedade e que nos coloca desafios diariamente.

Desta forma, também Canavarro; Serra et al. (1993) através de um estudo sobre recursos familiares e perturbações emocionais, colocaram uma questão pertinente: Qual a contribuição dos recursos familiares para a saúde mental dos elementos de uma família? Estes autores referiram que Mc Cubbin e Patterson (1983) conceptualizaram um modelo designado por Duplo Modelo ABC-X da Teoria de *Stress* Familiar, sendo que neste, os recursos familiares assumem um papel importante na forma das famílias como um todo e dos seus membros que lidam com o efeito cumulativo de acontecimentos indutores de *stress*, tensões e dificuldades com que se vão deparando. Neste modelo é reforçado o processo de lidar com o *stress* e com a mudança, implicando o equilíbrio entre as exigências da vida e os recursos existentes. Para Trianes (2004: p. 59) “entre os

diversos tipos de agentes de stress poderíamos dizer que há uns que estão associados à privação de estímulos necessários ao desenvolvimento, e outros relacionados com factos naturais, como o nascimento de um irmão, ou a morte de um dos progenitores. Existe também, o stress provocado por problemas graves que afectam a forma e a função da família, como o associado ao divórcio dos pais, a maus tratos, ou ao presenciar de violência familiar (...) psicopatologia de um dos progenitores, e problemas económicos e sociais da família". De acordo com Jesus (2000: p. 234) "*O conceito de stress é muitas vezes confundido com factores de stress. No entanto, a existência destes factores não implica a ocorrência de stress no sujeito (Schonfeld, 1989). Esta concepção equivale a considerar que a existência de factores de stress não deve necessariamente ser interpretada de forma negativa (Martinez, 1989). Pois devemos distinguir entre distress, enquanto má adaptação do organismo a esses factores, e eustress, como optimização do funcionamento adaptativo perante acontecimentos problemáticos que constituem um desafio para o sujeito (Esteve, 1992; Vila, 1988^a). Neste sentido, pode ser positiva a existência de algum stress ou tensão, pois dinamiza o sujeito para a acção (Latack, 1989)*". Este autor refere também que as diferenças individuais relativamente ao nível de *stress* influenciam o indivíduo nas diferentes interpretações de situações ou acontecimentos. Ou seja, enquanto que para alguns indivíduos, uma determinada situação é encarada como uma ameaça, para outros, essa mesma situação poderá ser encarada como um desafio. Assim, o autor explica que potenciais situações de *stress* só representam um problema para o indivíduo se este não conseguir lidar adequadamente com elas, isto é, não utilizar estratégias de *coping* eficazes para as gerir, podendo assim, tornar-se ameaçadoras as situações inicialmente percebidas como um desafio. Desta forma, considera-se um problema (exaustão) quando o nível de *stress* é muito elevado ou prolonga-se por um período de tempo longo (Kyriacou, 1987; Latack, 1989), sendo o indivíduo incapaz de manter respostas adaptativas, não conseguindo assim reduzir a intensidade ou a duração dos estímulos desencadeantes, o que conduz à hiperactividade do funcionamento do organismo durante bastante tempo, resultando em *distress* (Dunham, 1992; Esteve, 1992; Vila, 1988^a, cit in Jesus, 2000). Através desta interpretação do conceito e funcionamento do *stress*, percebe-se a importância da

qualidade dos recursos familiares para o bem-estar dos elementos da família, pois uma das dimensões importantes da família é a capacidade de utilizar estratégias de *coping* para lidar com o *stress* familiar que é hoje tão frequente devido às numerosas e complexas situações da sociedade actual.

Neste sentido, e através do estudo atrás referido, os autores relacionaram os recursos internos da família com a existência de perturbação emocional num dos membros da família. Os resultados que obtiveram revelaram que indivíduos com bons recursos internos do seu sistema familiar, tendem a ter melhor saúde mental do que aqueles que possuem piores recursos familiares. Foi então comprovado que este facto acontece, tanto no que toca ao orgulho como ao atendimento familiar. Estes autores salientam que os resultados deste trabalho reforçam o importante papel desempenhado pela família na saúde mental do indivíduo. Explicam ainda que, sendo a família um sistema, deve ser considerada como um todo. Neste sentido, se um elemento da família sofre qualquer modificação, esta será sentida por toda a família, por outro lado, um sujeito com um comportamento desajustado ou disfuncional, pode ser o “reflexo” de um sistema familiar que funciona mal. Outro dos contributos que este estudo revelou, foi demonstrar a importância da percepção na saúde mental, pois as dimensões que compõem os recursos familiares (Orgulho e Entendimento) são atributos, pelo que dependem do modo como o sujeito percebe a sua família. Para este facto, os autores fazem referência ao “*princípio da variabilidade das realidades subjectivas*” de Watzlawick (1976), que tem a seguinte definição: “*não temos nenhum vínculo à realidade intrínseca mas unicamente a imagens da realidade que se nos impõem como uma representação evidente da realidade. Como a representação evidente da realidade. Pensamos, normalmente, que a nossa imagem do mundo é a única possível mas há de facto uma infinidade de outras*” p.90. Também segundo Bernard , 1992; Gonzalez & Padilla, 1997; Schoon, Parsons & Sacker, 2004; Wang, Haertel & Walberg, 1997, 1998, 1999; Werner & Smith, 1982, 2001 (cit in Martins, 2005), diversas investigações apontam a qualidade das relações estabelecido, os estilos educativos e disciplinares, o acompanhamento dos pais e a coesão familiar têm demonstrado elevadas correlações com uma boa saúde mental e comportamentos ajustados nas crianças e jovens

Também Faria (2000) se interessou por este tema, sendo que, através do seu trabalho de investigação que realizou no âmbito da sua Tese de Doutoramento em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde, estudou os recursos familiares. Mais especificamente, ao estudar algumas das dimensões de saúde e bem-estar subjectivo numa população “saudável” constituída por 922 indivíduos, distribuídos por duas amostras (A1=132 e A=790), de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 17 e os 59 anos, esta investigadora encontrou alguns indicadores de bem-estar psicológico, permitindo assim, um melhor conhecimento sobre a origem da satisfação da vida das pessoas; a importância da expressão das suas emoções positivas o contributo dos processos de comunicação de saúde (intra- e inter- individuais). Chegou também a algumas trajectórias e informações pertinentes para uma melhor orientação de saúde na prática psicológica, nomeadamente, nas actividades de prevenção do risco, promoção de saúde, educação para a saúde e de intervenção para o melhoramento do bem-estar subjectivo das pessoas. Pois através da análise das estatísticas descritivas, a maioria dos indivíduos da amostra A2 destacaram a prioridade das fontes de satisfação, sendo as seguintes: Em primeiro lugar situou-se a “saúde”; em segundo a “vida em família; em terceiro o “casamento/namoro”; em quarto o “emprego”; em quinto a “situação financeira”; em sexto a “amizade”; em sétimo a “habitação”; em oitavo o “projecto de vida”; em nono a “educação/formação”; em décimo as “relações sociais” e finalmente em último lugar situaram-se as actividades de lazer. Como base nesta análise, a autora concluiu que os sujeitos atribuem um valor relevante à saúde, ao relacionamento familiar e ao relacionamento afectivo íntimo nas suas vidas, sendo que, o factor económico ou o apoio instrumental são menos valorizados como fontes de satisfação. No que respeita ao lazer, a investigadora refere que *“podemos inferir que neste caso, os indivíduos não o consideram importante para o seu bem-estar (...) as actividades de lazer não são assim tão determinantes para o estilo de vida equilibrado”* p. 400. Quanto ao apoio social expressivo e instrumental, os resultados deste estudo demonstraram que este está em sintonia positiva com a aceitação/rejeição social, orgulho familiar e os recursos familiares. Ao contrário, numa direcção negativa, com o desentendimento familiar, o controlo de outros poderosos e a sorte. Através destes resultados, a autora reforça a

importância das relações humanas no progresso positivo da vida dos seres humanos, quer ao nível da comunicação intra-individual e da comunicação inter-individual. Salienta ainda, a dinâmica estabelecida na vida quotidiana, entre o apoio social percebido pelo sujeito e a qualidade do relacionamento familiar, pelo que, reafirma a importância do valor da família, ao longo da vida dos humanos.

CAPITULO 2 – ADOLESCÊNCIA – INTERACÇÃO COM A FAMÍLIA

“... A adolescência constitui, por definição, uma interrupção no crescimento pacífico e assemelha-se, na aparência, a uma série de outras perturbações emocionais e revoluções estruturais... A manutenção de um equilíbrio estável durante o período da adolescência é anormal em si mesma”

A. Freud, 1958

2.1. Adolescência e suas Turbulências

A palavra adolescente significa em latim “crescer” e indica um período de mudanças. De acordo com Silva (2004), o início da adolescência é discutido por vários especialistas, no entanto, não existe um consenso. Contudo, esta autora refere que segundo Cordeiro (1997), este período vai desde os 10 anos aos 19 anos, para outros o início começa aos 11 anos e finaliza com a entrada no mercado de trabalho. Assim, parece que não podemos delimitar este período de desenvolvimento de uma forma rigorosa. Importa pois, entendê-lo como um espaço de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por relevantes alterações, biológicas e psicológicas. Segundo Sprinthall & Sprinthall (1993: p. 151) *“A adolescência, cuja questão central é a identidade versus a difusão, é talvez o estágio de Erikson mais famoso. As mudanças que ocorreram na adolescência conduzem a uma transformação fundamental em termos de desenvolvimento pessoal (...) A puberdade marca, obviamente, um grande afastamento qualitativo do passado. Mudanças desta magnitude nas áreas cognitiva e fisiológica criam por si uma mudança psicológica substancial. (...) Não se foge à verdade quando se afirma que, de todos os estágios de desenvolvimento pessoal, a adolescência é o mais radical. Tudo gira à volta da mudança”*. Também para Correia e Alves (1990, cit in Silva, 2004) a adolescência é considerada como um período que implica crise e mudança, situando-se entre dois pólos importantes: sendo por um lado a “dependência” (protecção) e por outro a “independência” (autonomia). Neste sentido, as características desta fase, prendem-se com as contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, e ainda a procura de identidade e autonomia. Pois sabemos que nesta etapa de desenvolvimento, o adolescente depara-se com um rápido crescimento, a puberdade que proporciona mudanças biológicas,

fisiológicas e cognitivas que lhe vão oferecer condições e sentimentos que o preparam para enfrentar a vida. Assim, a adolescência começa, com as transformações pubertárias e termina com a construção da identidade e elaboração de um projecto de vida. Segundo Braconnier & Marcelli (2002) a adolescência é uma fase em que os valores estão estritamente ligados à afectividade. É no período da adolescência que se começam a delinear as orientações que, no futuro, vão servir de horizontes para o adulto, definem-se projectos sociais, objectivos e metas. É nesta fase que se começa a construir uma orientação para determinados valores, que irão constituir a identidade pessoal. Neste sentido, de acordo com Weiner (1995) o conceito de “crise de identidade” da autoria de Erik Erikson (1956, 1963) diz respeito às tarefas de desenvolvimento e dos riscos que os indivíduos enfrentam nas diferentes fases da vida. Assim, na adolescência, os desafios da formação de uma identidade levam o jovem muitas vezes a ter comportamentos inconscientes e desajustados, de modo a que os distúrbios e a aparente psicopatologia se tornam características normativas do desenvolvimento adolescente.

O termo “crise” também é utilizado quando se fala da “crise da adolescência”, que segundo Boisvert (2006) é uma *“perturbação passageira do comportamento, mal-estar interior, conflito com os pais”* p. 30. Contudo, o autor acrescenta que a adolescência não é propriamente uma doença, quanto muito, poderá complicar temporariamente o quotidiano do adolescente. Este conceito de crise é explicado como *“uma mudança brusca e voluntária que implica modificações sensíveis nos comportamentos, nas formas de pensamento, nas relações e emoções do vosso adolescente”* p. 30. Já Freud (cit in Flaming, 2005) considerava a adolescência como um período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados, para ele, esta turbulência significava uma experiência inevitável para qualquer pessoa. Estava convicto de que as dificuldades associadas ao desenvolvimento biológico teriam lugar num momento próprio, no qual o indivíduo não exercia qualquer controlo. Sendo que, seriam as alterações ambientais, assim como as mudanças nas relações sociais, que contribuíam para as dificuldades sentidas durante a adolescência. Por outro lado, Matos (2002) refere que a vida é conservação e mudança, estabilização e progresso, logo, a estabilidade conduz à estagnação ou mesmo à regressão. Ou seja, a vida é um

desequilíbrio á procura do equilíbrio, ou um equilíbrio instável. Seguindo este raciocínio, o adolescente não para de mudar de interesses, ocupações, relações de amizade e/ou amorosas. Pois, segundo Braconnier & Marcelli (2000) este tem uma necessidade constante de se mexer, não conseguindo ficar quieto. Esta instabilidade pode predominar num sector específico: físico (instabilidade motora), afectivo (instabilidade de humor), intelectual (instabilidade de atenção e concentração). Neste contexto, o adolescente procura um objecto de satisfação, que quando é obtido deixa de ter interesse e é relativamente desvalorizado, a procura centra-se então num outro objecto que supostamente lhe proporcionará a tal satisfação e prazer.

De acordo com Vallejo-Nágera (2003), o adolescente passa por um período de introspecção e interacção com pessoas da sua idade. Esta introspecção provoca-lhe angústia e insegurança pois só consegue ver os seus defeitos, no entanto, procura intensamente algo que lhe prove o contrário. Frequentemente isola-se dos adultos que até então conduziram a sua vida: pai, mãe, avós, professores e, até por vezes sente vergonha destes, expressando frases como: “Pai, porque tens de assoar o nariz dessa forma tão ridícula?” ou “Mãe! Gorda como estás não vais vestir isso!”. Assim, segundo Fleming (2005) o adolescente sente-se atravessado por forças que o puxam em sentido contrário, de um lado o desejo de ficar no espaço de protecção da família e manter a sua vinculação aos pais e de outro lado, o desejo de partir e de aumentar os comportamentos de exploração fora do controlo parental. Esta autora remete-nos para a ambivalência do adolescente que por um lado continua a necessitar das orientações e pontos de referência parental, mas por outro lado, necessita de alguma “distância” dos pais, pois só assim, poderá gradualmente construir a sua autonomia e crescer enquanto pessoa. Na mesma linha, Boisvert (2006) refere que na turbulência da adolescência, o jovem é confrontado com os próprios fundamentos da sua personalidade, o que, o induz a experimentar humores variáveis e que o suscita a comportamentos novos e desestabilizadores. Contudo, a família permanece como o seu ancoradouro principal, pois segundo esta autora, o adolescente teceu na família as suas primeiras amarras relacionais e, ainda que a tempestade pubertária faça estragos, ainda que ele próprio sacuda o cordame que o acompanha e o conduz aos cais, a sua necessidade de estabilidade, desta terra firme que

a família simboliza, é tão importante e necessária quanto o seu desejo de se aventurar para longe, de voar para lugares desconhecidos e idealizados. Também Braga (1994) refere que para o adolescente tomar as suas opções e preferências de valores terá de ser capaz de emitir juízos de valor perante diversas situações, acções e pessoas. No período da adolescência, o jovem adquire o raciocínio hipotético-dedutivo que lhe vai permitir ultrapassar a aceitação passiva de normas sociais, direccionando o seu pensamento para formas mais abstractas, o que lhe concede a possibilidade de construir modelos ideais e de se identificar com os pensamentos e modelos dos outros. É o desenvolvimento do raciocínio moral, que ocorre na adolescência, e a independência da família acompanhada por uma maior autonomia que, entre outros factores, levam a que o adolescente interiorize e faça a sua escolha de valores.

2.2. Estilos de Vida dos Adolescentes e Comportamentos de Risco

Actualmente fala-se muito em estilos de vida saudáveis, no entanto, sabemos que são ainda muitos os que adoptam estilos de vida pouco saudáveis. Pois bem, os estilos de vida estão efectivamente ligados à saúde, considerando os factores exteriores, tais como, a alimentação, a actividade física, o hábito de fumar ou não, o uso e abuso de álcool/drogas, a actividade sexual (des)protegida, entre outros, como potenciais influenciadores de um desenvolvimento integral saudável. Assim, a aquisição de muitos dos comportamentos e hábitos que formam um estilo de vida determinante para a saúde na idade adulta, têm início durante a infância e adolescência, através da própria educação e da observação dos pais enquanto modelos, assim como do grupo de pares em particular na adolescência. Sendo que muitos factores são susceptíveis de influenciar os comportamentos dos adolescentes, factores de natureza individual: auto-conceito, auto-estima, depressão, *stress*, locus de controlo, e factores socioculturais: a família, a escola, o grupo de pares, as actividades de ocupação de tempos livres, entre outros.

De acordo com Marcelli & Braconnier (2005) existe uma forte correlação entre a manutenção e a continuação de uma escolaridade, por um lado, e a existência de dificuldades na adolescência. Sendo que algumas destas dificuldades estão relacionadas

com a qualidade dos estudos. Assim, os atrasos e o absentismo escolar frequente, a exclusão e a interrupção da escolaridade representam sempre factores de risco maiores para a saúde física e psíquica dos adolescentes. Sendo claro que essa exclusão e ruptura são sintomas da perturbação e do mal-estar e não a causa da patologia posterior. Neste sentido, um estudo de Choquet (1988, cit in Marcelli & Braconnier, 2005) revela que os alunos com escolaridade com vertente profissionalizante (escolas profissionais) têm mais comportamentos de risco, de consumo de álcool, de lutas, tendo também mais problemas de saúde apesar de frequentarem menos o médico. Estes dados também são encontrados numa população de desempregados ou fora da escolaridade de adolescentes ou adultos jovens. Logo, dos 1031 jovens entrevistados em percurso de inserção: 42% tinha problemas de sono; 32% tinha problemas alimentares; 60% fumava muito; 30% bebia muito; 29% já consumiram uma droga; 32% achavam-se “deprimidos”; 38% já pensaram no suicídio e 17% já fizeram uma ou mais tentativas; 10% das raparigas sofreram uma interrupção voluntária de gravidez, finalmente, 13% não tinham qualquer protecção social e 41% desistiram “alguma” ou “várias vezes”, de se tratarem devido aos custos.

Fora da escola, o adolescente reparte o seu tempo entre a vida familiar e os seus próprios tempos livres ou actividades. Pois segundo Braconnier & Marcelli (2000) uma grande maioria (70,5%) acha a vida familiar agradável e descontraída (o que significa também que cerca de 30% acha a vida familiar difícil, tensa ou muito tensa). Contudo, os adolescentes preferem as saídas entre si às saídas com os pais, principalmente a partir dos 15-16 anos. Fora da família, o tempo dos adolescentes divide-se pelas actividades de grupo (colegas, grupos e praticas desportivas ou culturais e colectivas), pelas actividades mais individuais (televisão, leitura, jogos de vídeo, etc.) e pelas relações afectivas (amizades e relação amorosa, etc). De acordo com estes autores uma grande maioria de adolescentes declara ter muitos colegas (67,4%) e sair muitas vezes com outros jovens (65,7%). É com os colegas ou amigos que falam mais facilmente os problemas sentimentais (62,3%) ou sexuais (41,3%). Falam também, entre si da sexualidade, do consumo de tabaco, do álcool, da droga e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Relativamente ao tempo passado em actividades diversas, a investigação dos

autores revelam, que a televisão surge em primeiro lugar (83,2%) vêm-na com frequência, seguida da prática desportiva (60,3%) praticam desporto fora da escola e consagram-lhe em média cinco horas e meia por semana, do cinema (44,5%), da leitura de livros ou de revistas (44%) dos jogos de vídeo (43%) e da prática de música (21%). Quando saem, vão muitas vezes ao café (21,5%), à discoteca (18%) ou vagueiam sem ocupação pelas ruas (10%). Também McIntyre, Soares & Silva (1997), através dos resultados do estudo que realizaram com uma amostra de jovens portugueses, concluíram que, os hábitos alimentares dos jovens são saudáveis de uma forma geral, excepto no que respeita ao consumo de café e coca-cola. E os comportamentos de risco mais preocupantes foram, o consumo de álcool e de tabaco que excede algumas das médias Europeias.

Também para outros autores, apesar das necessidades nutricionais do adolescente serem específicas, são as influências de natureza psicológica, familiar e cultural as principais modeladoras dos consumos alimentares nesta faixa etária. O consumo de álcool por exemplo, em crianças e adolescentes constitui um problema grave, tanto mais que está na origem de baixo rendimento e abandono escolar, atitudes violentas, suicídios, homicídios, formas de mortalidade juvenil, passagem ao uso de substâncias ilícitas, e contracção de SIDA. No caso do tabaco, um número significativo de jovens, continua a iniciar o uso de tabaco na adolescência, merecendo o seu consumo atenção especial, pelas consequências adversas na saúde, a médio e longo prazo. A insatisfação generalizada do jovem relativamente ao seu presente imediato, acrescida da não perspectivação de um futuro animador, constitui factor determinante para o início do consumo de drogas ilícitas. A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/SIDA é actualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S), o problema de saúde de maior gravidade a nível mundial. Verifica-se que a maior parte dos casos de VIH/SIDA não ocorrem na adolescência, mas que alguns deles são contraídos nessa faixa etária. Sendo a maior parte dos comportamentos associados ao VIH de natureza interpessoal, logo esta e outras doenças só poderão ser combatidas através da promoção de comportamentos e atitudes sociais ajustadas e saudáveis (Boruch, Coleman, Doria-Ortiz, Girouard, Goodman, Hudson, Kraus, Maseru, Prothow-

Sith, Rugg, Stark, Stephens, & Sterling-Scott, 1991). Contudo, pode-se dizer que não há adolescência sem comportamentos de risco, pois alguns autores referem mesmo que os comportamentos de risco anseiam muitas vezes o prazer. No entanto, se devemos reconhecer a parte positiva da assunção de risco na sociedade, também devemos observar nalguns indivíduos um “estilo de vida” no qual os riscos parecem ser uma componente principal. Assim sendo, deve-se diferenciar o comportamento de risco enquanto procura de limites e o que pertence a uma procura de excessos (Marcelli & Braconnier, 2005). Pois quando se fala no comportamento de risco enquanto procura de limites, sabemos que o adolescente procura experiências e/ou limites. Na população adolescente a primeira resposta aos vários questionários de motivação relativos a uma atitude particular é frequentemente: “para fazer uma experiência”. Nesta perspectiva, os comportamentos de risco e os ritos iniciáticos não são estranhos uns aos outros. Na mesma linha, a procura de limites é uma componente fundamental da “crise da adolescência” na sua relação com o social. O adolescente utiliza esta estratégia para se testar, se conhecer e interiorizar os códigos sociais. No caso dos ritos iniciáticos o risco, quando existe, nunca é procurado por ele próprio, sendo uma parte de um comportamento cujo significado simbólico o ultrapassa. Habitualmente, uma vez que o rito iniciático foi cumprido, não se volta a repetir (Baudry, 1991, cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Neste sentido, convirá não propor analogias prematuras, já que os ritos iniciáticos são muito diferentes das assunções de risco enquanto procura de excessos caracterizada precisamente pela escalada e a repetição (Marcelli & Braconnier, 2005). Assim, podemos dizer que no comportamento de risco enquanto procura de excessos, o risco adquire um sentido diferente, pois pode revestir-se no apoio de uma excitação ameaçando o sujeito, numa luta contra uma vivência de vazio e de tédio, procura de sensações, projecção da angústia ou do mal-estar pessoal e/ou familiar, entre outros.

Desta forma, atendendo a diversas investigações epidemiológicas, fica claro como alguns jovens adoptam um “estilo de vida” feito de excessos, utilizando meios de transporte pouco seguros sem respeitar as regras (velocidade excessiva, sem capacete, sobrecarga de passageiros...), bebendo até à embriaguez, ouvindo música com uma

intensidade que ameaça o ouvido, tendo relações sexuais múltiplas sem protecção, indo para as discotecas até altas horas, roubando de forma repetida, entre outros. Estes comportamentos já não se prendem com o facto de terem uma experiência, mas sim “ir até ao fim”, “procurar o êxtase”, adoptando o caminho do excesso. Cerca de 5% e 10% dos adolescentes pertencem a este campo, o que representa uma percentagem significativa da população. Adianta-se ainda que, esta procura de excessos corresponde a uma perspectiva transnosográfica como é revelado pelos exemplos da anorexia mental ou da bulimia, pois tanto num caso como no outro é sempre o excesso que é procurado com uma constante transgressão do limite. Sendo esta razão que aproximou estas patologias aos comportamentos aditivos (Marcelli & Braconnier, 2005). Neste sentido, salienta-se que, quanto mais jovens mais fácil se torna mudar atitudes e comportamentos, sendo que estes não se encontram tão “enraizados”. Pois segundo Teixeira (2000: p.118) *“A finalidade principal da psicologia da saúde é compreender como é que, através de intervenções psicológicas, é possível contribuir para o bem estar dos indivíduos e das comunidades, o que inclui a consideração de factores psicológicos individuais mas ultrapassa-os largamente. Trata-se de integrar contribuições psicológicas específicas nos projectos de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestando cuidados psicológicos individuais (...) cuidados de saúde e cooperando com outros técnicos em projectos de humanização e qualidade”*. Assim, cada vez mais a Psicologia da Saúde deverá apelar à Educação para a Saúde dirigindo-se aos mais pequenos (crianças e adolescentes), e aos seus pais enquanto educadores.

2.3. Os Adolescentes e o Optimismo

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, optimismo é *“tendência ou disposição geral para atender sobretudo ao lado melhor das coisas; atitude de confiança na vida; estado de confiança relativamente ao futuro em geral ou ao futuro de uma coisa em particular (p. 717)*. Apesar desta definição, é difícil delimitar o optimismo de uma maneira rigorosa e formal, contudo, tal como a beleza, o bem ou o amor, é fácil identificarmos a sua presença em nós próprios e nos outros. De acordo com Faria (2000:

p. 315) “*O optimismo tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico*”. Esta autora refere ainda que, segundo Marshal, Wortman, Kusulas e Vickers (1992), “*o optimismo reflecte antecipação de acontecimentos positivos e deverá estar associado predominantemente com a extroversão e estados emocionais positivos. Por outro lado, o pessimismo pode ser visto como a disposição para esperar acontecimentos negativos, pelo que, constitui um prenúncio de neuroticismo ou de estados emocionais negativos (afectividade negativa)*” p. 316. A autora salienta também que “*no domínio da saúde, os indivíduos que têm uma visão favorável da vida estão em vantagem em relação aqueles que estão à espera de acontecimentos negativos, já que são capazes de fazer face ao stress e à doença, de realizar esforços para evitar os problemas, em quanto que os outros não (...)* os estudos têm revelado uma influência positiva do optimismo disposicional nos processos adaptativos suscitados pela doença (Sultan & Bureau, 1999, cit in Faria, 2000: p. 315).

Desta forma, sendo o optimismo uma dimensão tão importante da vida emocional, após uma longa etapa de latência, passou a estar integrado no mapa dos assuntos importantes das Ciências Sociais e Humanas e das decorrentes práticas Educacionais e Organizacionais. Pois a extrema necessidade de uma educação emocional preventiva e positiva como complemento ao ensino actual, evidencia-se claramente tendo em conta algumas das situações relacionais difíceis vividas em sociedades ditas desenvolvidas, tais como: a gravidez na adolescência, violência doméstica e escolar, divórcio como norma, depressão e suicídio, toxicodependência, *bullying*, insucesso escolar e outras realidades frequentes e mediatizadas. Numa sociedade onde as capacidades emocionais individuais, como a empatia, a tolerância à frustração, a identificação e regulação de emoções e o autocontrolo não são valorizadas, os problemas sociais multiplicam-se e tornar-se-ão incontroláveis.

Assim, segundo Bandura, o investigador que se destaca nesta área, “*A expectativa de auto-eficácia não diz respeito ao número de capacidades que você possui, mas sim àquilo que acredita que pode fazer com o que possui em circunstâncias diversas*” (1986, cit in Marujo; Neto & Perloiro, 2002, p. 34). No comportamento individual a expectativa

de auto-eficácia afecta directamente as acções que a pessoa decide levar a cabo, o empenho colocado nessas acções, a persistência face aos obstáculos e fracassos, a imunidade relativamente à adversidade, o *stress* ou satisfação sentidos e, finalmente, a qualidade dos resultados obtidos. As crenças da auto-eficácia desenvolvem-se a partir da vivência de experiências de sucesso e da comparação do nosso desempenho com o dos outros, perante uma mesma situação, logo, será importante treinar uma atitude optimista para conseguir acreditar nas nossas capacidades. Como tal, a investigação científica comprovou que a auto-eficácia mostrou estar associada, entre outros aspectos, a bons resultados académicos, maior competência na aprendizagem e imunidade relativamente à ansiedade (Marujo; Neto & Perloiro, 2002). Também de acordo com Aspinwall & Taylor (1992, cit in Silva, 2006: p. 4 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus) “*os alunos com maior nível de optimismo aquando da entrada na universidade apresentavam menor nível de distress psicológico no final do semestre, mesmo quando controlado o nível de auto-estima, locus de controlo, desejo de controlo, e humor*”. Nesta perspectiva, quer a escola quer a família, desempenharão um papel determinante na auto-eficácia ou optimismo dos jovens, pois as suas vivências e experiências de sucesso ou insucesso passam pelas relações interpessoais e afectivas que estabelecem com estas entidades. Ou seja, passa pela compreensão, tolerância, respeito, apoio e aceitação percebidos ou sentidos pelos adolescentes.

Desta forma, quanto à experiência social, tema central da vida em comunidade, os optimistas colhem melhores frutos da vivência colectiva, pois são mais sociáveis e têm mais amigos. Assim, estabelecer, desenvolver e manter relações com os outros é algo permanente, indispensável e estruturante para os indivíduos. Ter estabilidade emocional significa, amar e sentir-se amado, desejar e ser desejado, escutar e ser escutado, valorizar e ser valorizado. Pelo que, parece importante melhorar os padrões relacionais, dado que esta melhoria se reflecte na nossa vida pessoal e profissional. Por outro lado, as pessoas pessimistas tendem a isolar-se socialmente, o que pode ser um risco para a sua saúde mental e física. Também, pessoas com um estilo explicativo pessimista têm mais dificuldades em ver e pensar de uma forma confiante, em si próprio

e nos outros. De acordo com alguns estudos, membros de uma determinada família tendem a ter níveis semelhantes de pessimismo ou optimismo (Marujo; Neto & Perloiro, 2002). Neste sentido, parece claro que aprendemos a ser optimistas ou pessimistas com aqueles que nos são próximos, o que constitui um desafio para todas as famílias no sentido de fomentarem o optimismo no desenvolvimento de crianças e jovens. Também Cury (2005) defende que educar é acreditar na vida, mesmo que derramemos lágrimas. Educar é ter esperança no futuro, mesmo que no presente os jovens nos decepcionem. Mas de acordo com Marujo; Neto & Perloiro, (2002, p. 18) “*Se os adultos vivem globalmente insatisfeitos e infelizes, tensos e desanimados, se não se sentem saudáveis, se vivem desconfiados dos seus parceiros, colegas e vizinhos e preocupados com o futuro, e se na relação educativa com filhos e alunos têm valores que podem ser considerados negativos, como conseguem passar aos mais novos mensagens de alegria, esperança, crença em si mesmos e no futuro?*”. Pois de acordo com estes autores, uma investigação que envolveu 2209 crianças e jovens portugueses de ambos os sexos, do 3º ao 9º ano de escolaridade, demonstrou que muita da desesperança, negativismo e mal-estar dos inquiridos estava associada às experiências escolares e à extrema pressão para o sucesso. Os resultados demonstraram ainda que algumas escolas provocam mais depressão nos seus alunos do que outras, indicando que há factores relacionais e comportamentais com grande influência nos educandos. Num estudo realizado por Kelloniemi, et al. (2005), os autores verificaram que um baixo nível de optimismo parece estar relacionado com a adopção de hábitos não saudáveis, nomeadamente, ao nível da alimentação, tabagismo e ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (cit in Silva, 2006 - Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por Leal, Pais Ribeiro e Jesus).

Neste contexto, as graves e reais preocupações relativas ao futuro escolar e profissional de crianças e jovens justificam a excessiva relevância que professores e pais atribuem ao sucesso escolar, relegando para segundo plano o desenvolvimento pessoal, emocional e relacional. As consequências desta excessiva preocupação e pressão são tremendas. A sobreposição entre valor pessoal e sucesso leva às crianças e adolescentes uma mensagem de que valem aquilo que conseguem produzir ou atingir, em particular

em termos escolares. Se não estiverem ao nível das expectativas e falharem, então não merecem ser amadas e, no extremo, a sua vida não tem valor. Então, perante esta cultura de apatia, de desesperança e dos actuais problemas sociais, a “contracultura” dos adolescentes pode surgir como uma resposta inevitável ao mal-estar geral. Uma vez longínquas, as perspectivas positivas de futuro e o envolvimento em comportamentos de risco não saudáveis passam a fazer sentido para os jovens. Pois é certo que é na família e na escola que as crianças e os jovens encontram os modelos que mais os marcam e definem. Esta extrema responsabilidade tem sido vivida pelos educadores como um fardo pesado que se transforma em ansiedade, culpa e frustração (Marujo; Neto & Peloiro, 2002). Desta forma, deve-se tomar em consideração o lado positivo e a relevância desse impacte, para que conscientemente se decida o que se deseja transmitir aos jovens de hoje.

Peterson, Seligman & Vaillant afirmam que o optimismo influencia a saúde. Também Peterson & Bossio através de um estudo, verificaram a existência de uma relação entre saúde física e estilos explicativos em 172 estudantes. Estes jovens responderam a três questionários, um media o optimismo, outro media sintomas depressivos e outro ainda pedia que os estudantes descrevessem todos os episódios de doença que tinham tido nos trinta dias anteriores. Os inquiridos foram contactados por carta após um ano, sendo de novo questionados sobre o número de vezes que tinham estado doentes e sobre o número de idas ao médico por motivo de doença. Os resultados mostraram que os jovens com estilos explicativos optimistas tinham estado menos vezes doentes no período de um mês após a resposta aos questionários, e tinham recorrido menos vezes ao médico no período de um ano (1988; 1993, cit in Marujo, Neto & Perloiro, 2002). Estes últimos autores partilham esta opinião, defendendo que o optimismo pode-nos ajudar na saúde, prevenir a doença, recuperar mais rapidamente quando temos problemas de saúde ou ainda ser uma mais valia para lidar melhor com uma situação de doença, nossa ou de alguém que nos é próximo. Estes partem do princípio que o optimismo traz mais saúde mental e física e maior felicidade, e que conjuga uma maior perspicácia com uma forte estrutura psíquica para aguentar os embates da vida. Assim, o bom educador tem a responsabilidade moral de se educar e de

educar os jovens para o optimismo, preparando-os para enfrentar as adversidades e desilusões comuns da fase adolescencial que atravessam. Essa tremenda responsabilidade advém do facto do seu próprio optimismo ou pessimismo, e das atitudes que tem perante si, os outros e a realidade em geral, não terem apenas impacto sobre a sua própria vida, mas também sobre os seus educandos (Marujo, Neto & Perloiro, 2002). Neste sentido, a educação para o optimismo, tem como base, proporcionar aos jovens algo verdadeiramente agradável e não meramente suportável. Enquanto, educadores os pais devem transmitir que as energias e potenciais individuais podem ser usados de forma mais intensa e revitalizante, os projectos devem ser mais determinados, conscientes e firmes, o controlo sobre a vida deve ser mais sentido e vivido. Reforçando que através do optimismo, os nossos ideais podem ficar mais próximos e ser progressivamente conquistados, a nossa saúde física e mental pode melhorar, as nossas relações com os outros podem ser mais satisfatórias, a nossa felicidade pode ser diariamente construída e ser mais expansiva, permanente e plena.

2.4. Relações Pais-Filhos

“As ligações entre pais e filhos (...) existem realmente, e é utópico não se querer ter em linha de conta a natureza e querer transformá-la a todo o custo”

Gal, 1980

«A unidade familiar continua a ser o mais eficiente mecanismo até agora engendrado para o cuidado e criação dos filhos, funções que ainda lhe são confiadas em todas as sociedades»

Linton, 1959

Para Born (2005) *“Uma família é essencialmente um lugar de comunicação, de trocas afectivas entre pessoas, da mesma geração ou não, que vivem sobre o mesmo tecto. Este lugar está institucionalizado e é reconhecido pelos outros como existente. (...) A família é o meio de base em que se desenvolve a personalidade das crianças, influenciadas pela sua interacção directa com os pais”* p. 74. Este autor deixa bem clara a ideia de que a família é a estrutura base para o desenvolvimento psicológico dos filhos. Por sua vez, Strecht (2003) vai mais longe, referindo que existe claramente a noção que,

na escala das referências exteriores para a construção narcísica do “eu” infantil, é na qualidade da relação afectiva entre pais e filhos que assenta a base mais importante. Segundo Eduardo Sá (2005) *“As pessoas guardam demais aquilo que se passa dentro delas (...) Porém, são assustadiças e, como sabes, insistem em fazer de crescidas (...) imaginam que a imaturidade para fazer quaisquer escolhas seja dos adolescentes. Nunca delas (...) As pessoas só se imaginam crescidas quando estão inseguras, o que acontece também contigo algumas vezes. É nessas alturas que esbracejam e se baralham. Como quando falam do amor como uma espécie de hormona do crescimento, esquecendo que não é verdade que o amor seja um sentimento (...) O amor é, antes, uma consensualidade de sentimentos (aquilo que duas pessoas que se comovem trocam sem precisarem de saber como ou porquê) (...) dei comigo a sentir que aquilo que falta à esmagadora maioria das pessoas crescidas, para não desistirem de crescer, será reaprenderem a escutar e a comover-se. Ou, se preferires, a moverem-se através daquilo que sentem, umas para as outras”* pp. 183 - 185. De acordo com Medeiros (2000, cit in Silva, 2004), a família com filhos adolescentes atravessa uma das crises normativas do seu desenvolvimento, sendo que, os movimentos de mudança co-evolutiva são necessários e notórios em todos os elementos da família e no sistema na sua globalidade, pelo que, esse sistema passa por uma adaptação estrutural que permite a continuidade funcional e organizacional. Também de acordo com Gammer & Cabié (1999) antes da família se confrontar com o início da adolescência do(s) filho(s), a sua estrutura encontra-se frequentemente estável. Posteriormente, de forma algo abrupta, esta família tem de delinear novas fronteiras, renovar papéis, proporcionar ao adolescente “partir e voltar”. Cada um dos seus elementos tem de encontrar um novo lugar, rever os seus investimentos no mundo exterior, pois a autonomização do adolescente é complementar à dos pais, pelo que, os filhos deverão deixar gradualmente de ser o centro da sua existência, pois, segundo estes autores, é altura de os pais modificarem a forma de serem pais. Neste sentido, quando se pretende estudar a população adolescente, parece-nos de extrema importância abordar o tema das relações “pais-filhos”. Esta relação tem sido abordada em diversas perspectivas ao longo do desenvolvimento das crianças e adolescentes. Em particular foram estudados os

primeiros anos de vida, observando a interação entre a criança e os pais, designadamente a mãe, como demonstram muitos estudos, por exemplo, sobre a vinculação (attachment). Bowlby foi um dos autores que melhor estudou a vinculação da criança com a mãe e as consequências da (des)vinculação. Os autores Bowlby & Ainsworth et al., distinguiram vários padrões ou estilos de vinculação (seguro, esquivo ou distante, ansioso ou ambivalente) e as consequências para o desenvolvimento psicológico da criança, concluindo que uma vinculação feita de segurança promove um óptimo desenvolvimento a todos os níveis (1969, 1973, 1980; 1978, cit in Oliveira, 2002). Segundo Born (2005) vinculação “*refere-se ao laço pessoal entre o indivíduo e, por um lado, as pessoas convencionais (isto é, os pais, os professores, os pares...) e por outro as instituições convencionais (isto é, a escola, o desporto...)*” p. 69. Este autor salienta que, o que efectivamente é importante na vinculação é a sensibilidade interpessoal. Refere ainda que, este laço tem início na primeira infância, onde a criança respeitará as regras impostas pelos pais, desde que seja também respeitada e esteja vinculada aos mesmos. Pois é o medo de perder o amor que a liga aos pais e que a fazem controlar-se, respeitando as regras da família. Mais tarde, já na “pele” de adolescente, este laço estende-se à relação com os pares e outros contextos sociais. De acordo com Boisvert (2006) “*a vinculação resulta de uma relação afectiva entre a criança e os pais, primeiro, e depois com qualquer pessoa significativa (avós, madrinha, ama, etc.)*” p. 95. Este autor defende que é nesta relação que a criança cresce e desenvolve-se, sentindo-se mais ou menos segura, de acordo com a forma como a pessoa significativa corresponde às suas necessidades. Assim, quanto mais se sentir segura mais capacidade tem para explorar o meio com confiança, em busca de novas aprendizagens. Outras das implicações determinantes da vinculação é na aquisição da auto-estima e de um Ego forte, pois estes contribuem para a formação de uma actividade psíquica elaborada. Deste modo, o autor realça a importância da qualidade da vinculação aos membros da família, explicando que esta promove uma construção sólida da personalidade da criança. Para além disso, o autor faz referência a um psicólogo americano Peter Blos que, mostrou que a dinâmica relacional que se estabelece na primeira infância é retomada no início da adolescência, como “segundo processo de separação-

individualização”. Neste sentido, o adolescente à semelhança do que já viveu nos seus primeiros anos, precisa de se afastar do seio familiar, também para explorar o mundo exterior, mas desta vez, de formas diferentes, como por exemplo: sair com amigos, praticar desportos radicais, relacionar-se amorosamente, trabalhar ao fim-de-semana, etc.. Assim, e também de acordo com o autor, torna-se fundamental assegurar ao adolescente a mesma flexibilidade e o mesmo enquadramento que recebeu no seu primeiro processo de “separação-individualização”. Pois ao sentir-se capaz de se afastar e de realizar novas aprendizagens, tendo em simultâneo a sensação de tranquilidade e de poder sempre voltar ao seu ponto de ancoragem (vinculação), ou seja ao seu lar (família), a tarefa parental de estabelecer limites ficará facilitada, na medida em que, os jovens poderão protestar mas, ao mesmo tempo sentem-nos seguramente como securizantes. Tal como Pollack e Grossman (cit in Oliveira, 2002, p. 123) afirmam, são muitos os estudos que provam a *“decisiva importância para o desenvolvimento integral da criança que provém da simbiose ou ligação entre pais e a criança desde os primeiros momentos de vida. A sua ausência ou insuficiência traz perturbações graves à personalidade futura do filho”*. Para Erikson é essencial darmos assistência ao desenvolvimento, devemos proporcionar aos adolescentes uma independência e responsabilidade cada vez maiores. O potencial para a compreensão empática e a preocupação e cuidado humano que estão disponíveis para ser desenvolvidos durante a adolescência podem ser capitalizados ao serviço de um desenvolvimento pessoal saudável. *“O grande contributo Erikson foi trazer os problemas do crescimento pessoal para fora da sombra da patologia e integrá-los no processo global de desenvolvimento da pessoa saudável (...) Esperamos que esse conhecimento nos ajude em formas mais eficazes de ajudar as crianças e os adolescentes em alturas importantes mas críticas”* (Sprinthall & Sprinthall, 1993: p. 161). Já para Holmbeck, Paikoff & Brooks-Gunn, o período adolescencial (parenting adolescents) é decisivo no desenvolvimento físico, cognitivo, afectivo, moral e social do ser humano. Actualmente reconhece-se a importância decisiva desta idade para o resto da vida, levando assim os pais a proceder com muita “ginástica” mental, procurando dosear através dos estilos educativos, a autoridade e a liberdade. É comum distinguir-se três adolescências, a inicial, a média e a

final, qualquer uma delas com características próprias consoante a idiossincrasia, o sexo, o meio social e outros factores condicionantes da vida do adolescente (cit in Bornstein, 1995). Assim, nestas três fases parece essencial a adopção de limites firmes e uma grande capacidade de compreensão, tolerância, aceitação e adaptação dos pais às particularidades dos filhos, evitando assim, certos conflitos de gerações, ou pelo menos a redução dos mesmos. Pois só desta forma os pais poderão contribuir para a promoção da auto-estima e equilíbrio psicológico dos filhos. Tal como, defende Oliveira (2002) os adolescentes com uma elevada auto-estima percebem os pais como mais aceitadores e menos controladores e exigentes. Já Vaz Serra; Firmino & Matos (1987) estudaram a influência das relações dos filhos com os pais para o auto-conceito, concluindo que uma boa atmosfera familiar e uma relação positiva dos pais com os filhos, como por exemplo, tolerância, compreensão, ajuda e incentivo para vencer as dificuldades, são realmente essenciais para a formação de um bom auto-conceito. Assim como o modo como o casal se relaciona entre si ou a interacção entre o marido e a esposa medeia a influência que os pais exercem sobre os filhos. Neste sentido, pode-se dizer que o desenvolvimento de um bom auto-conceito se processe numa atmosfera de aceitação por parte dos pais, que por sua vez, permite ao adolescente sentir-se autónomo e com perspectivas de oportunidade para aprender novas competências. Também para Veiga (1996) parece de todo, ser fácil aceitar, que na fase da adolescência, o indivíduo continua a necessitar de estabelecer relações afectivas no contexto familiar, pois este espera que lhe proporcionem amor e segurança, pelo que só assim, será possível desenvolver-se harmoniosamente, construindo adequadamente a sua identidade.

De acordo com Gowers e col., quando ambos os pais estão regularmente presentes, a situação matrimonial do casal parental nem sempre é um factor de diferenciação pertinente, no entanto, o ambiente familiar e em particular a qualidade da relação pais-filhos são factores significativos que diferenciam os adolescentes com ou sem problemas. Contudo, a existência de uma relação hostil parece preferível à indiferença por parte do pai. Essa constatação epidemiológica (forte correlação com algumas perturbações dos comportamentos, em particular a patologia comportamental) corrobora a descrição psicológica do trabalho da adolescência. Ou seja, de facto, um pai que é

considerado hostil representa um limite para o adolescente, enquanto que um pai indiferente deixa o adolescente por si próprio e com uma falta de continente. Por outro lado, a total ausência de um dos pais, principalmente se se tratar do pai (situação de longe mais frequente) constitui sempre um factor de risco importante para o adolescente (1993, cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Segundo Fleming (1997) o adolescente faz a passagem de uma condição de dependência para uma condição de maior autonomia, sendo esta encarada como um nível mais elevado de autogoverno. Esta passagem experimenta, certamente, a influência do tipo de socialização que sucede no contexto mais alargado do meio social envolvente, e no contexto mais particular o da família. A dimensão, em qualidade e quantidade, de autonomia, está vinculada, entre outros factores, às regras, valores e expectativas culturais, bem como ao tipo de socialização e de práticas educativas, que de certa forma traduzem a respectiva cultura. É essencial que o adolescente conheça os seus limites, e aquilo que o irá ajudar a situar-se no seu meio envolvente, bem como o seu contexto relacional. É deste modo, com o reconhecimento dos limites do seu Eu que o leva a identificar-se, é muitas vezes o saber dizer “não” por parte dos pais que o formam e o educam. A mesma autora sublinha que, como o jovem necessita de se reconhecer, enquanto sujeito, ele também necessita de ser reconhecido enquanto pessoa, pois esse reconhecimento só é possível em contexto de comunicação e do diálogo. Assim, de acordo com Lourenço & Paiva (2004) percebemos que os diversos contextos material e relacional próprios e específicos das respectivas estruturas familiares é que irão determinar (favorecendo ou não) as experiências dos jovens. É deste modo que resultam diferenças nos comportamentos dos adolescentes, que podem ser bastante consideráveis, até mesmo entre jovens de uma mesma família, visto que uns e outros, conforme o seu temperamento, reagem de maneiras diferentes a situações ou relações semelhantes. De acordo com todos estes autores, percebemos a importância da relação pais-filhos para o desenvolvimento saudável e equilibrado dos filhos, quer enquanto crianças, quer na fase da adolescência, mesmo com todos os contornos particulares e necessários para a individuação e crescente autonomia dos futuros adultos. Parece-nos efectivamente indispensável encontrar um equilíbrio nas respostas das duas necessidades fundamentais dos adolescentes, que são as de segurança e de autonomia.

Estas respostas podem ser muito diferentes, dependendo da mãe/pai, isto é, dependendo da compressão que estes têm do seu papel e do seu equilíbrio pessoal.

2.5. O Conflito entre Pais e Adolescentes

Uma das particularidades do adolescente é ser um indivíduo que reclama com firmeza a sua autonomia e individualidade, contudo, continua ainda profundamente dependente da unidade familiar que marcou a sua infância. Segundo Boisvert (2006: p. 93) *“Para os jovens, distanciar-se fisicamente e sobretudo psicologicamente da família não significa rejeitá-la de forma definitiva (...) Como pais, é preciso aprender a tolerar esta desvinculação temporária assim como as críticas por vezes dolorosas e agressivas que a acompanham, porque estar seguros de que o jovem não se afasta para sempre. Graças às mudanças por que passa, ele desenvolve uma nova maneira de estar na relação com as pessoas significativas para ele, tentando encontrar um caminho que concilie as vinculações passadas com as novas necessidades relacionais”*. No mesmo sentido, Anderson & Dartington (2003: pp. 35 e 36) defendem que, *“Uma família pequena proporciona por certo a oportunidade para que toda a gente obtenha mais atenção? (...) O facto é que a maior parte dos adolescentes, particularmente na idade dos 15 a 16 anos, não pretendem ser o centro das atenções. Não pretendem, pelo menos, a atenção tal como esta é habitualmente entendida pelos adultos e que é, por exemplo, (...) a atenção que as crianças pequenas exigem dos seus pais”*. Estes autores referem que no contexto familiar, a maioria dos jovens preferem ser uma presença relevante mas discreta, presença essa que não convida ao comentário ou a uma entrevista detalhada, no entanto, esperam que lhes seja dado o direito de observar e comentar o comportamento dos outros, especificamente o dos seus pais. Segundo estes autores é a combinação do desejo de descrição com a assumpção simultânea, com atitudes do tipo “eu é que sei” que pode tornar-se particularmente irritante para os pais, principalmente se os mesmos não tiverem apoio, ou se sentirem demasiada pressão para a sua mobilização no sentido da medição de “forças” com os filhos ou diferenciação de papéis. Nestes casos,

frequentemente os pais deverão tomar uma atitude com sentido de humor, que é sempre o melhor método para o confronto com a “grandiosidade” adolescente. Salienta-se também que uma das características negativas da educação é a incoerência vivida e sentida pela criança e pelos adolescentes em relação aos pais que, frequentemente defendem certos princípios e valores e no entanto agem de forma oposta. Assim, exigem dos filhos, mas são eles próprios que violam esses princípios e valores. Por exemplo, defendem que não se deve mentir, afirmam que os mais velhos não devem bater nos mais novos e eles próprios batem nos filhos. É efectivamente curioso o facto de que muitas das regras que os pais impõem e são rejeitadas pelas crianças e adolescentes são, mais tarde, defendidas pelos, então adultos, que, quando crianças, eram obrigados a respeitá-las (Fachada, 2003). Também segundo Gagné (2003) é essencial ter consciência de que a adolescência é um importante período de transformação e que as necessidades são maiores do que eram antes. Este período revela-se numa passagem bem difícil para alguns. Pois trata-se de uma etapa em que o jovem tem grande necessidade do apoio e da compreensão dos pais, mesmo que por vezes demonstre o contrário. São muitos os pais que por ignorância, acham que o adolescente é suficientemente crescido para responder às suas próprias necessidades e pensam que as suas alterações de humor, a sua arrogância, as perguntas e o sentido do negativo são atribuídos ao que se chama de “crise da adolescência”. Face a esta atitude, deixam de intervir e de apoiar, de mostrar compreensão e afecto. Por outro lado, também existem os pais frustrados por certos comportamentos da sua própria adolescência, que perdem o interesse em se envolver nesta relação que, por vezes, lhes parece um caminho sem volta. Também se verifica que alguns jovens nesta fase deixam transparecer que não procuram o envolvimento dos pais na sua vida pessoal, mas na realidade estes tem grande necessidade de afecto, de compreensão e de completa aceitação da sua identidade. Deste modo, os pais devem compreender que não devem impor, pelo contrário *“O melhor modo de acompanhar o adolescente consiste em lhe confirmar de novo o seu apoio demonstrando-lhe: A sua disponibilidade para com ele; o seu afecto; o seu interesse em continuar a apoiá-lo; a importância que ele tem aos seus olhos; a sua satisfação em relação ao que ele se tornará; a sua aceitação do que ele é”* p. 48. Na mesma linha, a autora anteriormente

referida Boisvert (2006) frisa também que os adolescentes, apesar das aparências, continuam a necessitar do apoio dos pais, que ele quererá ora distante, ora próximo e intenso, e deseja que estes estejam sempre disponíveis em caso de necessidade. A autora salienta ainda que, é na adolescência que se manifesta a mais gritante reivindicação para a emancipação da vigilância parental. Sendo o tempo que decorre entre o início da emancipação da tutela parental e a aquisição do estatuto de adulto é mais ou menos longo, consoante as sociedades. Pois no mundo ocidental, esta fase estende-se por vários anos e é frequentemente marcado por períodos conflituosos e de confrontos pais-filhos mais ou menos intensos, consoante, a qualidade da vivência familiar antes de haver ruptura. E sobretudo, a qualidade da relação e da vinculação às figuras parentais faz toda a diferença no modo como os jovens lidam com esta situação evidentemente desestabilizadora. Assim, as relações familiares, estrutura familiar, personalidade e atitudes parentais têm sido identificadas como factores que influenciam a chamada “crise do adolescente”. Pois de acordo com Medeiros (2000, cit in Silva, 2004), os pais dos adolescentes enfrentam conflitos e por vezes dificuldades de forma específica. Estes sentem-se frequentemente pressionados por uma carreira profissional frustrante ou demasiado absorvente; uma relação conjugal insatisfatória ou “fictícia”. Por outro lado, também se sentem confusos, indecisos e culpabilizados face à geração precedente (dos próprios pais) que agora tentam uma aproximação com o intuito de obterem apoio e protecção. Este autor defende que todas estas pressões podem contribuir para as dificuldades de negociação com os próprios filhos adolescentes, como por exemplo, a falta de diálogo, de paciência, de atenção, ou seja, agem com uma certa negligência parental, entregando os filhos a terceiros, nomeadamente, à escola, grupo de amigos, entre outros. Nesta linha, Silva (2004) através do seu estudo empírico sobre o “Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes” registou alguns testemunhos de adolescentes: “«A mãe não houve, sinto-me muito sozinha (...) O pai raramente está em casa» (adolescente, 12 anos, meio rural). «Os meus pais não têm paciência para mim» (adolescente, 12 anos, meio urbano)”. Pois bem, tendo em conta o que defende Medeiros (atrás referido), assim como, estes testemunhos de adolescentes, percebemos que muitos pais estarão a viver a sua parentalidade com indisponibilidade

interior ou psicológica, que de certo, desfavorece o clima relacional, o qual, principalmente nesta fase carece de uma certa habilidade e sensibilidade por parte dos pais. Actualmente, não restam dúvidas que a avaliação do contexto familiar de um adolescente com problemas deve ser incluída no conjunto da abordagem clínica. Pois segundo Marcelli & Braconnier (2005) a propagação recente das terapias familiares, quer sejam de inspiração sistémica quer psicanalítica, têm vindo a reforçar a pertinência e importância da família quando há um adolescente “doente” no seio familiar. Pois a doença desse adolescente está frequentemente relacionada com receios ou ameaças (reais ou fantasmáticas) que pesam sobre a coesão da família, não só a dos pais, mas também a dos irmãos e dos avós. Estes autores referem que, de acordo com os diversos inquéritos estatísticos, é clara a incidência das situações familiares anormais (no sentido da norma social) em relação à frequência das perturbações do comportamento do adolescente. Também Rutter e colaboradores notam que as dificuldades psicológicas durante a adolescência estão associadas a desequilíbrios familiares, tais como: divórcio ou mau entendimento conjugal; doença mental parental; instabilidade dos pais; comunicação familiar deficiente, entre outros. Quer se trate das tentativas de suicídio, do grupo dos toxicómanos ou dos comportamentos psicopáticos, todos os inquéritos indicam a frequência dessas distorções familiares. Por exemplo na família dos adolescentes suicidas é frequentemente observada uma percentagem elevada de separação familiar, suicídio ou patologia parental diversa, alcoolismo e migração. Outra das situações apontada por Marcelli & Braconnier que reforça esta temática diz respeito aos inquéritos “autoconfessos” efectuados aos adolescentes “com problemas”, estes mostraram que existe uma taxa de insatisfação muito elevada em relação aos próprios pais. Pois acham-nos demasiado severos ou não o suficiente, demasiado inacessíveis, ou demasiado invasores. A taxa de insatisfação é visivelmente mais elevada do que na população dos adolescentes ditos “normais”. Estes autores afirmam mesmo que, quanto mais o adolescente manifesta um comportamento patológico ou desviante, mais as relações entre esse adolescente e os seus pais parecem insatisfatórias, conflituosas e pobres.

De qualquer modo, deve-se referir que independentemente dos adolescentes

atravessarem ou não dificuldades, todos estabelecem relações em particular conflituosas com os seus pais. O que não é surpreendente, se pensamos que essa conflitualidade faz parte do movimento psicoafectivo do adolescente. Pois tal como defende Freud “*admito que é normal para um adolescente ter durante muito tempo um comportamento incoerente e imprevisível (...) gostar dos seus pais e odiá-los, revoltar-se contra eles e depender deles, ter muita vergonha da sua mãe à frente dos outros e, de forma inesperada, desejar falar com ela de coração aberto... Penso que deve-se deixar o tempo e a liberdade para ele próprio encontrar o seu caminho. São os pais que precisam de ajuda e de conselhos para o suportar*” (cit in Marcelli & Braconnier, 2005, p. 454). Também segundo Fleming (1997) as teorias psicanalíticas sobre a adolescência argumentam que o conflito, a rebelião e a ambivalência caracterizam a adolescência normal e, são necessárias para atingir a autonomia do adolescente. No mesmo sentido, Dolfo (1999) refere que é necessário que os adolescentes “*(...) sintam que a tensão entre o apego à família e o desejo de lhe escapar é um sinal de vitalidade. Não se tornará patológico senão no caso de incompreensão familiar*” p. 12. Por outro lado, Douvan & Gold postularam que tradicionalmente a questão da autonomia na adolescência tem sido concebida como uma luta: pai contra filho numa contestação pelo domínio, filho contra mãe numa mais branda mas difícil e envolvente luta pela auto-definição e integridade, lidando o filho com a partida de casa somente por meio da rebelião, mascarada ou fortemente representada, muda ou estridente. No entanto, os resultados da investigação levada a cabo por estes autores não encontraram adolescentes à procura de liberdade ou tentando desprender-se, nem mostrando uma resistência rebelde à autoridade, muito pelo contrário, os resultados alcançados concluíram que os adolescentes tentam conquistar a sua autonomia de forma gradual e adequada, sempre numa relação de respeito e consideração pelos pais (1966, cit in Fleming, 1997). Já Steinberg através de um estudo longitudinal conduzido com famílias de adolescentes do sexo masculino em diferentes estádios (antes, durante e após o período puberal), identificou mudanças comportamentais nas díades mãe-filho e pai-filho, assim verificou que: à medida que o adolescente progride no estatuto puberal são intensificados os conflitos com a mãe e no apogeu da puberdade existe um ganho progressivo de influência do filho às custas da

influência materna, mas não paterna. O autor concluiu ainda que, os padrões de interação familiar no início do período puberal são mais rígidos, tornando-se progressivamente mais flexíveis à medida que o rapaz se aproxima do estatuto do adulto (1981, cit in Fleming, 1997). De acordo com a literatura, verifica-se que para alguns autores os conflitos relacionais entre pais e adolescentes são a consequência do processo da adolescência, e é o adolescente quem entra em conflito e se opõe aos seus pais. Já para outros, os conflitos entre pais e adolescentes têm haver quer com as dificuldades do adolescente em assumir o seu crescimento e a sua autonomia, quer com as dificuldades dos pais em ultrapassar aquilo a que foi chamado a “crise do meio da vida” ou a “crise parental”. Existem ainda outros autores que consideram os comportamentos desviantes do adolescente consequência das atitudes patológicas parentais. Pois bem, segundo Marcelli & Braconnier (2005) estas três perspectivas não são incompatíveis mas, para cada adolescente e cada família, uma destas aparece muitas vezes como a mais pertinente.

Também para Burstin (1976, cit in Marcelli & Braconnier 2005, p. 454) “*A reorganização sobre uma nova base das relações com os progenitores constitui um dos acontecimentos marcantes da adolescência*”. Sendo que nesta fase do desenvolvimento é comum questionar a personalidade dos pais, esta contestação representa a manifestação clínica e comportamental da reorganização intrapsíquica, em particular da remodelação das imagens parentais. Desta forma, para Lidz (1969, cit in Marcelli & Braconnier 2005) é normal e natural que o adolescente e a família estejam em conflito. Este autor refere que, a violência da revolta tem frequentemente a função de pressionar para vencer os vínculos que ligam o adolescente aos pais, e não a indicação da sua hostilidade relativamente a estes. Neste sentido, o adolescente tem necessidade de convencer não só os seus pais mas também a ele próprio de que já não precisa deles e que efectivamente ele e os pais são pessoas diferentes, sendo que, o vínculo que os une é diferente do que quando era criança. Assim, os conflitos com os pais parecem estar estreitamente ligados aos diferentes aspectos do processo da adolescência, tais como: a transformação corporal; a maturidade sexual; o conflito edipiano; os desejos e receios das relações incestuosas; a recusa em aderir à imagem da criança que outrora os pais

haviam proposto; a procura da identificação, entre outros. Tal como afirma Lidz, “*o adolescente pode ter necessidade de depreciar os seus pais, mas não deseja destruí-los enquanto modelo. A estima que tem por si próprio está estreitamente ligada à estima que tem pelos seus pais. Deve ultrapassar a imagem dos seus pais omniscientes e perfeitos que tinha na sua infância; mas continua a precisar de um pai com o qual se possa identificar e que lhe servirá de modelo para a sua vida de adulto, e de um outro pai do qual procura o afecto e a admiração*” (1969, cit in Marcelli & Braconnier 2005; p. 455). Jeammet vai mais longe, pois afirma que os pais têm um lugar privilegiado na vida mental do adolescente, chega mesmo a introduzir a noção de “espaço psíquico alargado”. E explica que, por vezes, nalguns casos, a oposição para com os pais torna-se rígida, total e duradoura, alastrando-se então a uma oposição global para com todos os adultos e toda a sociedade. As suas interpretações podem tornar-se inflexíveis, levando o adolescente a comportamentos cada vez mais patológicos (cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Posto isto, pensa-se que, os pais que se deparam com estas reivindicações dos adolescentes, terão de se adaptar e modificar as suas atitudes e exigências consoante a evolução dos mesmos. Ou seja, compete-lhes tentar acompanhar o adolescente através da sua crise, percebendo que o lado deste também não é fácil, pois por um lado, deve romper com os seus pais para descobrir a sua identificação de adulto, mas, por outro lado, só pode encontrar as bases da sua identidade através das suas “raízes e ninho” familiar.

2.6. Relacionamento Familiar e Grupo de Pares

Dentro da perspectiva ecológica em que se situa a família e a educação, é também muito importante a relação entre a família e os pares ou colegas dos filhos. Pois como atrás já foi referido, nesta fase as relações com os pais têm notoriamente um “carga” de conflitualidade, assim sendo, os pares assumem um papel muito importante na vida dos jovens. Pois tal como Braga (1994) afirma, o jovem é atraído pelo grupo de pares, ao mesmo tempo que é profundamente individualista. A importância deste grupo no período da adolescência prende-se com o facto do jovem manifestar ambivalência,

pois por um lado defende verdades por ele consideradas como absolutas, ao mesmo tempo que duvida profundamente de si, do seu corpo e dos outros. Ele quer adquirir autonomia, mas necessita constantemente de apoio parental através de conselhos que recusa mas segue, de valores que rejeita, mas defende. Também para Boisvert (2006) os adolescentes procuram distanciar-se dos pais, para melhor se definirem enquanto indivíduos autónomos. Mais que uma mudança de rumo na vida social, a pertença a um grupo é, de certo modo, uma espécie de passagem obrigatória para a maioria dos adolescentes, um modo de substituição do suporte familiar. Este suporte é praticamente indispensável para os ajudar a desprender-se da família e tomar o seu próprio rumo. Segundo a autora, a criação destes novos laços (grupo de pares) tornam-se aparentemente, o seu principal ponto de referência em matéria de comportamentos quotidianos. Na mesma direcção, Fleming (2004) refere que o jovem adquire uma nova subjectividade que modifica a representação de si próprio e do outro. A procura de identidade leva à aquisição e hierarquização dos diferentes papéis, permitindo-lhe formar um novo “Eu” que lhe é próprio e característico. Para Marcelli & Braconnier (2005) nesta fase, o desejo de emancipação é algo muito desejado, pelo que, é natural surgir uma libertação da tutela parental em troca de uma envolvente relação com o grupo de pares, na qual, o jovem irá investir, apostando na sua vida social. Estes autores afirmam ainda que é no grupo de pares que o adolescente procura as suas referências sobre normas e estatuto. Também para Silva (2004) o grupo de pares proporciona ao adolescente uma oportunidade de identificação, uma protecção e uma exaltação, atendendo a que, a forma do grupo contraria a fraqueza do individuo. Erikson partilha esta perspectiva, considerando que as relações estabelecidas no grupo de pares são uma parte essencial do processo de formação de identidade (cit in Sprinthall e Collins, 1999). Estes pontos de vista são reforçados por Alarcão (2000) quando explica que *“o grupo de pares oferece um suporte importante na contenção de muitas angústias, na experimentação de diversos papeis, na vivência de certos afectos e no desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, num processo de reorganização recursiva entre o que o adolescente experimentou no passado, vive no presente e deseja no futuro”*. p. 171. Na mesma linha também Martins (2005) conclui que o grupo de pares é considerado pelos

jovens, um envolvimento importante na sua trajetória de vida, salientando uma boa aceitação social e o papel que os amigos têm para o seu desenvolvimento e adaptação, proporcionando situações para que os jovens desenvolvam as suas competências individuais e sociais. Desta forma, percebemos que depois da família, mas também em simultâneo, o grupo de pares e esta, constituem os “pilares” do equilíbrio psicológico do adolescente. Nomadamente, o ajustamento da sua auto-estima, auto-conceito e auto-imagem, sendo estas as “armas” que lhe vão proporcionar a sua integração saudável nos vários contextos sociais e globalmente na sociedade.

Neste contexto, para Ouillon e Origlia o papel do grupo de pares na socialização do adolescente pode ser bom ou mau, conforme os casos, ou seja, o perfil dos pares. Tendo em conta que, as relações sociais na adolescência se identificam com a procura de amizades, é nesta fase de desenvolvimento que a amizade se reveste de maior importância. Os mesmos autores afirmam ainda que, esta necessidade de amizade do adolescente está ligada ao desejo de se reconhecer a si mesmo (1974, cit in Silva, 2004). Deste modo, percebemos claramente que, para um normal desenvolvimento dos adolescentes, os colegas são muito importantes quer em grupo quer nos encontros individuais. Pois o sentido de pertença é revestido de uma razão compreensível, pela qual, os adolescentes desejam estabelecer e ter êxito nas relações com os colegas. Pois, segundo Marcelli & Braconnier (2005) várias investigações referem que a qualidade das relações entre colegas, na infância e na adolescência constitui um dos percursos de um bom ajustamento na vida adulta. Sendo evidente que a delinquência entre os adolescentes e jovens adultos está intimamente associada à dificuldade de estabelecer relações com os colegas de infância. Pelo que, o não estabelecimento de relações satisfatórias com os colegas de infância e na adolescência contribui para o aparecimento de determinados padrões de comportamento que podem originar problemas psicológicos na vida adulta.

Em suma, de acordo com Cembranos & Bartolomé, o adolescente vai aprender os valores através da família, dos pares, dos vários modelos que lhe são oferecidos pela sociedade e/ou meio em que vive. Ainda segundo os mesmos autores, no processo de valorização do adolescente a realização e o compromisso estão profundamente ligados,

na medida em que o adolescente ao escolher determinados valores se vai comprometer com os mesmos com grande rigor. No início, a sua concepção moral é rígida e radical, pois descobre os valores na sua pureza original e tem dificuldades em associá-los aos indivíduos que o rodeiam. Contudo, ao experimentar novas vivências, o adolescente vai tomando consciência da sua incoerência, tornando-se mais flexível. Passa então a entender os valores não só como uma meta pessoal, mas também como princípios universais, organizando-os (1981, cit in Braga, 1994). Neste sentido, o processo de socialização na adolescência, e em particular a família e o grupo de pares são reconhecidos como condicionante na estruturação do processo adolescente, por terem um enorme significado a nível funcional para a sua estabilização. A qual contribuirá para atingir a sua individualidade e integração social, e consequentemente adquirir a sua estrutura psíquica base, que lhe servirá para enfrentar os desafios enquanto Ser Humano nos mais diversos contextos da vida futura.

CAPITULO 3 – SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA

"A Combinação de sanidade inata, uma infância saudável e orientação de pessoas mais velhas compreensivas, ajuda a maioria dos adolescentes a tactear o seu caminho sem perigos através de explorações e tropeços que muitas vezes precedem a maturação. A maioria passa com dificuldade ou abre esforçadamente caminho através da adolescência, com eficácia razoável, e surge com qualquer tipo de solução aproveitável para os seus problemas. Eles são ajudados pela sua capacidade de fazer uso dos seus talentos sem se embaraçarem com os obstáculos"

Kanner, 1941

3.1. Definição e Avaliação de Saúde Mental

Por sua vez, Strecht (2003) afirma que *"A saúde mental é, sem dúvida, um conceito complexo. Mas ao que grosseiramente nos referimos, pode ser sintetizado na ideia de bem-estar emocional. E essa é muito mais que o oposto de doença mental; é a capacidade de crescer afectiva e intelectualmente, de iniciar e manter relações pessoais satisfatórias, de empatizar com os outros, de conseguir um bom balanço com o que se passa no mundo exterior, contando com as influências do passado e do presente para olhar para o futuro com esperança e expectativa positiva."* p. 357. Acrescenta-se que quando este autor descreve a saúde mental, dirige-se às crianças e adolescentes com a concepção de que, estes expressam tão bem aquilo que pensam e sentem. Contudo, para que isso aconteça é necessário que se combata a distância, que se sinta, se ouça e se veja, de seguida deve-se pensar, compreender e, por fim, falar e agir. Já para Freud (cit in Boisvert, 2006) um sujeito com saúde mental é *"aquele que é capaz de amar e de trabalhar, ou no caso das crianças e dos adolescentes, que é capaz de brincar ou de estudar"*p. 156. Assim, ao contrário, doente mental é *"o indivíduo que já não consegue amar e trabalhar, brincar ou estudar"*p 160. Boisvert (2006) explica que, saúde mental é ter capacidade de nos realizarmos nos planos pessoal e relacional e ainda sentir-mos um estado de bem-estar continuado. Refere ainda que a condição é termos harmonia em diversas dimensões para podermos atingir a saúde e o bem-estar físico e psicológico. Por outro lado, refere que as doenças mentais são manifestações de disfuncionamento biológico ou psicológico que se traduz em sintomas emocionais, comportamentais, somáticos ou cognitivos.

Mas para avaliar a saúde mental, Boisvert (2006) refere que, os técnicos têm em linha de conta os critérios que constam no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - IV) utilizado na América e cada vez mais utilizado também na Europa, sendo que nesta última ainda recorrem à ICD-10 (Classificação Internacional das Doenças - 10). Para além destes critérios, outra dimensão relevante na avaliação da doença mental são os factores de risco, entendidos como uma predisposição pessoal, ambiental ou biológica para desenvolver uma doença mental. Estes factores dividem-se em quatro categorias: “as características dos próprios jovens” (idade e sexo); “as características das famílias” (monoparentalidade, disfuncionamento familiar, por exemplo discussões, tensões, divórcio, etc. e doenças dos progenitores); “os factores genéticos ou o impacto da hereditariedade” (quando um ou os dois pais se encontram afectados por uma doença mental grave) e por último “drogas e álcool” (os hábitos de consumo podem contribuir para o aparecimento de certos sintomas, uma vez que, têm impacto sobre o funcionamento de certas estruturas do cérebro). Ainda relativamente à avaliação, este autor acrescenta que, para os pais poderem avaliar a saúde mental das crianças e adolescentes, devem basear-se na qualidade do funcionamento do quotidiano destes, nomeadamente, através da observação cuidadosa das actividades que realizam no seu dia-a-dia. Mais especificamente, quando se trata da saúde mental dos adolescentes a avaliação deve ter em conta as seguintes áreas: saúde física; qualidade do sono; alimentação em quantidade e em qualidade; rendimento escolar; os amigos e o humor em geral.

3.2. Saúde Mental dos Adolescentes

Os problemas da adolescência são muito antigos, pois tiveram início desde que há registos da história. Já nessa altura os problemas dos adolescentes eram importantes para a sociedade. Pois Platão preocupou-se com a inconstância dos jovens, tendo dedicado o Livro III de *A República* aos métodos da educação da juventude, com o propósito de contribuir para uma cidadania adulta e responsável. Por sua vez, Aristóteles

preocupou-se com a natureza instável e imprevisível da juventude, sendo que na altura descreveu na *Retórica*, como impulsiva, irascível, muito emocional de um modo geral e incapaz de diferir as gratificações ou de tolerar a crítica. Também a literatura clássica da psicologia clínica e do desenvolvimento, da psiquiatria e da psicanálise, trata da adolescência desde os seus primórdios (Weiner, 1995). Também segundo Boisvert (2006), o fenómeno da doença mental encontra-se cada vez mais documentado e socialmente um tema menos tabu. No entanto, mesmo com os importantes progressos, com a compreensão e o tratamento das principais perturbações mentais que surgem especificamente na infância e a adolescência, esta área ainda permanece incompleta. Sendo esta situação compreendida pela própria natureza da infância e da adolescência, ou seja, pelo facto de serem fases de desenvolvimento do ser humano. Pois os jovens encontram-se num processo inacabado e em movimento contínuo, o que torna a captação e a observação dos comportamentos menos acessíveis de objectivar. E se tivermos em conta que é normal os jovens passarem por conflitos mais ou menos graves e mais ou menos passageiros nestas fases do desenvolvimento, então parece efectivamente mais difícil saber até que ponto determinado comportamentos pertencem à “normalidade da crise da adolescência” ou pelo contrário significa o início de uma doença mental. Por outro lado, o facto de os jovens serem seres em desenvolvimento, constitui uma vantagem: a plasticidade da estrutura da sua personalidade, que faz com que esta não esteja ainda definitivamente elaborada, pelo que, torna mais penetrável as modificações e por consequência a sua melhoria. Este facto é relevante, quer para o próprio jovem que apresenta doença mental, quer para a sua família e terapeutas. Contudo, de acordo Matos (2002), a saúde mental do adolescente só foi reconhecida oficialmente no meio científico em 1967, com a criação da Sociedade Americana de Psiquiatria dos Adolescentes, fundada por W. A. Schonfeld, professor de Psiquiatria (Divisão de Pedopsiquiatria) da Universidade de Colúmbia. Este autor deixa bem claro que na época que estamos a viver com profundas alterações socioculturais, o volume crescente de jovens em crise de identificação (núcleo do sofrimento psíquico do adolescente), que procuram directa ou indirectamente solução para o conflito que os mina e destrói, surge a necessidade de organizar estruturas psicossocioterapêuticas que possam responder adequadamente à

solicitação que implícita ou explicitamente esses mesmos jovens dirigem à sociedade em que se integram.

Ainda segundo Matos (2002) as perturbações emocionais do adolescente, os desvios comportamentais e as doenças mentais propriamente ditas que se manifestam nesta fase evolutiva, constituem pela sua frequência, uma gravidade social e complexidade em relação ao tratamento e um vasto problema para os Serviços de Saúde Mental. Neste sentido, a Organização das Nações Unidas, através das suas instituições mais directamente ligadas aos problemas de saúde, bem-estar e desenvolvimento da juventude – Organização Mundial de Saúde, UNESCO e Organização Internacional do Trabalho, tem realizado nos últimos anos um grande esforço no sentido de fazer avançar o conhecimento das condições que afectam a saúde mental dos jovens. Assim, tal como este autor afirma “*A troca de informações, a comparação de estudos regionais, as discussões em grupos pluridisciplinares, a promoção de investigações específicas e o apoio a organismos nacionais e locais, que as referidas organizações internacionais têm levado a cabo, muito têm contribuído para uma mais ampla divulgação, um melhor esclarecimento e uma importante implantação, respectivamente, dos conhecimentos adquiridos, das dúvidas que vão surgindo e das atitudes e medidas práticas que mais eficientes se vêm mostrando na salvaguarda, profilaxia e terapêutica da saúde ou doença emocional na juventude*” p. 48. Neste sentido, de acordo com a literatura, a problemática da saúde mental do adolescente desde há muito que se afigura um assunto inquietante e muito sério, sendo que, actualmente continua a ser objecto de estudo. Desta forma, salienta-se um estudo realizado pelo INSERM (U. 169, M. Choquet e col., 1988, 1991, 1992, 1993, cit in Marcelli & Braconnier, 2005) com adolescentes escolarizados, entre os 11 e os 19 anos, em que o objectivo consistiu em analisar a vida dos jovens, as suas relações familiares, acontecimentos de vida, interesses, ocupações queixas somáticas, estado afectivo, percepção do corpo, doença somática, acidente, perturbações comportamentais (violência, lutas, roubo, fuga), consumo de substâncias e qualidade da escolarização. Os autores definiram três grupos de adolescentes em função do número de problemas que estes apresentavam. Sendo um grupo denominado por “Grupo sem problemas aparentes”, outro por “Grupo com múltiplos problemas” e um terceiro grupo

foi denominado como “Grupo intermédio”. De acordo com este estudo, 26% dos jovens não apresentaram nenhuma perturbação nos sucessivos inquéritos “**Grupo sem problemas aparentes**”, importa referir que destes, apenas 19% foram raparigas, sendo um número muito maior de rapazes que se encontravam sem perturbação. De uma forma geral, estes adolescentes sem problemas aparentes manifestaram uma opinião bastante positiva sobre os seus pais e estão satisfeitos com a sua vida familiar. Dizem também que estão bem na sua pele, apesar de se considerarem um pouco tímidos. Gostam de sair (cinema, idas a casa dos amigos), ouvem música e têm poucos excessos. Por outro lado, face aos outros grupos, não existem diferenças relativamente à nacionalidade, escolaridade, origem socioprofissional do pai, actividade profissional da mãe, estatuto matrimonial dos pais e tipo de habitação. Neste mesmo estudo, 10% dos adolescentes acumulam pelo menos quatro problemas “**Grupo com problemas múltiplos**”, destes jovens, os autores constataram que são em maior número as raparigas que apresentam problemas (rapazes: 6%; raparigas: 14%). Os resultados demonstraram que estes adolescentes tiveram mais problemas de sono e cefaleias durante a infância, sentem a sua vida familiar penosa e tensa. Os pais e mais especificamente o pai, são descritos quer como invasores quer como indiferentes, mas sempre com falta de compreensão. Estes jovens queixam-se mais de afectos de tristeza e de mal-estar, mas estão com mais frequência junto do seu grupo de pares, apresentando um sobreinvestimento da vida relacional extra-familiar, saindo mais e cometendo muitas vezes excessos. Os autores salientam ainda que neste grupo alguns adolescentes apresentaram melhorias ao longo dos sucessivos inquéritos, sendo que estes estavam inseridos num ciclo escolar longo, com uma família de nível sociocultural favorável e que consultaram várias vezes o médico. Os antecedentes psicossomáticos durante a infância foram mais raros. Saem por vezes com os pais, que nunca são sentidos como indiferentes. Estes resultados remetemo-nos para a existência de “resiliência” à patologia (abordamos brevemente a resiliência no ponto 4.2.6.). O terceiro grupo foi constituído por adolescentes que apresentam entre um e três problemas, denominado por “**Grupo intermédio**”, este constituiu a maioria dos jovens (cerca de 63%), sendo (65% das raparigas e 60% dos rapazes). Os autores constataram através das frequências destas manifestações, o vestígio clínico do trabalho

psíquico da adolescência, o que, apesar de não definir um estado patológico propriamente dito, testemunha no entanto a “vulnerabilidade” individual dos adolescentes. Segundo Marcelli & Braconnier (2005) esta vulnerabilidade individual correrá o perigo de uma descompensação patológica significativa, se acrescerem factores de risco familiares, assim como ambientais. Estes autores destacam-se ainda que, nos grupos em que os adolescentes têm problemas, estes parecem estar correlacionados com sentimentos de fadiga no adolescente, degradação do clima familiar e a dificuldade em organizar a sua vida. Mas o factor mais importante parece ser o surgimento de determinados acontecimentos de vida, tais como: desemprego; doença dos pais; hospitalização de um parente e divórcio ou separação parental. Neste sentido, percebemos claramente a vulnerabilidade do adolescente face ao ambiente familiar e social.

De acordo com Weiner (1995), alguns estudos sobre a prevalência da doença mental em adolescentes, mostram que em geral cerca de 20% experimentam diminuições de funcionamento clinicamente significativas, constituindo um diagnóstico de psicopatologia, justificando um tratamento de acordo com a respectiva doença mental; cerca de 60% dos adolescentes apresentam episódios ocasionais de ansiedade e depressão, não sendo contudo de forma a produzir alguma perturbação importante nos seus quotidianos; por fim, os restantes 20% dos adolescentes têm poucos ou nenhuns sinais de doença mental. Este autor salienta o facto de estes resultados serem semelhantes aos diversos estudos normativos de larga escala da adaptação adulta. Sendo que, quer nos adolescentes, quer nos adultos, cerca de 60% dos sujeitos apresentam formas ligeiras de formação de sintomas e os restantes 40% encontram-se divididos igualmente entre os que não revelam sintomas e aqueles que medianamente ou severamente estão afectados. Desta forma, e tal como o autor refere, parece que de uma forma geral a doença mental não é reconhecidamente característica da adolescência, assim como, os adolescentes não terão mais probabilidade de desenvolver uma doença mental em relação aos adultos.

3.2.1 O Normal e o Patológico na Adolescência

Em termos da Psicopatologia Geral, Scharfetter (1999) distingue um indivíduo “São” e “Doente”, assim: *“São é quem - por vezes, e apesar da pressão exercida pelo sofrimento provocado por uma doença somática e/ou contra a pressão exercida pelo que é norma numa sociedade – atinge os objectivos da sua vida (a sua auto-realização), que corresponde às exigências da sua própria essência (autenticidade) e do mundo e é capaz de estar à altura das suas tarefas (adaptação, coping): alguém que se afirma na vida”*. Por outro lado, Doente é quem *“(…) seja por que motivo for, sofre qualitativa e/ou quantitativamente (...) mais do que a média (norma) aceitável para o eu país ou para o seu grupo, em relação a si próprio e em relação ao mundo; quem não consegue ultrapassar, sem que sejam demasiado extremas, as circunstâncias que se lhe deparam; quem fracassa na capacidade de dominar a vida e o mundo (aspecto de fracasso), quem pela sua elevada diferenciação não consegue estabelecer uma relação viva com os outros (aspecto relacional)”*. No entanto, esta questão do “normal” e do patológico coloca-se com mais acuidade na adolescência do que noutra fase da vida. Isto porque, são muitos os eixos de ajustamento: a multiplicidade dos comportamentos desviantes; a sua hostilidade; a dificuldade em estabelecer a organização estrutural subjacente; o esfumar do quadro nosográfico habitual e o papel não negligenciável da família e do ambiente social perfazem algumas incertezas. Deste modo, são questionáveis os critérios utilizados para a classificação do “normal” e do patológico: 1 - a normalidade no sentido da norma estatística incitaria a considerar como normais comportamentos manifestamente desviantes noutros momentos, correndo o risco de lhes retirar todos os significados de sofrimento, como sendo, o caso da ideia de suicídio do adolescente; 2 - a normalidade no sentido da norma sociológica rejeitaria a totalidade da adolescência no campo patológico, tendo em conta a frequência dos comportamentos ditos anti-sociais; 3 - a normalidade oposta à doença levaria a falar de “adolescência-doença”. Neste sentido, os autores que estudaram a adolescência, recorreram à utilização da terminologia “patologia” para compreenderem o sentido da crise habitual do adolescente (Marcelli & Braconnier, 2005). Sendo assim, a patologia serve de modelo quanto aos movimentos

característicos deste período, o que dificulta ainda mais a fronteira entre o “normal” e o patológico. Pois Winnicott compara certos comportamentos do processo da adolescência ao que se observa no psicótico ou sobretudo no delinquente. Também A. Freud refere que a puberdade pode ser comparada aos surtos psicóticos, pela adoção de certas atitudes de defesas primitivas. Para esta autora, apenas uma diferença de intensidade distingue nesta idade o que é “normal” do que é patológico (cit in Marcelli & Braconnier, 2005). De acordo com Matos (2002) *“avaliar o que é normal ou patológico, na adolescência, como em qualquer outra idade, é, em psiquiatria dinâmica – a perspectiva que nos importa considerar -, saber do significado adaptativo e adaptante do sintoma ou do comportamento em causa. Isto é, saber do seu sentido significativo como modelador da personalidade social, no seu esforço de integração; ou modelante do curso da história, na missão renovadora que a cada um compete (ao jovem, em especial) p. 132.* Para este autor, devemos deixar de lado os parâmetros estatísticos, normativos ou axiológicos de normalidade, para encarar o *aparentemente* patológico. Ou seja, em vez de centrarmos-nos no patológico como o que é raro, menos vulgar, fora das normas convencionais, ou em desacordo com os ideais vigentes da sociedade e da família, devemos analisar esse “patológico” na sua dimensão de coerência ou não coerência com o funcionamento global do indivíduo, como por exemplo, o seu estilo relacional, a sua identidade própria, a peculiaridade de cada um, a qual importa respeitar, nomeadamente, a forma pessoal de explorar a vida, saborear a existência e realizar a aventura humana. Assim para este autor, é patológico (doença), o que *“exprime desacordo com a textura da pessoa, o que representa atraso ou hipermaturação, o que revela a revivência de conflitos que já deveriam ter sido mais ou menos resolvidos, o que anuncia um risco de ruptura do equilíbrio até então conseguido” p. 133.* Este autor chama ainda a atenção para outro factor importante “o sofrimento do adolescente”, *“Nem todo aquele que sofre é doente; mas todo aquele que sofre precisa de ajuda e, sobretudo, de compreensão” p. 133.* Em termos de síntese, o autor refere que ao nível da psicossociologia da adolescência, o normal e o patológico são analisados em três planos: O conflito psíquico, nos seus aspectos económico e dinâmico, genético e prospectivo; a organização da estrutura psíquica e o sofrimento implícito ou revelado.

Por outro lado, tendo em conta o trabalho de luto efectuado durante a adolescência, com todos os movimentos depressivos que acompanham este processo, poder-se-á comparar a depressão clínica, a crise psicótica aguda ou os comportamentos psicóticos de um adolescente perturbado com a problemática do luto, a tentativa de identificação ou o conflito de gerações e de reivindicações sociais específicos da “crise de adolescência”. Pois verifica-se que, existe mais do que uma continuidade sintomática, uma vez que, alguns autores consideram mesmo a existência de uma real semelhança estrutural, em que o resultado seria a negação de todos os pontos comuns entre a “crise do adolescente” necessária, maturativa e estruturante e uma eventual organização patológica permanente. Para Widlocher, a solução deste paradoxo passa por melhor compreender os comportamentos dos adolescentes. Segundo este autor não é legítimo separar frequentemente os comportamentos de uma patologia (comportamento-sintoma) e os comportamentos típicos de uma patologia normal (comportamento vivência). Desta forma, todo o comportamento deve ser interpretado por si próprio e seguidamente confrontado com o conjunto de comportamentos do indivíduo, analisando a harmonia, a fluidez, a dissonância e a rigidez desses comportamentos. Ou seja, um determinado sintoma extremamente preocupante pertence a um sistema de comportamentos fluidos, e um outro pertence a um sistema rígido e completamente psicopatológico (cit in Marcelli & Braconnier, 2005). De acordo com estes últimos autores, pode-se considerar duas formas de análise: a) A fluidez oposta à rigidez dos comportamentos e o modo como esses comportamentos interferem com o funcionamento global da personalidade, ou seja, os acontecimentos actuais e a organização mental historicamente construída; b) O impedimento mais ou menos significativo desses comportamentos para a continuação do desenvolvimento psíquico, ou seja, uma análise prospectiva sobre as interacções entre os acontecimentos actuais e o processo psíquico em desenvolvimento. Logo, a associação destas duas formas de análise proporciona uma clarificação dinâmica da compreensão da psicopatologia individual, assim como a questão do “normal” e do patológico na adolescência.

Para Sá (2003: p. 19) *“Fugindo das sensações de “lonjura” das recordações (e dos desencontros que as matizam), a maioria dos pais e dos educadores inquietam-se*

quando os adolescentes lhas trazem de volta. Talvez, por isso, alguns reneguem os seus sonhos de então, tomando toda a adolescência como uma “fase de doença”, mais ou menos normal”. Por outro lado, segundo Weiner (1995), os resultados de várias investigações levam-nos a considerar que, contrariamente às crenças de que a manifestação de sintomas na adolescência é um fenómeno normal, transitório e de remissão espontânea, quaisquer sintomas de uma perturbação psicológica num adolescente justificam preocupação e atenção, tal como num adulto. No entanto, a probabilidade e a gravidade de uma perturbação diagnosticável variam com o número, espécie e persistência de sintomas apresentados pelo jovem. Outro dos contributos da clínica e da investigação prende-se com a contradição da ideia de que a formação de sintomas em adolescentes pode ser geralmente ignorada, na expectativa de que passará com o tempo. Neste sentido toda a formação de sintomas deve ser alvo de preocupação e encarada, pelo menos potencialmente, como psicopatológica. Assim, o comportamento das adaptado nos adolescentes necessita de ser identificado, avaliado e tratado a fim de se reduzirem a consequente incapacidade e neutralizar a sua contribuição para uma psicopatologia persistente na vida adulta. Este autor ainda nos fornece três conclusões sobre a questão do normal e anormal na adolescência: “1- O sofrimento psicológico que resulta em sintomas que não sejam episódios transitórios de ansiedade ou depressão ou que produzam mais do que uma perda ligeira do funcionamento escolar/ou social não é uma característica normativa do desenvolvimento do adolescente. 2- Podem fazer-se, com facilidade e segurança, distinções entre o desenvolvimento adolescente normal e anormal, tendo em devida atenção o número, tipo e persistência dos sintomas psicológicos que um adolescente apresenta. 3- A perturbação psicológica manifesta num adolescente não tende a desaparecer por si mesma; pelo contrário, na ausência de intervenção apropriada, tende a progredir regularmente para uma perturbação adulta” p. 21. Assim, nas palavras deste autor, percebemos que quando estamos perante a manifestação de sintomas em adolescentes, desde que perturbem o normal funcionamento do seu quotidiano, não os devemos ignorar, mas sim, encara-los com algum cuidado e posteriormente tomar as medidas adequadas ou proporcionar um encaminhamento para técnicos da respectiva área.

3.2.2. Reorganização Psíquica na Adolescência

Ao falarmos anteriormente do conceito de “normalidade” e de patologia, remetemos de imediato para a “tarefa” da reorganização psíquica dos adolescentes. Assim, no processo adolescencial, as reorganizações psíquicas significativas têm como consequência uma vulnerabilidade relativa do equilíbrio psicoafectivo, que permite uma gradual e particular forma de funcionamento psíquico. Com tal, o conceito de reorganização psíquica também é útil para compreender melhor a psicopatologia na adolescência, bem como, para tentar perceber melhor a antiga noção de “patologia reactiva”. Contudo, o termo “perturbação reactiva” é utilizado com mais frequência para a criança, apesar de os factores do ambiente (externos) serem considerados muitas vezes como elementos de incitação aos vários comportamentos desviantes do adolescente (Marcelli & Braconnier, 2005). Neste sentido, parece-nos que, embora com alguma cautela, poderemos pensar em situações ambientais propícias ao desenvolvimento desviante ou desequilibrado do próprio adolescente, nomeadamente, interacções relacionais com a sua própria família entre outros elementos do seu contexto. Desta forma, muitos autores tentam associar a psicopatologia do indivíduo a determinantes ambientais, seja a família ou o espaço social mais próximo. Assim, para Jeammet existe um “espaço psíquico alargado”, pois este afirma que, o adolescente abandona algumas pessoas do seu ambiente, uma parte das suas instâncias psíquicas procurando obter, por intermédio do exterior, satisfações pulsionais ou, de forma oposta, limitações superegóicas que não pode autorizar ou impor-se a si mesmo. Para este autor, esta passagem para o exterior é diferente da identificação projectiva porque é mais global e mais superficial, mas torna o adolescente simultaneamente mais dependente e mais vulnerável às condições do ambiente. Atendendo à natureza específica dos vínculos que o adolescente estabelece com o seu ambiente, torna-se particularmente dependente e sensível às pressões e mudanças que esse ambiente pode então provocar, nomeadamente, a perda deste vínculo de complementaridade pode provocar uma quebra no desenvolvimento e danos extremos. Assim, torna-se particularmente difícil a divisão simplista dos factores do ambiente e da psicologia ou psicopatologia individual. De

acordo com Ladame, a patologia do adolescente deve ser compreendida segundo duas perspectivas: por um lado, esta está muitas vezes relacionada com vicissitudes do primeiro desenvolvimento, por outro, a actualização dessa patologia na adolescência revela os defeitos do presente ambiente. Este autor refere-se a um exemplo desta abordagem dinâmica: a tentativa de suicídio corresponde a um momento particular marcado pela associação entre os movimentos psicoafectivos internos e as presentes condições ambientais. Ou seja, a ligação entre “o dentro e o fora” (cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Segundo estes últimos autores, verifica-se através destes exemplos o risco de uma excessiva generalização do conceito de patologia reactiva. A consideração das condições externas poderá servir para compreender a escolha deste ou daquele comportamento sintomático, não descurando a distinção dos diversos patamares que intervêm na sua génese. Assim, distinguem três níveis essenciais, são eles: **Factores psicopatológicos particulares**, dizem respeito às primeiras relações de objecto sobre a organização específica do indivíduo, a natureza destas primeiras relações de objecto influi sobre o tipo actual de relação de objecto que o adolescente estabelece com o seu meio ambiente. Dando um exemplo, pode-se considerar que o comportamento toxicomaniaco está associado a uma relação de objecto precoce marcada pelo registo da dependência, enquanto o comportamento psicopático remete para relações de objecto precoces marcadas pela projecção e o comportamento suicida, para relações precoces marcadas pela ambivalência e pelo retorno sobre si da agressividade; **Factores de risco gerais**, definem-se por situações reforçadas pelos inquéritos epidemiológicos que levam a um aumento das taxas de morbilidade: nível socioeconómico, estrutura legal da família (presença de dois pais, ou falecimento de um dos pais, ou divórcio...), doença física ou mental de um dos pais, entre outros. Estes comportamentos de risco gerais têm um papel evidente para a psicopatia e os comportamentos suicidas, e um papel talvez menos relevante para os comportamentos toxicomaniacos; **Factores facilitadores ou factores de incitação**, estes referem-se às condições externas temporárias que, na altura da adolescência podem provocar ou, por outro lado, contrariar algumas tendências do indivíduo. Segundo A. Freud “*os desejos sexuais e agressivos outrora recalcados vêm à superfície e são realizados, desenrolando-se a acção fora da família, num horizonte*

mais amplo. Que essa passagem ao acto ocorra num plano inofensivo, idealista, associal ou mesmo criminal dependerá antes de mais dos novos objectos aos quais o adolescente se vinculou. De um modo geral as aspirações de um líder do grupo de adolescentes ou do gang são adoptadas com entusiasmo e sem crítica” (1958, cit in Marcelli & Braconnier, 2005, p. 450). Desta forma, a unificação do bando pode promover a expressão de alguns comportamentos nos indivíduos que não as teriam exteriorizado noutras condições. Pode-se então considerar que os factores de incitação revelam os comportamentos toxicomânicos ou psicopáticos, pois a possibilidade de obter droga com bastante facilidade é um factor de incitação que envolve o adolescente predisposto (aquele cuja a estrutura psíquica está organizada em torno da relação de dependência), mas que também pode induzir um consumo de droga naquele que evolui num meio de riscos (factores de risco gerais). Também um contexto social facilitador (subúrbio urbano, bando de adolescentes que não trabalham e marginais) poderá induzir comportamentos delinquentes. É também possível que, na ausência de factores de incitação, a tentativa de suicídio pode representar o modo de agir do indivíduo exposto apenas a factores de risco gerais. Estes autores consideram três níveis de factores: 1- Factores psicopatológicos, internos e individuais; 2 - Factores de risco gerais, familiares e socioeconómicos; 3 - Factores de incitação, ambientais e actuais. Esta organização permite uma compreensão mais rigorosa e progressiva das relações entre o sujeito e o seu ambiente, do que a noção de perturbação reactiva, que se afigura muito vaga e extensiva. Por outro lado, segundo Martins (2005), existem factores de protecção externos relativamente ao perfil da resiliência dos jovens, nomeadamente, o envolvimento familiar, boas relações afectivas com os pais ou substitutos, apoio emocional e relacionamentos com outros familiares significativos para o jovem. Assim, podemos pensar na existência de factores de risco e de factores protectores (externos), ou seja, em recursos familiares protectores e recursos familiares vulneráveis ou de risco para o desenvolvimento psicológico das crianças e jovens.

3.2.3. Um Modelo para o Psiquismo

Para uma criança pequena, entrar em depressão analítica basta que tenha passado por um acontecimento traumático importante, por exemplo, privação materna, sendo esta a causa mais frequente. Esta perspectiva monocausal e linear da psicologia e da psicopatologia tem sido progressivamente apagada e substituída por uma perspectiva multicausal. Desta forma, não faz sentido considerar por exemplo a puberdade como um acontecimento marcante na origem do processo psíquico da adolescência. Pois, de acordo com Sameroff e Chandler (s. d., cit in Marcelli & Braconnier, 2005) e seguindo a perspectiva multicausal, há que distinguem três modelos: o “modelo de efeito principal”; o “modelo de interacção” e o “modelo transaccional”. Tendo em conta o primeiro modelo “modelo de efeito principal”, a base biológica e o ambiente influenciam o desenvolvimento do adolescente, independentemente um do outro. Com base no segundo modelo “modelo de interacção”, um processo psíquico produz-se a partir de dois ou mais factores independentes, no entanto, esta produção é conjunta. Estes factores podem manifestar-se de forma diferente, através de uma relação causal em cadeia, quer através de uma relação causal de soma na qual a ordem de sucessão não tem relevância, ou ainda através de uma relação causal substitutiva pelo facto dos diferentes factores serem intermutáveis. Segundo esta abordagem, o processo da adolescência e a sua especificidade em função dos sujeitos, constituem-se graças à interacção dos efeitos da puberdade, da desvinculação dos imagos parentais, dos valores sociais que a cultura atribui à juventude e das novas capacidades de desenvolvimento intelectual. Por fim, relativamente ao terceiro e último modelo “modelo transaccional”, o processo psíquico é o efeito de dois ou mais factores em interdependência com o estado específico do sujeito, sendo que, as causas devem conceber-se não como traços constantes, mas como processos que mudam, ao mesmo tempo que o estado do sujeito se transforma. Neste sentido, a resposta do sujeito é interpretada como mais do que uma simples reacção ao seu ambiente. Seguindo esta concepção transaccional: O significado pessoal de um acontecimento que é interpretado em função de uma situação histórica e elaborado pelo sujeito, modifica o significado e a função de acontecimentos passados; este é o modelo

que considera mais largamente a complexidade e o carácter interdependente dos fenómenos psíquicos, particularmente relativos aos períodos de vida nos quais os factores de mudança são os mais activos; este também legitima a particularidade do processo da adolescência e a sua estreita interdependência com as fases anteriores da infância; permite ainda observar e compreender as características específicas do processo da adolescência, assim como as emergências patológicas que a alteram; por fim, aborda de forma significativa a dinâmica do sujeito, permitindo compreender o quanto, durante o processo de desenvolvimento da adolescência e o fim desta, não pode ser aprendido, concebido e elaborado sem ter em conta o que está em jogo no início deste processo (Marcelli & Braconnier, 2005). No mesmo sentido, Martins (2005) defende que *“existe uma ligeira valorização dos factores de Protecção Internos, destacando-se como relevantes para a Resiliência a capacidade de resolução de problemas e a capacidade para sonhar e estabelecer objectivos e propósitos para a sua vida. Estes jovens identificam ainda, como importantes as capacidades relacionais e interpessoais, a auto-estima, a auto-eficácia e auto-consciência, bem assim como, o locus de controlo interno, a perseverança, o optimismo e a esperança”*. Pois efectivamente, cabe-nos salientar o quanto é importante e determinante para um desenvolvimento saudável e equilibrado dos jovens, os relacionamentos precoces, começando mesmo desde o período da gravidez, passando pela relação entre pais e filhos na primeira infância, e posteriormente durante as várias fases da vida escolar até à adolescência. Sem dúvida, parece-nos que todo o relacionamento afectivo e delimitação de regras são extremamente importantes para que, quando os filhos chegam à idade do “armário”, as relações entre pais e filhos sejam de entendimento, respeito e afectividade. Muito importante também, é uma boa definição de papeis, bem como, uma gradual promoção de autonomia dos filhos.

3.2.4. Modo de Vida e Traço Individual

Segundo Marcelli & Braconnier (2005), em paralelo com os comportamentos patológicos, os estudos epidemiológicos procuram também identificar as características

individuais (comportamentos, pensamentos, relações familiar e social, escolaridade, etc.) da população adolescente. O que permite identificar correlações ou “factor de risco” cuja presença aumenta a probabilidade de ocorrência de um comportamento ou de um estado patológico. Tais factores de risco, que não são factores de causalidade e devem ser distinguidos dos mecanismos explicativos, permitem no entanto distinguir “grupos de risco” no seio da população. Um “grupo de risco” é um subconjunto da população que tem em comum um determinado conjunto de características, traços ou comportamentos semelhantes. Relativamente a um comportamento patológico particular, esse “grupo de risco” assim definido conhece uma taxa de incidência, de prevalência e de morbilidade aumentada de forma estatisticamente significativa, comparada com a população normal. Logo, também se podem definir “grupos resistentes” com “mecanismos protectores”, o que nos remete para o conceito de “resiliência”. Pois de acordo com Bléandonu (2003) no final dos anos 80 passou-se a utilizar frequentemente o conceito de “resiliência” em detrimento de “invulnerável” ou “invencível” quando se trata de crianças e adolescentes. Sendo através desta mudança que também se passou a falar de factores protectores em vez e factores de risco. Assim, uma criança ou adolescente resiliente *“consegue não só manter-se viva como também desenvolver-se normalmente, adaptar-se normalmente, adaptar-se socialmente, precisamente quando um stress ou uma adversidade a teria podido colocar em desvantagem para o resto da vida”* p. 44. De acordo com Lindstrom (2001, cit in Martins, 2005: p. 90) *“não obstante a diversidade das definições, podemos constatar a existência de denominadores comuns, como a capacidade de enfrentar as adversidades, os riscos e o stress e, por outro lado, a capacidade de adaptação bem sucedida, a recuperação, a competência e o funcionamento positivo”*. De um modo geral, o conceito de risco implica a identificação dos factores biológicos, pessoais, familiares e ambientais que aumentam a possibilidade de uma criança experimentar um problema psicológico ou físico (Trianes, 2004). Segundo esta autora, *“os factores de protecção, também chamados amortecedores, são variáveis que protegem a criança de sucumbir ao impacto do stress. Actuam, presumivelmente, inibindo ou, outras vezes, amortecendo o impacto do stress, de forma a podermos lidar com ele mais facilmente. (...) existem crianças que, apesar de viverem em condições difíceis e negativas e de*

terem tido de enfrentar acontecimentos traumáticos, são crianças saudáveis e que saíram com sucesso dessas condições ou experiências” p. 49. Desta forma, a conduta adaptada e saudável depende dos factores de risco e dos acontecimentos *stressantes* serem poucos, se reduzirem ou se manterem em níveis que possam ser enfrentados com sucesso pela pessoa, e que esta possa dispor de recursos protectores, de forma a superar os factores de risco. Pelo contrário, quando os factores de risco e *stress* superam os factores de protecção, teremos como resultado situações de jovens desadaptados (Costa & López, 1996, cit in Trianes, 2004). Voltando ao “grupo de risco”, para Choquet e col. estes comportamentos aumentam a probabilidade de aceitação posterior, por parte do adolescente, de uma proposta de consumo de droga (1992, cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Desta forma, as correlações entre comportamentos pertencentes a domínios muito diferentes (domínio da escolaridade, problema de delinquência e problema de consumo individual de tabaco) podem tomar um valor potencial que escapa muitas vezes à avaliação individual. O reconhecimento de “grupo de risco” deveria servir para melhorar a política sanitária de prevenção e utilizar de modo mais pertinente os recursos disponíveis. Sendo que este reconhecimento de um “grupo de risco” implica a definição de acções de prevenção específicas e a tomada em consideração das atitudes individuais face a sistemas de saúde.

Por outro lado, se a ausência total de relações surge como um indício de uma perturbação relevante, no plano epidemiológico o elemento mais pertinente é, ao contrário, a intensidade das relações com os pares. O surgimento e a prevalência de muitos comportamentos patológicos estão fortemente correlacionados com a existência e, em particular, com a “qualidade” das relações com os pares. Nesta perspectiva, a procura de excessos, nomeadamente, saídas muito frequentes, muito tardias, ter muitos “amigos”, estar sempre fora, entre outros, é um indício e um revelador de múltiplos comportamentos patológicos (Marcelli & Braconnier, 2005). Estes resultados vêm reforçar o papel que os pais têm como observadores e participantes no despiste precoce da saúde mental dos seus filhos, pois são eles que estão mais próximos dos adolescentes, o que mais uma vez fundamenta a extraordinária importância da necessidade de uma relação calorosa, apoiante e com base na confiança mútua entre estes.

3.3. A Depressão na Adolescência

Segundo Wilkinson, Moore & Moore (2005: p. 21) “A *doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.* Estes autores referem que a depressão é muitas vezes reconhecida pelo próprio indivíduo (doente), bem como, pelos seus familiares e amigos mais próximos, quando os sintomas se agravam ou persistem durante muito tempo. Em termos práticos os autores fazem referência a alguns sintomas que habitualmente são manifestados pelos doentes depressivos:

- “- *humor triste persistente;*
- *perturbações do sono;*
- *perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais;*
- *diminuição da energia e fadiga;*
- *perda do apetite ou do peso (raramente aumente);*
- *diminuição da eficiência;*
- *auto-recriminação e culpa;*
- *incapacidade para se concentrar e tomar decisões;*
- *postura e gestos característicos;*
- *diminuição do desejo e da função sexual;”*

São ainda referidos outros comportamentos frequentes, tais como, a ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão.

Para Hallstrom & Maclure (2000) a depressão é um transtorno afectivo ou transtorno do humor, reconhecido como uma alteração psíquica e orgânica global, tendo consequentes alterações na maneira de valorizar e realidade e a vida. Contudo, estes autores referem que o termo “depressão” pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais, sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, pode significar uma doença, caracterizada por marcantes alterações afectivas. Salienta-se que

os teóricos que partilham uma interpretação psicogénica concebem que as perturbações afectivas, possam implicar uma predisposição genética, mas insistem em que os factores psicológicos desempenham um papel determinante. Assim, entendem que a ideia do paciente de que ele e o mundo não prestam aparece em primeiro lugar e a depressão em segundo, como efeito destas cognições e não como causa das mesmas (Gleitman, 1999). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), a manifestação da depressão em adolescentes (idade a partir de doze anos) costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Pois os adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva. Para Marcelli (2002) os sintomas de depressão que predominam na adolescência são: *“os sentimentos de perda de auto-estima e as tendências auto-punitivas e auto-agressivas. A irritabilidade, o retraimento e a inibição caracterizam mais facilmente o rapaz depressivo, a fadiga, os problemas alimentares, a imagem do corpo e o sentimento de culpabilidade caracterizam mais especificamente a rapariga depressiva”* p. 31. O autor refere ainda como factores associados, a angústia de separação, os comportamentos anti-sociais (luta, roubo, fuga), os consumos de produtos (tabaco, álcool, droga, soníferos e medicamentos auto-prescritos), ansiedade generalizada e as fobias. De acordo com Braconnier e Marcelli (2000), o adolescente realmente deprimido não se apresenta sempre como tal. Mas, perante qualquer comportamento surpreendente, provocador ou agressivo, perante qualquer queixa somática inexplicada e perante qualquer crise de choro, de abatimento e de desinteresse durante mais de quinze dias, é necessário focar a atenção sobre o jovem, pois podemos estar face a um adolescente verdadeiramente deprimido. Já para Boisvert (2006), o vazio de alma é comum nos adolescentes, o que se chama de “tristeza adolescente”. Pois o adolescente abandona de forma ambivalente a protecção do ninho da infância para se virar para a aventura e exploração do mundo. Segundo esta autora, estas tendências depressivas, ligeiras e recorrentes, podem expressar-se diversas vezes durante a adolescência. São encaradas como reacções depressivas normais que desaparecem ao longo do processo da adolescência. No entanto,

em alguns casos, este humor depressivo amplia-se e instala-se, invadindo o normal funcionamento do quotidiano do adolescente, o que, pode significar o início de uma depressão. De acordo com Vallejo-Nágera (2003), *“a depressão, nos adolescentes, pode manifestar-se de forma diferente da que ocorre no adulto. Costuma estar ligada a certas perturbações de comportamento, como a anorexia, a bulimia, a toxicodependência, a violência, a dificuldade de aprendizagem ou de concentração, a confusão mental, etc.”* p. 221. Esta autora salienta a dificuldade do diagnóstico, devido às rápidas variações de humor que caracterizam os adolescentes: a mudança física, o afastamento da família e a grande necessidade de ser aceite pelo grupo de pares. Pois estas características fazem com que os jovens se confrontem com os seus próprios sentimentos negativos. No entanto, quando o jovem se apresenta muitas vezes triste, mas sente energia suficiente para tentar resolver e lidar com problemas, consegue encontrar a saída que lhe permite chegar à sua própria identidade e consegue experimentar relações gratificantes, ele não está verdadeiramente deprimido. Pelo contrário, a verdadeira depressão transcende a vontade do adolescente, abafa a sua capacidade de reagir e submete-o a um sofrimento doloroso.

Por outro lado, Fleming (2005) faz uma distinção entre depressão normal e depressão patológica nos adolescentes. Assim, a autora refere que *“... de acordo com a perspectiva psicanalítica, o processo de desenvolvimento psicológico adolescente implica os afectos ligados à depressão normal e, nesta perspectiva, a tristeza, os sentimentos de infelicidade e de vazio estão associados aos processos de desenvolvimento psicológico normal”* p. 205. Por outro lado, a autora refere que na depressão patológica persiste uma *“incapacidade de tolerar os factos ligados à perda, pela incapacidade de os sentir e elaborar... A depressão patológica não seria portanto uma depressão normal em que se verificaria sintomatologia depressiva, mas ao contrário ela exprime o deficit da capacidade de tolerância do Eu adolescente ao trabalho de luto... Mais concretamente, diria que a depressão patológica tem a sua marca inconfundível na compulsividade... Ou seja, na impossibilidade por parte do sujeito de deixar de fazer, de pensar, de dizer o que se impõe ao pensamento... O que caracteriza a depressão patológica é, não a turbulência emocional, mas a estagnação, o*

afundamento psíquico, como se a vida mental e todas as suas funções estivessem submersas, perdendo-se a capacidade de pensar de forma criativa e resolutiva...O adolescente deprimido sente-se muitas vezes sem forças, incapaz, impotente perante os desafios da vida...” p. 205. A autora acrescenta ainda algumas ideias e emoções experimentadas por adolescentes deprimidos: sentir-se só, medo de praticar coisas más, gritos, necessidade de ser perfeito, constrangido, com medo, culpado, desconfiado, sentir-se sem valor, triste e aborrecido, sentimento de não ser amado. Segundo esta autora, depressão é *“uma perturbação afectiva que sobressai por entre os problemas psicológicos da adolescência, porque o risco de suicídio é grande, pelo seu impacto negativo nos mecanismos de adaptação e ajustamento social do adolescente e pelos efeitos a longo termo que produz no funcionamento psicológico adulto. Curiosamente, é muitas vezes ignorada, ou dificilmente reconhecida pelo próprio ou pelos familiares, e muitas vezes denegada”* pp. 198 e 199. Esta autora explica-nos que de acordo com a sua experiência clínica, depara-se frequentemente com os pais que levam os filhos (que sofrem de depressão) à consulta e que se queixam basicamente dos problemas comportamentais e do baixo rendimento escolar destes. Pois segundo ela, embora a depressão seja um síndrome muito conhecido, não parece ser identificada e reconhecida pela população em geral. Acrescenta que, na escola primária aprende-se tudo sobre os animais, as plantas e os minerais, mas não nos ensinam nada sobre o funcionamento da nossa vida psíquica, sobre as emoções, os afectos e as suas perturbações. Pois ensinam-nos a olhar para fora, às vezes até nos ensinam a não pensar e a não querer entender o que se passa dentro de nós ou dos outros, com comentários como estes: “não penses, que te faz mal”; “deixa lá, esquece isso, faz mas é desporto”. Pelo que, segundo esta autora, estas injunções culturais reforçam os nossos mecanismos de defesa contra a ansiedade ou a dor psíquica, sinais que impedem uma escuta, uma significação ou um entendimento de determinados acontecimentos da vida.

3.4. O Ambiente Familiar e a Depressão na Adolescência

Em qualquer processo de adolescência os pais participam no trabalho de separação e em conjunto devem efectuar um trabalho de luto. Pois segundo Marcelli & Braconnier (2005) o ambiente familiar pode desencadear uma reacção ansio-depressiva, alguns dos factores de risco são: um desacordo conjugal dos pais; o alcoolismo; a morte de um dos pais e o controlo excessivo dos pais que impede o desejo de separação do adolescente podendo exprimi-lo apenas sob a forma dessa reacção brutal, entre outros. Contudo, o ambiente familiar pode também desempenhar um papel protector quando essa reacção está ligada ao insucesso de uma relação amorosa, ruptura sentimental, a uma dificuldade escolar ou profissional ou uma relação conflituosa com outro adolescente (grupo de pares). Para Braconnier e Marcelli (2000), os pais, embora sejam o primeiro alvo das pulsões agressivas do adolescente, eles têm uma função mais positiva, a de proporcionar a segurança e a protecção, uma vez que o adolescente é um ser vulnerável porque não tem consciência dos seus próprios limites. Como tal, a procura do mesmo pode leva-lo a situações extremas e perigosas. Assim, o papel dos pais é precisamente o de vigiar (na retaguarda) o meio em que evolui o adolescente, com o objectivo de que este seja o menos possível alvo de experiências traumatizantes. Sendo este meio inevitavelmente alargado com a idade, de forma gradual. Estes autores afirmam que, a ausência deste refúgio parental pode levar o adolescente a manifestar atitudes de desespero e até mesmo a ter sentimentos de perda irremediável, ou seja, ficará aberto a uma depressão. Logo em todas as situações, o diálogo entre pais e adolescentes continua a ser um instrumento indispensável e privilegiado para prevenir a depressão nos jovens.

Por outro lado, estudos sobre a privação parental, referem que esta surge muitas vezes independentemente do facto dos pais estarem fisicamente presentes em casa. As crianças que são criadas por um dos pais, afectuoso e delicado, sentem, provavelmente, menos privação psicológica do que as crianças que vivem com os dois pais que não gostam delas ou as ignoram (pelo menos transmitem-no). Pois quando os adolescentes cresceram privados das formas de elogios e encorajamento que os ajudam a aprender, a

sentir-se bem consigo próprios e com o mundo em que vivem, ficaram marcados por uma infância desfavorável que contribui para a susceptibilidade à depressão. O que se afigura mais nefasto para estes comparando com ausência de um pai por motivo de morte, divorcio, separação ou ilegitimidade. A este mesmo respeito, outros factores implicados na etiologia da depressão incluem a rejeição dos pais (quer factual quer sentida) e mesmo a desarmonia parental, o que, quase sempre diminui a atenção que a criança recebe dos pais e tende a reduzir a sua auto-estima (Lefkowitz & Tesiny, 1984; Long, 1986; Parker, 1983, cit in Weiner 1995). No mesmo sentido, de acordo com a perspectiva cognitiva é inerente a uma abordagem muito importante da depressão, proposta por Aaron Beck (Beck, 1967, 1976). Este autor pensa que *“a condição do paciente pode ser entendida como resultado de um tríade de crenças intensamente negativas e irracionais sobre si próprio, o seu futuro e o mundo circundante: que ele não serve absolutamente para nada, que o seu futuro é desolador e que, aconteça o que acontecer à sua volta, será sempre para o pior. Segundo Beck estas crenças formam o núcleo de um esquema cognitivo negativo e, em função do qual o paciente interpreta tudo o que lhe acontece. Face a circunstâncias adversas mínimas, o paciente exagera-as extraordinariamente (insiste que o seu carro está pronto para a sucata, quando tudo o que tem é uma amolgadela no pára-choques); face a realizações importantes, diminui acentuadamente o seu significado (insistindo que é um incapaz, mesmo que tenha acabado de receber um prémio profissional importante). Estes esquemas resultam de uma sucessão de experiências negativas nos anos precoces de vida: uma atitude excessivamente crítica no lar ou na escola, a perda de um progenitor, rejeição pelos pares, etc. Mas, independentemente da sua origem, estes esquemas negativos ganham um carácter auto-perpetuante, o deprimido acaba derrotado”* (Gleitman, 1999: pp. 988 e 989). Também de acordo com João dos Santos, se pensarmos que a depressão é basicamente a falta de apoio e a frustração inevitáveis do curso de processo de crescimento, poderemos aceitar que a neurose e a depressão se organizam, de forma mais ou menos adequada, consoante o sujeito encontra à sua disposição pessoas, coisas e situações, mais ou menos favoráveis à situação das suas necessidades básicas. Se a neurose e a depressão são *“primariamente inter-relacionais – no grupo dos pais e da*

pátria – e, posteriormente autónomas, poderemos admitir que a Prevenção para a Saúde exige basicamente ambiente apropriado para que o ser se organize como pessoa, mesmo que afectiva, intelectual e socialmente, inevitavelmente dependente dos outros” (Branco, 2000: p. 383). Estas perspectivas mostram que, não é suficiente, os pais prestarem os cuidados básicos aos filhos, pois para um desenvolvimento equilibrado é extremamente importante que sintam e expressem o seu amor incondicional, para que estes se sintam amados e aceites.

Também de acordo com (Marcelli & Braconnier, 2005), as abordagens psicopatológicas da depressão no adolescente apresentam, diferentes tipos conforme a predominância de uma das dimensões da depressão. Podem distinguir-se; a reacção depressiva, a depressão de inferioridade, a depressão de abandono e a depressão melancólica. Na depressão de inferioridade, o ideal megalomaniaco do adolescente é sustentado por um dos pais que projectou desde sempre o seu ideal megalomaniaco sobre a criança. Verifica-se muitas vezes, que através dos seus filhos esses pais defendem-se da sua própria depressão. No caso da depressão de abandono, os pais podem estar directamente relacionados, mais especificamente a mãe. O autor refere que a depressão de abandono é compreendida psicogeneticamente como a revivescência na adolescência de sentimentos de abandono que ocorreram entre um ano e meio e três anos. No caso da depressão melancólica é frequente encontrar nos pais uma patologia idêntica, de forma a que, essa observação é um sinal significativo do diagnóstico, sendo muitas vezes referida a hipótese genética. Estas explicações contribuem sem dúvida para entendermos que são vários os factores implicados na origem da depressão dos adolescentes, tal como, são várias as dimensões que podem dominar na mesma.

Segundo a perspectiva de Strecht (2003) *“As estruturas depressivas são sempre condicionadas por acontecimentos exteriores sentidos pela (criança) ou adolescente com uma marca de insuficiência, ausência, vazio e, quase sempre, mais do que a forma de que realmente se revestiram, interessa a maneira como eles os viveram”* p. 133. Assim, segundo este autor, a depressão parece estar estreitamente ligada ao tipo de relacionamento entre pais e filhos, sendo que a organização narcísica depende essencialmente da imagem que, em espelho, a (criança) ou adolescente recebe de quem

lhe está mais próximo; mãe, pai, irmãos, família abrangente, amigos, escola e comunidade. No mesmo sentido, para Fleming (2005), existe um maior risco de depressão nos adolescentes que, na sua infância sofreram perdas, por morte, separação prolongada de figuras significativas (pais ou substitutos) ou relações de vinculação inseguras. E já na adolescência, têm pais que sofrem de depressão, experienciam situações de perda real ou ameaça de perda: a morte ou desaparecimento, por ausência duma figura amada; uma ruptura amorosa, um fracasso na concretização de um sonho (ex: não ter entrado num curso ambicionado), uma perda da saúde física por doença ou acidente com danos na imagem corpora, assim como, os adolescentes que juntam a estes factores a vivência de acontecimentos de vida que, embora, pareçam insignificantes, têm para eles o significado de perda ou ameaça de perda e que põe à prova o seu equilíbrio emocional e o seu narcisismo, entre outros. Esta autora salienta ainda que, de acordo com a literatura, existem factores de risco *major*, tais como: a morte de uma pessoa querida e o facto de crescer com uma ou ambas as figuras parentais deprimidas. Por outro lado, como factores de prevenção, são mencionadas as boas relações com os pais e com o grupo de pares. Desta forma, podemos dizer que os recursos familiares de qualidade poderão prevenir a depressão nos adolescentes.

Relativamente à relevância ou dimensão desta patologia, segundo Hallstrom & Maclure (2000), os transtornos depressivos propriamente ditos, constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população em geral. E também, de acordo com Strecht (2003) “*As estruturas depressivas de funcionamento psicopatológico englobam grande parte das situações mais comuns em psiquiatria da infância e adolescência. Nalgumas estatísticas, chegam mesmo a ter representações de mais de 50% de todas as crianças e adolescentes observados*” p. 129. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial, devido ao facto de que doenças como a depressão e as cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição (OMS, 2001). Pois de acordo com Marques (2005), prevenir e intervir será, antes de mais, ouvir e ver o que nas condutas está contido, aceder ao seu significado, torná-las como conteúdos à procura de

continentes, passar do visível ao invisível, do manifesto ao latente, tudo isto através de um processo conjunto com a família, sustentado pela curiosidade e desejo de sonhar de conhecer e ser. Neste sentido, parece efectivamente pertinente e até urgente, o papel da psicologia da saúde, mais precisamente, na actuação junto dos pais, o mais precoce possível, com o intuito de prevenir a depressão e promover a saúde mental das crianças e adolescentes.

3.5. Implicações da Interação Familiar na Saúde Mental do Adolescente

Sabia que era diferente das outras crianças, porque na minha vida não havia nem beijos nem promessas. Sentia-me muitas vezes sozinha e queria morrer. Tentava animar-se, sonhando. Nunca sonhei com alguém que me amasse da maneira que via as outras crianças serem amadas. Era demasiado para a minha imaginação. Arranjava um meio termo e sonhava que atraía a atenção de alguém... que havia pessoas que olhavam para mim e diziam o meu nome. (Marilyn Monroe, 1975)

Efectivamente segundo Mallon (2001) a realidade “crua e nua” é que semanalmente, milhares de crianças sofrem perdas (verdadeiras e/ou percebidas). Esta autora salienta o testemunho de Marilyn Monroe acima citada, para realçar que as crianças e os jovens, sentem-se perturbados e não ou mal amados. Pois segundo a autora, mais de dez mil jovens entre os 10 e os 18 anos de idade perdem todos os anos um dos pais, por vezes por morte deste, e outros sofrem o desespero e a disfuncionalidade familiar, quer seja por divórcio ou mesmo por desentendimento no contexto familiar. Neste sentido, a autora refere “*O desamparo das crianças reflecte o mundo que nós, adultos, lhes preparámos. Números crescentes de crianças “em risco”, noventa e oito mil crianças que todos os anos fogem de casa, taxas cada vez mais altas de suicídios,*

depressão e anorexia de adolescentes e dez mil telefonemas diários para ChildLine¹ mostraram-nos a extensão da tensão” p. 7. Esta autora acrescenta ainda que o potencial para o *stress* também está patente em determinadas fases de desenvolvimento, nomeadamente, na adolescência, na qual, o jovem tem de se ajustar e adaptar às mudanças fisiológicas, psicológicas, e sociais próprias do crescimento. Torna-se efectivamente observável a angústia dos jovens, quer sob a forma de tristeza, quer de agressão e transgressão das normas. No mesmo sentido, segundo Schaffer (1992) o que acontece entre a criança e os pais constitui uma das grandes preocupação para muitos sectores, nomeadamente para as áreas da educação, social e saúde. Desta forma, segundo este autor, o desafio consiste em investigar as metodologias e estratégias para melhorar as condições nas quais as crianças e jovens são educados, quer nos primeiros anos de vida quer na continuidade do seu desenvolvimento até à idade adulta. Este autor vai mais longe, ao afirmar que *“Portanto, - assim o esperamos - estar em melhor posição para evitar que as crianças adoçam, se tornem anormais ou não sejam capazes de utilizar as suas aptidões naturais (...) E para os pais a motivação pessoal de um melhor conhecimento de si próprios e de aprenderem a maneira «correcta» de educar os filhos”* p. 9. Já Erikson (1950, cit in Bower, 2000: p. 12) afirmava que *“o bebé adquire ou uma confiança básica no mundo ou uma desconfiança básica do mundo: As mães criam um sentido de confiança nos seus filhos através de um tipo de relação que combina o cuidar atento das necessidades individuais do bebé e de um firme sentido de fidelidade pessoal no seio da estrutura credível do seu estilo de vida cultural (...) Desvios a estes estilo – mães imprevisíveis ou desatentas – criariam uma desconfiança básica que pode perdurar por toda a vida do indivíduo”*. De acordo com Biddulph (2003: p 53) o único motivo que pode levar as crianças a portarem-se mal é terem necessidades insatisfeitas. Mas quais são essas necessidades? *“Dou-lhes de comer, visto-os, compro-lhes brinquedos, trago-os quentinhos e asseados...». A verdade é que há outras necessidades (que felizmente podem ser satisfeitas com pouco dinheiro) para além dessas necessidades «básicas». Estas misteriosas necessidades são essenciais, não só para fazer as crianças felizes, mas também para manter a própria vida”*. Para este autor os

¹ Serviço telefónico de apoio à criança.

bebés mais pequenos gostam que lhes toquem e gostam de se sentir nos braços ou no colo de alguém. O mesmo acontece com as crianças mais crescidas, embora possam ser mais exigentes em relação a quem lhes pega ao colo. Por sua vez, os adolescentes podem parecer incomodados com a manifestação de ternura por parte dos pais, mas são capazes de confessar que gostam tanto de receber afecto como quando eram crianças. Para além disso, fica claro que no fim da adolescência procuram formas especiais de afecto com grande energia. Em suma, percebemos que todos temos necessidade de reconhecimento, de ser notados e, de preferência, de receber dos outros elogios sinceros. Queremos que se fale de nós, que as nossas ideias sejam ouvidas, valorizadas e até admiradas. Já de acordo com Ajurriaguerra (1991: p. 340) *“O conjunto pai – mãe – filho, permanece como o modo de organização social mais frequente em nossa sociedade ocidental e continua servindo de modelo e referência, apesar das numerosas críticas que lhe são dirigidas. A família desempenha um papel fundamental, tanto no desenvolvimento de um processo patológico, quanto naquele dito normal. A família apresenta-se como factor causal essencial de várias patologias, nomeadamente o problema da carência afectiva, depois dos desvios patológicos da relação pais – filhos (crianças vítimas de maus tratos, pais doentes mentais, crianças vítimas de incesto ou incestuosas) e, por fim, os problemas colocados pelas famílias incompletas ou em crise (divorcio, mãe solteira), terminando pela adopção”*.

Para Jersil (1973, cit in Oliveira, 1994) as relações do adolescente com os pais podem ser consideradas como um drama em três fases: em primeiro lugar, quanto aos (pré)-adolescentes, estes têm ainda necessidade dos pais, no entanto começam a sair de casa; na segunda fase, acende-se a luta pela emancipação (isto em forma de crítica aos pais, espírito revolucionário e encararem os amigos como o centro dos interesses); por fim, acalam a luta e os jovens voltam a valorizar os pais, em particular quando estes não entraram em pânico (descontrolo e relacionamento ineficaz) na fase anterior e souberam dar aos filhos adolescentes a liberdade de forma progressiva. Neste sentido, segundo Oliveira (1994) a busca de autonomia em relação aos pais constitui uma das características essenciais para desenvolvimento saudável do processo da adolescência. Também para Fleming (2004) as várias abordagens convergem, no sentido em que,

consideram a autonomia, ou seja, a separação de pais e adolescentes, como a tarefa desenvolvimental mais importante da adolescência. Segundo esta autora, Baumrind concluiu que a autonomia na adolescência é impulsionada por atitudes parentais que conjuguem em simultâneo a apresentação clara de limites e regras para o comportamento e uma relação calorosa com base na compreensão e na aceitação incondicional dos filhos. Também Elder (1963, cit in Fleming, 2004) conclui que, a autonomia (capacidade de tomar decisões e sentimento de autoconfiança nos objectivos pessoais e nos padrões de comportamento) é mais típica nos adolescentes cujos pais são simultaneamente permissivos ou democráticos e dão frequentemente explicações como modo de legitimação do seu poder. Por outro lado, os adolescentes que raramente recebem explicações encontram-se menos aptos a expressar comportamentos autónomos. Sendo ainda entre os pais que explicam as suas decisões, os que adoptam um estilo democrático são os que mais promovem a autonomia dos seus filhos adolescentes. Outra das suas conclusões, diz respeito, aos filhos que aceitam os pais como modelos, sendo que, estes têm pais que praticam um estilo democrático. Na mesma linha encontram-se os importantes estudos realizados nos E.U.A. por Douvan & Adelson (1966, cit in Fleming, 2004), que indicam que um estilo parental democrático se associa a uma maior autonomia no adolescente, ao contrário, pais autoritários ou muito permissivos têm com grande frequência filhos com baixa autoconfiança e dependentes ou revoltados. Também de acordo com Martins (2005), as crianças e jovens que cujos pais são afectuosos e disponíveis que encorajam os seus esforços, alcançam com mais facilidade uma auto-imagem competente, desenvolvendo uma maior confiança em si próprio e nos outros. Desta forma, a autonomia parece estar mais presente em adolescentes cujos pais permitem e encorajam os filhos à separação gradual da família. Segundo estes últimos autores, a autonomia é promovida através de atitudes parentais que revelem preocupação, orientação, mas não severidade. Ainda na mesma direcção, um estudo longitudinal realizado durante 40 anos por Allaman et al. (1972, cit in Fleming, 2004), indicou que, os jovens cujos pais foram exigentes e simultaneamente rejeitantes, frios e repressivos, eram, na adolescência e na idade adulta, indivíduos não-autónomos e ansiosos, procurando constantemente a aprovação dos outros e tinham também tendência

para pensar que tinham pouco ou nenhum controlo sobre aquilo que lhes acontecia. Também para Eron, Huesmann & Zelli (1984, 1986, 1987, 1991, cit in Ramírez, 2001) existe uma relação entre a conduta agressiva da criança e do jovem fora da sua casa, especialmente na escola, com as variáveis afectivas e de relação familiar, tal como a rejeição dos filhos pelos pais, os castigos agressivos e a falta de identificação dos jovens com os seus progenitores. Assim, segundo Leung e Leung, a boa relação com os pais contribui em grande parte para a satisfação com a vida e para o auto-conceito dos adolescentes; contribui para o seu bem-estar e felicidade segundo Armsden e Greenberg; Silverberg e Steinberg; segundo Papini et al. contribui para a exploração da sua identidade (1992; 1987, 1987; 1989, cit in Oliveira, 1994). Contudo, segundo Oliveira (1994) não podemos generalizar os acontecimentos, pois cada caso é único e depende dos pais e dos filhos. Sendo que, perante as mais diversas reacções dos adolescentes, os pais também reagem das mais diversas formas, dependendo de enumeras circunstâncias do casal em si, da relação com o filho, do temperamento deste, do contexto, entre outras. O que frequentemente acontece é que os pais que não souberam dar progressivamente liberdade aos filhos e os tornaram mais infantis, são os que efectivamente sofrem mais e provocam mais sofrimento nos filhos. Estes, são também os pais que se tinham identificado “doentamente” com os filhos, projectando neles as suas ambições e sonhos não realizados e irrealizáveis, os que procuraram nos filhos um suporte afectivo, sobretudo as mães quando tentam procurar nos filhos a compensação das frustrações conjugais, os pais que não aceitam o envelhecimento ou que pensam que ficam sem missão ou sem orientação na vida à medida que vêem os filhos a crescerem e a tornarem-se autónomos. Ainda segundo este autor, os adolescentes costumam criticar os pais em diversos aspectos: nas comparações com os irmãos ou colegas/amigos; a pressão para o sucesso escolar; a proibição das saídas à noite; os gastos de dinheiro; as modas no vestir; as críticas das companhias (grupo de pares); certos vícios (ex: fumar, beber álcool). Pois estes comportamentos parentais advêm muitas vezes da ansiedade e do receio sobre os mais diversos perigos ou acidentes que possam acontecer aos filhos. Em relação a estas críticas, poder-se-á dizer que estes comportamentos parentais terão de

existir, no entanto, deverão ser postos em prática com tacto, ou seja, de uma forma assertiva.

Neste contexto, os pais podem sentir-se falhados na educação, desenvolvendo complexos de culpa, podendo mesmo sentir-se revoltados ao verem desmoronar-se tantos castelos de sonho. Esta ansiedade é mais acentuada quando o crescimento dos filhos toca em pontos mais sensíveis e mal resolvidos pelos pais, como a sexualidade, a realização escolar e profissional, a escolha matrimonial, entre outros. É também frequente, os pais usarem mecanismos de defesa ou mesmo fazerem chantagens, como por exemplo proibir sistematicamente o adolescente de dar um passo em frente, cobrar a gratidão dos filhos, minar a confiança do jovem em si mesmo e nos outros, “comprar” o filho através de promessas para o manter em casa, implorar compaixão passando-se por doentes, etc. Outro dos problemas das interações familiares é a incoerência nos modelos de educação do pai e da mãe, da desunião conjugal ou mesmo da separação/divórcio do casal. Assim, de acordo com vários autores, as perturbações dos adolescentes têm frequentemente origem nas interações patológicas do próprio grupo familiar, em particular nos casos de perturbações graves da personalidade. Por exemplo nos adolescentes ditos limites ou que sofrem de perturbações narcísicas da personalidade. Estas famílias são frágeis, pelo que, não suportam os esforços de separação-indivuação do adolescente. A família organiza-se à volta de “crenças fundamentais” ou “pressupostos de base” que a tornam um grupo único e defensivo. O conceito de “pressupostos de base” segundo Bion tem como função preservar a coerência e a unidade do grupo, no entanto, derruba muitas vezes os limites inter-individuais e as barreiras inter-geracionais. Quando esta unidade familiar passa a ser ameaçada, observa-se uma regressão no funcionamento de cada um dos membros do grupo com recurso aos processos defensivos arcaicos (clivagem, denegação, projecção) e reforço da adesão a esses “pressupostos de base”. Neste sentido, se um grupo familiar funciona sobre este modelo, o adolescente torna-se uma ameaça através dos seus desejos de vida autónoma, as suas contestações dos sistemas de ideais parentais e das suas escolhas de objectos novos. Estas atitudes normais do adolescente são sentidas pela sua família como um perigo, reagindo cada membro através de mecanismos de defesa

arcaicos já referidos. Estes mecanismos têm em simultâneo como função e consequência esbater os limites inter-individuais, tornando confusa a individualidade e por conseguinte a identidade de cada um. Desta forma, para Shapiro (1969), o insucesso no desenvolvimento da autonomia relativa do Ego do adolescente deve ser atribuído a uma falha do Ego dos pais, os quais apresentam eles próprios aquilo a que Erickson chama um “identidade difusa”. No seio destas famílias, os pais reagem a qualquer tentativa de independência do adolescente, considerando este como dependente, incapaz, incompetente e sem discernimento. No entanto, os próprios pais emitem frequentemente julgamentos que surgem rapidamente como estereotipados, influenciados pelo ambiente (por exemplo, os avós) e por vezes mesmo francamente irrealistas, sendo que, essas opiniões revelam uma personalidade com limites incertos com um Ego frágil e dependente (cit in Marcelli & Braconnier, 2005). Segundo estes autores, a função perigosa das projecções é reconhecida pela maioria dos investigadores, principalmente quando a projecção se torna o modo relacional frequente. Um bom exemplo é o que se observa em muitos adolescentes suicidas ou que apresentam desabamentos psicóticos ou nos adolescentes “limite”. Segundo Ladame (cit in Marcelli & Braconnier, 2005), podemos apontar de forma representativa as famílias dos adolescentes perturbados que recorrem frequentemente à identificação projectiva. Enquanto esse mecanismo continuar a dominar, e as necessidades defensivas dos pais forem particularmente intensas, as possibilidades de uma autêntica separação-individuação do adolescente ficam comprometidas. Assim sendo, essas identificações projectivas tornam confusos os limites do *self* do adolescente. Para além da projecção, associam-se ainda outros tipos de defesas, como por exemplo a clivagem que, representa o risco de uma patologia-limite dominada pelo maniqueísmo “bom-mau” e idealização que fomenta o risco de uma patologia narcísica dominada por um *self* grandiosos. Tais mecanismos arcaicos servem de reforço aos “pressupostos base”. Por exemplo, crenças que alimentam o mito familiar, que se revelam muitas vezes as funções particulares ocupadas pelas pessoas e pelas imagens dos avós, uma vez que, os pais do adolescente, terão eles próprios estabelecido relações semelhantes com os seus progenitores (avós dos adolescentes). Neste sentido, os comportamentos “patológicos” parentais, em particular as defesas por

identificação projectiva, clivagem, entre outras, comprometem a evolução maturativa do adolescente. Pelo que, este poderá responder através de comportamentos desviantes, tais como: toxicomania; delinquência; tentativas de suicídio; episódios delirantes; anorexia mental; desinvestimento escolar; depressão, entre outros. Sendo que, estes comportamentos parecem representar tentativas de conciliação entre a necessidade extrema de autonomia/identidade própria e a imperiosa necessidade de preservar a pertença à sua unidade familiar, ou seja, os tais “pressupostos de base” da família.

Também relativamente às implicações das interações familiares, segundo Bléandonu (2003), a ausência de um verdadeiro diálogo, é na maioria das vezes vivida pelo adolescente como uma marca de indiferença ou até mesmo de um sentimento de abandono pelos pais. Este autor refere que para além da necessidade deste diálogo, ele não deixa de ser difícil, no entanto, todos os pais devem leva-lo a cabo, tendo sempre presente que se tornará gradualmente mais fácil. Por outro lado, este autor refere que quando o progenitor se quer parecer com o seu adolescente, complica-lhe de certo modo, a tarefa, pois coloca-lhe uma barreira na possibilidade de diferenciação e de autonomia. Quando o progenitor quer ser «cúmplice», adopta consciente ou inconscientemente uma atitude de sedução, o que, leva a uma «excitação» intolerável no adolescente, a qual deverá ser evacuada de diferentes formas, nomeadamente, através de fugas, passagens ao acto, consumo de drogas ou até tentativas de suicídio. Por outro lado, outro dos riscos extremos seria a rigidez e a hostilidade sistemáticas que não permitem que o jovem viva a experiência desse diálogo, porque esse conflito rapidamente adquire tal intensidade que obriga o mesmo ou a renunciar afirmar-se, mostrando uma passividade excessiva e até depressiva, ou a reagir em «espelho», com uma escalada da violência que por vezes se transforma em verdadeiros movimentos que se poderiam classificar de paranóicos. Perante estes dois extremos, os pais deveriam aceitar a ideia de um diálogo, de negociações pacientes e repetidas e suportar a ideia de que esse diálogo nem sempre será logo satisfatório. No entanto, os pais não devem renunciar as suas ideias e crenças, devem sim partilha-las com os seus filhos, embora tenha consciência que nesta fase de desenvolvimento, não é fácil os jovens aceitarem-nas sem discussão e contradição. Outro factor importante a ter em conta, é que ao nível da autoridade parental, esta fora

exercida na infância, e apesar de se extremamente necessária na adolescência, deve pois ser alvo de importantes reestruturações. Este autor chama ainda a atenção para a importância que tem o facto dos pais não se desvalorizarem um ao outro, por exemplo, que um deles não conteste sistematicamente as decisões do outro. Desta forma, fica claro o valor crucial que tem o verdadeiro diálogo entre pais e filhos, especificamente na adolescência para o bem-estar e desenvolvimento emocional saudável dos jovens.

Ainda segundo Born (2005) as interações entre pais e filhos são muitas vezes deficientes nas famílias de jovens delinquentes e frequentemente boas nas famílias de não delinquentes. Segundo este autor, as relações pais-filhos são mais frequentemente calorosas nas famílias de não delinquentes, sendo mais frequente a indiferença, ou até a rejeição, nas famílias dos delinquentes. Acerca destes, o autor refere ainda que o lar é pouco atraente, praticam-se nestas famílias mais condutas imorais e menos actividades recreativas do que nas famílias dos não delinquentes. Neste sentido, de acordo com Boisvert (2006), *“estudos epidemiológicos levados a cabo na população de crianças e adolescentes, os factores ligados à família são recenseados, analisados e alguns deles associados ao aparecimento de perturbações mentais nos jovens (...) a monoparentalidade, o disfuncionamento da família (discussões, tensões, divórcios, etc.) e as doenças dos pais podem predispor alguns jovens para desenvolver uma psicopatologia”* p. 161. No mesmo sentido, de acordo com Cardoso (2005) alguns autores referem que, a evolução da compreensão da etiologia dos distúrbios alimentares só podem ser alcançados baseados num conhecimento mais alargado sobre a forma como as influencias biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais se combinam para originar e manter o distúrbio. A autora acrescenta ainda que, tal como os factores de ordem biológica, psicológica e familiar, os socioculturais podem ser vistos como explicativos e condicionantes do surgimento das perturbações do comportamento alimentar. Assim, poder-se-á referir que a compreensão desta problemática deverá ser enquadrada por todos estes contextos que fazem parte da vida dos jovens.

Ao contrário, segundo Marujo; Neto & Perloiro (2002), os pais que proporcionam aos filhos uma educação para o optimismo, ajudam os filhos na prevenção de depressões, desânimos e desmotivações. No entanto, segundo estes autores para que os pais possam

actuar desta forma, têm eles mesmo de expressar o dito “optimismo”. Neste sentido, os autores referem que estes devem adoptar um adequado estilo educativo, sendo que apontam o estilo democrático como o mais eficaz. Assim, uma vez que este estilo já foi descrito no ponto 1.1.4.1. do presente trabalho, só mencionamos alguns aspectos referidos por estes autores: “... *Sempre que possível, os filhos são chamados para dar opiniões e tomar decisões colectivas, próprias à família. Estando no comando, conseguem um grau óptimo de flexibilidade, respeito e colaboração, já que são sensíveis aos sentimentos dos outros e os respeitam – mas, claro, respeitando-se também a si. São confiantes, têm uma elevada imagem de si, e acabam por ter filhos essencialmente responsáveis, autónomos, autodisciplinados, que se sentem amigos dos pais e ao seu nível de todas as vezes que se sentem ouvidos e respeitados*” p. 86. Os autores acrescentam ainda que, com este estilo educativo, os pais têm uma forma de liderar virada para o futuro, dando novas oportunidades, dando o benefício da dúvida, não fazendo julgamentos precipitados, mostrando interesse e entusiasmo sobre projectos futuros da própria família e do jovem em particular. Pelo que, com esta forma de educar, os jovens são mais seguros, sem medo, motivados, desejosos de cooperarem, pois sentem-se valorizados, reconhecidos e optimistas. Na mesma direcção, tal como Stresh (2003) defende, é da qualidade da relação entre pais-filhos que se desenvolve o bem-estar afectivo básico para que uma criança ou adolescente possa ter um bom desenvolvimento. Segundo este autor, “*É muito importante não esquecer que é através do padrão de relação precoce entre pais e filhos que se estabelece a forma como nos relacionamos connosco e com o que nos rodeia. Por isso, os pais são os principais agentes da saúde emocional dos seus filhos. Esta é já uma ideia comum, e talvez por isso se constate agora, como nunca antes com tanta força, que desejam cada vez mais saber o que podem fazer para lhes proporcionar um furo melhor. E «tudo começa em casa», como escrevia Donald Winnicott, um famoso médico de psiquiatria infantil inglês. E «a casa é onde está o coração» cantava um grupo musical há uns anos atrás...*” p. 45. Também para Sá (2000: p. 17) “...há muitos momentos em que os pais se insurgem, rabugentos, contra os seus filhos, dizendo que eles têm tudo para serem felizes, não percebendo o que lhes falta... Faltam-lhe os pais!...”. Pois bem, todas estas

posições mostram o quanto é importante a qualidade dos recursos familiares: relações pais-filhos; orgulho familiar; entendimento familiar; sentimento de pertença; educação com base no apoio e na compreensão, educação para o otimismo, assim como, a identificação dos limites e a manifestação do amor incondicional por parte dos pais, tudo isto, para promover nos filhos a “Saúde Mental”.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

«Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se pode colocar.»

Fortin, 1999

CAPITULO 4 – OBJECTO DE ESTUDO

4.1. Propósito e Delimitação do Problema

Tendo presente o crescente número de adolescentes com perturbações patológicas, tal como, refere Matos (2002: p. 37) “*A psiquiatria do adolescente adquire foros de uma certa autonomia na última década, impulsionada pela necessidade de melhor compreender e mais eficazmente ajudar o crescente número de jovens desadaptados socialmente e em sofrimento pessoal*”. Neste âmbito, uma vez que o instrumento utilizado para avaliar a Saúde Mental dos adolescentes, para além, de avaliar a Saúde Mental em geral, também discrimina a avaliação de diversas dimensões de sintomatologia, optamos por focar a dimensão “Depressão”, devendo-se por um lado, ao facto de a mesma representar uma grande parte das situações mais comuns em psiquiatria da (infância) e adolescência. Sendo que nalgumas estatísticas, chegam mesmo a ter representações de mais de 50% de todas as (crianças) e adolescentes observados (Strecht, 2003). Por outro lado, como se sabe, o traço comum às diversas organizações depressivas é a falha narcísica, a frágil auto-estima, a imagem negativa e distorcida de si próprio. Pelo que, ao contrário do que é normal os adolescentes não têm uma solidez interior mínima. Se pensarmos que a estruturação do narcisismo (o amor de si próprio inscrito numa sólida e coerente auto-imagem) se faz ao longo das diferentes etapas do desenvolvimento emocional, torna-se fácil ligar a fase em que ocorreram as principais dificuldades (infância e adolescência), com as consequências que surgiram na estruturação psíquica adolescente (Strecht, 2003). Tal como o autor afirma “*As estruturas depressivas são sempre condicionadas por acontecimentos exteriores sentidos pela (criança) ou adolescente com uma marca de insuficiência, ausência, vazio*

e, quase sempre, mais do que a forma de que realmente se revestiram, interessa a maneira como eles os viveram” (Strecht, 2003, cit p. 133). Neste sentido, esta patologia parece estar estreitamente ligada ao tipo de relacionamento entre pais e filhos, sendo que a organização narcísica depende essencialmente da imagem que, em espelho, a (criança) ou adolescente recebe de quem lhe está mais próximo; mãe, pai, irmãos, família abrangente, amigos, escola e comunidade (Strecht, 2003).

Por outro lado, outros autores defendem que a Saúde Mental em geral parece estar relacionada com os Recursos Familiares. Canavarro, Serra, Firmino & Ramalheira (1993), através do estudo que realizaram sobre os Recursos Familiares e Perturbações Emocionais, verificaram que os indivíduos não doentes apresentaram valores mais elevados na percepção do Recursos Familiares da sua própria família. Também, para Fleming (2004) é da qualidade da relação entre pais e filhos que se desenvolve o bem-estar afectivo básico para que uma criança ou adolescente, possa desenvolver-se psicologicamente de forma saudável. Ainda para Martins (2005: p. 562), *“as relações interpessoais, nomeadamente as relações de vinculação e as afectivas, desempenham um papel fundamental no desenvolvimento humano, influenciando as relações futuras e sendo, deste modo, também responsáveis pela saúde mental do sujeito. Subjacente a esta ideia os resultados encontrados permitem confirmar que as relações afectivas podem ser consideradas factores de protecção que permitam a estes jovens um desenvolvimento do seu perfil de resiliência”*. Esta autora destaca ainda que, o relacionamento entre pais e filhos assenta numa complexidade própria, pelo que, se torna imprescindível por parte dos pais, um ambiente incentivador, protector e seguro, no qual, os filhos possam aprender a crescer. Refere ainda que, uma família protectora, promove nos filhos os alicerces básicos para o seu desenvolvimento e socialização, pois ao contrário, poderá ser a própria família um factor de destabilização e de risco para o desenvolvimento saudável dos jovens. Perante este panorama, evidenciamos a nossa inquietação, pelo que, pretendemos contribuir para melhor perceber os factores que originam esta patologia em particular e a doença mental em geral. Sendo que nesta investigação, foi nosso propósito centrar a atenção nos factores psicológicos na fase da adolescência, que segundo Gameiro (1989) são aqueles que interferem com os processos do conhecimento,

do autodomínio e do equilíbrio dos sentimentos, sem interferirem directamente com a saúde orgânica, este autor aponta como exemplos, as emoções fortes, os conflitos e traumas psíquicos e as frustrações provocadas por acontecimentos ou factores sociais.

Na sequência do que foi anteriormente exposto, e de acordo com a revisão bibliográfica, a variável “Optimismo” poderá ter um efeito mediador na relação entre os Recursos Familiares e a Saúde Mental dos filhos adolescentes, pois tal como Marujo; Neto & Perloiro (2002, p.14) afirmam, *“educarmo-nos e educarmos os nossos filhos para o optimismo levar-nos-á por caminhos de maior felicidade e bem-estar e ajudar-nos-á a construir uma geração mais confiante, mais sorridente e mais positiva (...) Pelo optimismo podemos chegar a uma maior vontade de viver, a uma melhor saúde, e a maior estabilidade emocional. Se esperarmos convictamente o melhor, encontraremos mais felicidade e maior bem-estar; se olharmos para o mais positivo de cada experiência da vida, viveremos com mais alegria e vontade para recomeçar animadamente cada dia”*. Estes autores referem ainda que, o optimismo traz mais saúde mental e física e maior felicidade, e que mistura uma maior leveza e estrutura para aguentar os embates da vida, sendo que, o bom educador tem a responsabilidade moral de se educar e de educar os outros para o optimismo.

Em relação à amostra deste estudo, optamos por seleccionar aleatoriamente adolescentes que frequentassem o 9º ano, de escolas localizadas em diversas regiões do nosso país. Por um lado, esta selecção deve-se à necessidade de delimitar a faixa etária dos inquiridos, por outro lado, a formação académica dos mesmos e, em terceiro lugar, a opção das regiões tem como objectivo evitar que a amostra não seja tendenciosa, ou limitada a um único meio social e cultural. Desta forma, a presente investigação, pretende obedecer a um desenho característico de um estudo *não experimental* ou correlacional, dado que, não há manipulação de variáveis independentes (Pedhazur & Schmelkin, 1991; Achenbach, 1978, cit in Canavarro, 1999). Posto isto, pretendemos com este estudo, perceber se existe relação entre os Recursos Familiares e a Saúde Mental dos Adolescentes.

4.2. Modelo Conceptual do Estudo Empírico

Para levar a cabo a presente investigação, elaborou-se esquematicamente um modelo conceptual, que pretende articular as variáveis estudadas, tal como se exemplifica na Figura 1.

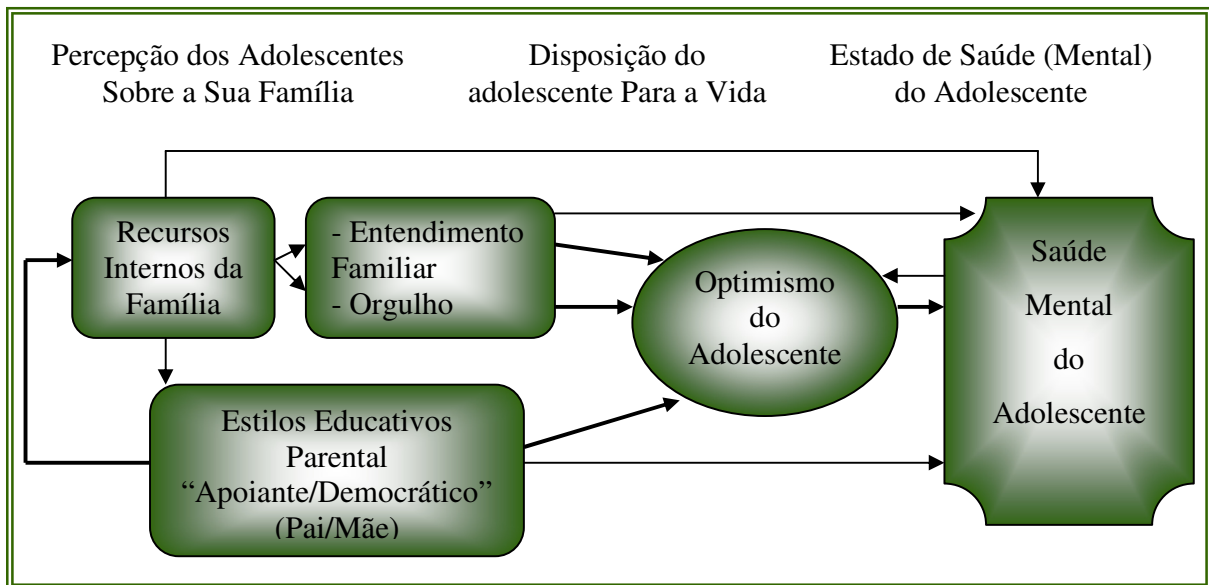


Figura 1 – Modelo interactivo da Família, “Optimismo” e Saúde Mental dos Adolescentes

Legenda:

→ Efeito Moderador

→ Efeito Principal (Directo)

4.3. Hipóteses de Investigação

Com base no modelo conceptual atrás esquematizado na Figura 1, formulou-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Existem diferenças estatisticamente significativas na forma como os rapazes e as raparigas percebem o entendimento familiar.

Hipótese 2 – Quanto mais elevados forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes.

Hipótese 3 – Existe uma relação directa entre, a percepção do orgulho familiar e a saúde mental dos adolescentes. Ou seja, os adolescentes que percebem um maior orgulho na sua família, tenderão a ter melhor saúde mental.

Hipótese 4 – Existe uma relação directa entre, a percepção do entendimento familiar e a saúde mental dos adolescentes. Isto é, quanto melhor é o entendimento familiar percebido pelos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes.

Hipótese 5 – Quanto mais baixos forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para sintomas depressivos.

Hipótese 6 – Quanto mais elevados forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para a disposição optimista.

Hipótese 7 – Quanto maior é a disposição optimista dos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes.

Hipótese 8 – Existem diferenças significativas entre a percepção dos estilos educativos do Pai, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes.

Hipótese 9 – Existem diferenças significativas entre os estilos educativos da Mãe, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes.

Hipótese 10 – A percepção da incoerência dos estilos educativos dos pais (pai e mãe) está negativamente relacionada com a saúde mental dos seus filhos adolescentes.

CAPITULO 5 – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

5.1. Caracterização da Amostra

A amostra de conveniência utilizada neste estudo foi recolhida em 6 cidades de Portugal, no total foram inquiridos 147 adolescentes, dos quais, 24 em Portimão (16,3%); 35 na Covilhã (23,8%); 28 em Faro (19%); 20 em Coimbra (13,6%); 34 em Lisboa (23,1%) e 6 em Beja (4,1%). A idade dos adolescentes situou-se entre os 13 e os 18 anos, sendo que a idade com maior frequência correspondeu aos adolescentes com 14 anos (49,7%) e a idade com menor frequência correspondeu a um adolescente com 13 anos (0,7%). A média das idades é igual a 14,69 e o desvio padrão a 0,87. Dos 147 adolescentes inquiridos, 72 são do sexo feminino (49%) e 75 do sexo masculino (51%). O número de reprovações dos inquiridos situou-se entre zero e quatro reprovações, sendo que a maior frequência correspondeu a 101 alunos sem reprovações (68,7%) e apenas a um aluno com quatro reprovações (0,7%), a média das reprovações é igual a 0,47 e o desvio padrão a 0,81.

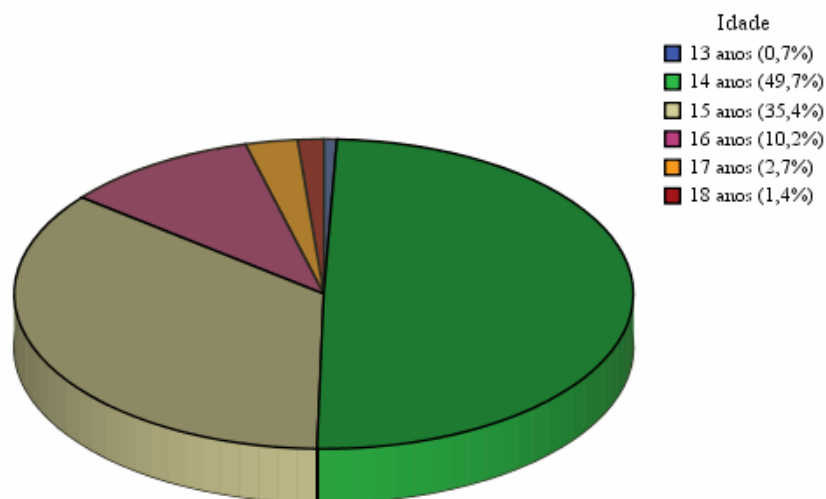


Figura 2 - Distribuição dos inquiridos por idade

Relativamente às habilitações literárias do Pai, a categoria que obteve maior frequência, 36, correspondeu ao 12ºano (24,5%), sendo que, a categoria que obteve menor frequência, 1, correspondeu ao analfabetismo (0,7%). No que diz respeito às habilitações literárias da Mãe, a categoria que obteve maior frequência, 39, correspondeu à licenciatura (26,5%), já em relação à categoria que obteve menor frequência, 1, correspondeu tal como a do pai ao analfabetismo (0,7%).

Tabela 1 – Habilitações Literárias do Pai e da Mãe dos inquiridos

Habilitações Literárias	Pai	Mãe
Analfabeto	1	1
4ª Classe	36	26
6º Ano	15	22
9ºAno	29	23
12º Ano	36	29
Licenciatura	28	39
Outras	2	7
Total	147	147

No que diz respeito à situação profissional do Pai, 17 estavam desempregados (11,6%) e 130 empregados (88,4%), relativamente à situação profissional da Mãe, 14 estavam desempregadas (9,5%) e 133 empregadas (90,5%). Dos adolescentes inquiridos, 130 afirmaram nunca terem estado doentes dos nervos (88,4%) e 17 afirmaram que já estiveram doentes dos nervos (11,6%). No que concerne à toma de medicação, 145 dos adolescentes responderam que não estavam a tomar medicação para os nervos (98,6%) e apenas 2 adolescentes responderam que estavam a tomar medicação para os nervos (1,4%). Quanto ao acompanhamento psicológico, 131 adolescentes responderam que não tinham acompanhamento psicológico (89,1%) e 15 adolescentes responderam que tinham acompanhamento psicológico (10,2%).

5.2. Procedimentos

Como forma de selecção da amostra de conveniência e tendo a pretensão que a mesma fosse representativa das duas zonas do país (interior e litoral), em primeiro lugar foram contactados telefonicamente os Presidentes das oito Escolas do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico (E. B.), das seguintes cidades:

- E. B. 2/3 Santa Maria – Beja
- E. B. 2/3 Dom Martinho Castelo Branco – Portimão
- E. B. 2/3 Drº José Jesus Neves Júnior – Faro
- E. B. 2/3 Manuel da Maia – Lisboa
- E. B. 2/3 João Afonso – Aveiro ²
- E. B. 2/3 Castelo da Maia – Porto ²
- E. B. 2/3 de Teixoso – Covilhã
- E. B. 2/3 Martin de Freitas – Coimbra

Neste primeiro contacto, forneceu-se uma breve explicação do estudo a realizar e posteriormente questionou-se a viabilidade da aplicação dos respectivos instrumentos de investigação. Referiu-se ainda que, caso o primeiro parecer fosse à partida positivo, mandar-se-ia de seguida uma carta para oficializar a autorização da aplicação dos respectivos instrumentos, a 50 alunos de cada escola que frequentavam o 9º ano de escolaridade, tendo-se anexado os mesmos. É de salientar que todos os Presidentes dos respectivos Conselhos Executivos responderam positivamente, no entanto, informaram que a autorização oficial teria que ser submetida à decisão do Conselho Pedagógico das respectivas escolas. Este processo foi um pouco moroso, exigindo persistência constante, pois foram efectuados vários telefonemas com o objectivo de saber o ponto da situação do referido assunto, bem como, contribuir para o aceleramento do processo. Uma vez que, só para exemplificar, algumas das escolas levaram cerca de três meses só para autorizarem a aplicação dos instrumentos.

Uma vez recebida a resposta via correio e/ou telefonicamente, procedeu-se ao envio dos instrumentos de investigação para as respectivas escolas. Nos envelopes,

² Estas duas escolas não chegaram a enviar os respectivos instrumentos de avaliação.

seguiram também as explicações relativas à aplicação dos questionários, a qual foi efectuada pelos respectivos Directores de Turma, com o apoio do(a) Psicólogo(a) do Serviço de Psicologia e Orientação, nas escolas em que foi possível. Este também foi um processo moroso, carecendo igualmente de vários telefonemas para se estabelecer alguma proximidade com os respectivos Directores de Turma que aplicaram os instrumentos.

Após terminarem a aplicação dos questionários, as escolas mandaram-nos via correio. Nesta fase, houve alguns contratemplos, uma vez que, duas das oito escolas (Aveiro e Porto) não os chegaram a enviar, o que reduziu logo cem indivíduos da amostra. E ainda, das seis escolas que enviaram, chegaram-nos sete de Beja; 48 de Lisboa; 28 de Coimbra; 39 de Faro; 47 da Covilhã e 29 de Portimão, o que fez 198 indivíduos. Neste sentido, da suposta amostra de 400 indivíduos, restaram 198, sendo este número ainda reduzido, uma vez que só foram seleccionados para análise os questionários que se encontravam correctamente preenchidos, pelo que, constituíram a nossa amostra apenas 147 adolescentes. Salienta-se ainda que, todos os dados recolhidos através dos instrumentos utilizados neste estudo foram manuseados de forma a garantir o anonimato dos inquiridos, bem como, a confidencialidade dos dados, uma vez que, os mesmos só foram utilizados para a obtenção dos resultados do presente estudo. Acrescenta-se que esta informação foi fornecida aos participantes antes do início da aplicação dos instrumentos.

5.3. Instrumentos de Investigação

Este estudo envolveu a aplicação de quatro instrumentos de avaliação, todos eles dirigidos aos adolescentes inquiridos.

- Utilizou-se o “Questionário de Percepção de Saúde de Jovens (Q. P. S. J., Neves, 2006)”, com o objectivo de recolher informação sobre alguns dados biográficos, a percepção do estilo de vida e saúde dos jovens, bem como, a percepção destes, relativamente ao estilo educativo parental do pai e da mãe;

- Utilizou-se também a escala “Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990”, para avaliar a percepção dos recursos internos da família, do orgulho e do entendimento familiar;
- Para avaliar a disposição optimista, utilizou-se o “Teste de Orientação de Vida (Scheier et al., adaptado por Faria, 1999)”;
- Por fim, utilizou-se o “Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. (L. R. Derogatis; 1993; Versão: M. C. Canavarro; 1995)” para avaliar a saúde mental (doentes/não doentes e o índice geral de sintomas psicopatológicos, ou seja, o nível de saúde mental, bem como, a sintomatologia da depressão.

Em relação ao primeiro instrumento, foi elaborado de raiz pela própria investigadora, pelo que foi submetido a um pré-teste. Igualmente alvo de um pré-teste, foram outros dois instrumentos, a “Escala de Recursos Familiares” e o “Teste de Orientação de vida”, uma vez que, embora estejam adaptados à população portuguesa, esta adaptação foi realizada apenas com indivíduos adultos, o que, limitava a sua aplicação à nossa amostra de adolescentes. Acrescenta-se que, esta situação não se verificou em relação ao inventário de sintomas psicopatológicos (BSI), uma vez que este já se encontrava adaptado à população adolescente.

Quanto à realização do pré-teste, os respectivos instrumentos foram aplicados a 12 adolescentes que frequentavam o 9º ano, na Escola Básica do 2º e 3ª Ciclos do Algoz. Salienta-se que, o preenchimento dos instrumentos de avaliação por estes alunos decorreu normalmente, sem questões ou dúvidas, sendo efectuado na presença da própria investigadora. Desta forma, reuniram-se as condições que permitiram passar à fase da aplicação dos mesmos aos adolescentes que constituíram a amostra deste estudo. Acrescenta-se ainda que, o estudo psicométrico dos instrumentos e respectiva análise de adaptação para a população adolescente encontram-se no capítulo 7.

Descrição dos instrumentos:

a) Questionário de Percepção de Saúde de Jovens (Q.P.S.J., Neves, 2006)

Este instrumento foi elaborado pela própria investigadora, tal como atrás já se referiu, sendo um questionário composto por seis itens, são eles:

- 1) Identificação do aluno(a) através dos sub-itens “Escola”, “Cidade”, “Idade”, “Género Sexual” e “Número de Reprovações”;
- 2) Habilitações Literárias dos pais através dos sub-itens “Analfabeto”, “4ª classe”, “6º ano”, “9º ano”, “12º ano”, “Licenciatura” e “Outras”;
- 3) Profissão³ dos pais e Situação Profissional, em que o(a) aluno(a) deve responder se o pai/mãe está Empregado(a) através de uma cruz num dos termos “Sim” e “Não”;
- 4) Situação de Saúde, que deve ser respondido através de uma cruz num dos termos “Sim” e “Não” nos sub-itens “Já alguma vez estiveste doente dos nervos”, “Actualmente estás a tomar medicação para os nervos?” e “Tens acompanhamento médico ou psicológico?”;
- 5) Estilo de Vida, onde se pretende que o aluno(a) expresse sua posição através de um círculo num dos termos “Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo muito” e “concordo muitíssimo”, face à seguinte afirmação: “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”. Sendo que para a afirmação “O meu estilo de vida é ...”, o(a) aluno(a) deve expressar-se através de um círculo num dos termos “Nada saudável”, “Pouco saudável”, “Razoavelmente saudável” e “Muito saudável”;
- 6) Percepção do Estilo Educativo Parental do pai e da mãe, em que o(a) aluno(a) deve assinalar uma cruz no estilo que melhor representa o estilo educativo do seu pai e da sua mãe de forma separada, sendo os estilos: a) Apoiante, b) Indulgente, c) Autoritário, d) Negligente.

b) Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990.

Este instrumento foi concebido por Olson, Larsen & Mccubin (1982), sendo designado por “Family Strengths”, que veio dar origem à escala de Recursos Familiares

³ A variável “profissão” dos pais, apesar de constar no questionário não foi analisada, uma vez que a sua frequência foi muito dispersa o que dificultou a categorização e o respectivo tratamento estatístico, por outro lado, acrescenta-se que através da revisão da literatura, esta não foi mencionada como uma variável relevante na implicação da saúde mental dos jovens.

(Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990. A adaptação à população portuguesa foi realizada com adultos, pelo que, neste estudo tivemos que proceder à adaptação deste instrumento à população adolescente. Esta escala foi construída para avaliar os Recursos Internos do sistema familiar. É uma escala tipo Likert, constituída por 12 questões, classificadas em cinco categorias de 1 a 5 (1 = discordo muito; 2 = discordo moderadamente; 3 = não concordo nem discordo; 4 = concordo moderadamente e 5 = concordo muito). Através dos resultados finais, a escala “Recursos Familiares” permite não só obter um valor global, como também, discriminar dois aspectos distintos: “Orgulho Familiar” que corresponde à lealdade, optimismo e confiança na família e “Entendimento Familiar” que é entendido como o sentimento de capacidade em ser capaz de cumprir tarefas, lidar com problemas e “dar-se” bem de uma forma genérica. Relativamente à cotação, esta é efectuada de forma, a que, quanto mais elevada for a pontuação, melhor são os “Recursos Familiares”, sendo que os valores oscilam entre a nota mínima de 12 e máxima de 60. Mais especificamente para a dimensão o “orgulho familiar” a nota varia entre 7 e 35, para o “entendimento familiar” entre 5 e 25. Acrescenta-se ainda que, ente os itens, cinco destes são reversos, sendo os seguintes: item 2; item 4; item 6; item 7 e item 11.

c) Teste de Orientação de Vida (Scheier et al., adaptado por Faria, 2000)

Este teste originalmente foi designado por Life Orientation Test - R (L.O.T. – R.) (Scheier, Carver & Bridges, 1994), sendo posteriormente adaptado para a população portuguesa por Faria (2000). O L.O.T. – R. avalia o optimismo disposicional e até agora só tem sido aplicado a adultos. Neste sentido, por um lado, temos um propósito que é o objectivo principal da utilização deste instrumento, avaliar o optimismo dos adolescentes que constituem a nossa amostra, por outro lado, propomo-nos também adaptar este instrumento à população adolescente.

Ao nível da Psicologia, muitos investigadores tem procurado estudar o poder positivo na promoção e manutenção do bem-estar⁴, sendo de destacar: a obra de Peale (1956) *The power of positive thinking*; a obra de Seligman (1991) *Learned optimism*, também o teste de Carver e Scheier (1985) o *Life Orientation Test (LOT)*, assim como, a sua posterior reavaliação realizada por Scheier, Carver e Bridges (1994) dando assim origem ao *LOT – R*. Este instrumento apresentava oito itens, quatro no sentido positivo e quatro num negativo, sendo a nota mínima de 0 e a máxima de 32, o alpha era de .82. Os dois autores Scheier e Carver (1985) quando utilizaram o *LOT*, optaram por considera este instrumento com uma medida unidimensional, sugerindo dois factores que provavelmente reflectiriam as diferenças entre os itens e não no seu conteúdo.

A versão portuguesa do *Life Orientation Test – R (LOT – R)* foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998. Sendo o objectivo principal deste estudo a adaptação do *LOT – R* para a população portuguesa.

Com base numa análise dos itens foi excluído um deles, sendo seleccionadas cinco questões, desta forma, o indicador de optimismo disposicional na versão portuguesa com a amostra A2 (N=790) apresenta uma média de 12.45, sendo o desvio padrão de 3.48, com um mínimo de 0 e um máximo de 20. Tendo em conta que o t-student revelou que os homens parecem ser mais optimistas do que as mulheres, dever-se-á ter em linha de conta as médias obtidas, na população portuguesa, para cada sexo: homens – média = 15.27; desvio padrão = 3.075 e mulheres – média = 14.04; desvio padrão = 3.78.

Acrescenta-se que a extracção de variância de 40% a 50% reflecte uma estrutura de factor do impacto de escalas de auto-resposta (Gorsuch, 1983; cit Snyder et al. 1996, 324; cit in Faria, 2000). Na versão portuguesa do *LOT - R*, o total da variância (45.87%) considerou um factor único (Factor 1 – Optimismo) está dentro do intervalo, deste modo, dever-se-ão considerar importantes as informações recolhidas pelo questionário.

⁴ A experiência emocional e subjectiva do bem-estar não pode ser equacionada sem recorrer aos factores cognitivos, afectivos, comunicacionais, sociais, culturais e de relação, que determinam a construção da identidade de uma pessoa, a contextualizam na atmosfera emocional em que vive, no clima emocional que percebe ou constrói (Faria, 2000: p. 127).

Este instrumento com o indicador de optimismo constituído por cinco itens, pode ser administrado individualmente ou em grupo. No que respeita ao tempo de preenchimento, não existe limite, sendo em média cerca de cinco minutos, o que poderá depender do nível de escolaridade dos indivíduos. A cotação é realizada com base numa escala de zero a quatro pontos, variando a pontuação entre zero a 20 pontos.

Quanto à interpretação dos resultados, esta deve seguir no sentido de que quanto maior for a pontuação obtida, maior será o optimismo disposicional do indivíduo.

Por fim referimo-nos às vantagens deste instrumento, sendo a primeira o facto de o mesmo permitir que o indivíduo se observe a si próprio no que respeita ao optimismo disposicional, sendo que cada pessoa possa expressar o que sente. Acrescenta-se também que para além de apresentar características psicométricas satisfatórias, este instrumento tem uma aplicação acessível e breve. Salienta-se que o facto da versão portuguesa do LOT- R apresentar um alpha de Cronbach de .70 permite a sua utilização ao nível da investigação, no entanto, não é indicado para domínios de tomada de decisão na prática psicológica (Nunnally, 1978; Kline, 1986, cit. in Faria, 2000).

**d) Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. (L. R. Derogatis; 1993;
Versão: M. C. Canavarro; 1995)**

Este inventário Brief Symptom Inventory - BSI (Derogatis, 1982) foi desenvolvido numa tentativa de resposta à desvantagem apontada ao SCL-90-R, sendo esta a necessidade de uma grande quantidade de tempo para o seu preenchimento (12 a 20 minutos). Para além desta vantagem o BSI possui a vantagem de avaliar um maior número de dimensões psicopatológicas. O BSI é um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4).

O BSI pode ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico/psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população em geral que não tenham perturbação emocional. É ainda de referir que o mesmo pode ser aplicado a adolescentes, desde que

estes tenham uma idade mínima de 13 anos, com a condição de um técnico se encontrar disponível para esclarecer possíveis dúvidas em relação a alguns itens.

Cabe-nos também informar que apesar do BSI ser um inventário de auto-resposta, antes do início do preenchimento deverá ser reservado um breve período de tempo para o técnico fornecer as instruções gerais. Dever-se-á colocar especial atenção no esclarecimento de que a escolha feita para cada item, deverá corresponder àquilo que melhor descreve a forma como aquele problema o afectou nos passados sete dias. Em circunstâncias normais, para preencher o BSI são necessários oito a dez minutos

O propósito deste inventário é avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. Estes três últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam diferentes aspectos da psicopatologia.

Para calcular o Índice Geral de Sintomas (IGS) utiliza-se uma forma de cálculo que tem simultaneamente em conta o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade; o cálculo do Total de Sintomas Positivos (TSP), reflecte o número de sintomas assinalados; finalmente o Índice de Sintomas Positivos (ISP) é uma medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes. Salienta-se que Derogatis (1993) referiu boas características psicométricas deste inventário. Este autor descreveu as nove dimensões primárias da seguinte forma:

Somatização: esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja foca queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinal, ou outro qualquer sistema com evidente mediação autonómica. Podem ser dores localizadas na musculatura e outras situações somáticas da ansiedade (inclui os itens 2,7, 23, 29, 30, 33 e 37).

Obsessões-Compulsões: engloba sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Nesta dimensão estão incluídas as cognições, os impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e indesejados. Aqui incluem-se também comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).

Sensibilidade Interpessoal: esta centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são as manifestações específicas desta dimensão (inclui os itens: 20, 21, 22 e 42).

Depressão: esta dimensão reflecte o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50).

Ansiedade: alguns dos indicadores gerais, como o nervosismo e a tensão foram incluídos nesta dimensão. Foram também englobados os sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico. Aqui estão também componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade (inclui os itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49).

Hostilidade: Nesta dimensão estão presentes os pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera (inclui os itens: 6, 13, 40, 41 e 46).

Ansiedade Fóbica: esta é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas. (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).

Ideação Paranóide: esta dimensão diz respeito ao comportamento paranóide essencialmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. Aqui encontra-se o pensamento projectivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo da perda de autonomia e os delírios que são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. Inclui os itens: 4, 10, 24, 48, 51.

Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Desta forma contempla itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. Fornece assim

um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

É de referir que quatro dos itens do BSI (11, 25, 39 e 52) embora contribuíssem com algum peso para as dimensões descritas anteriormente, não pertencem unicamente a nenhuma das mesmas. Neste sentido por critérios estatísticos não deveriam ser incluídos neste inventário mas, dado a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais.

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa deste inventário (Canavaro, 1995) revelaram que esta representa níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* entre .621 (psicoticismo) e .797 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (ideação paranóide) e .81 (depressão). Foram também encontrados dados abonatórios da validade do instrumento, através de correlações de *Spearman* entre as notas das nove dimensões e das três notas globais, sendo todas as correlações encontradas significativas para $p < .001$.

A validade discriminativa do BSI foi igualmente confirmada através duma análise discriminante de função, em que foram colocadas como variáveis discriminadoras as pontuações obtidas nas dimensões do BSI e nos três índices gerais e como variável dependente a saúde mental. A função revelou-se estatisticamente significativa na sua globalidade, sendo os todos os F altamente significativos. Refere-se ainda que (Canavaro, 1999) estabeleceu um ponto de corte através, sendo este através do ISP, se a nota deste for maior ou igual a 1.7, é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente, se pelo contrário, esta nota for abaixo deste valor serão identificados como indivíduos da população em geral. Neste sentido, destaca-se que a utilização exclusiva deste inventário não permite a formulação de um diagnóstico clínico. Assim sendo, parece que a inconveniência da utilização do BSI, passa por eventuais interpretações abusivas dos seus resultados.

Para obter as pontuações das nove dimensões psicopatológicas dever-se-á somar os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá seguidamente ser dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu,

para essa dimensão. No que diz respeito ao cálculo dos três índices globais adoptar-se-á as seguintes fórmulas:

Índice Geral de Sintomas (IGS) - soma-se as pontuações de todos os itens e seguidamente divide-se pelo número total de respostas (53, caso não existam respostas em branco).

Total de Sintomas Positivos (TSP) - conta-se o número de itens assinalados com uma resposta positiva (maior do que zero).

Índice de Sintomas Positivos (ISP) - divide-se a soma de todos os itens pelo TSP.

5.4. Análise e Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado com a utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*, versão 14.0). Para a caracterização da amostra foram realizados testes do Qui-Quadrado para avaliar a associação entre variáveis nominais (Sexo, Estilo de Vida, Estilo Educativo Parental), testes de ajustamento do Qui-Quadrado para avaliar se alguma das categorias da variável resposta se evidenciava relativamente às restantes (Estilo de Vida, Estilo Educativo Parental), foram calculados os coeficientes de correlação não paramétrica de Spearman para avaliar a associação entre variáveis medidas numa escala ordinal (Estilo de Vida, Idade, Habilitações Literárias) e também foram realizados testes de Kruskal-Wallis para avaliar se existiam diferenças entre categorias definidas por uma variável nominal (Estilo Educativo Parental) relativamente a variáveis ordinais (Estilo de Vida, Idade, Habilitações Literárias). Para os recursos familiares, teste de orientação de vida e BSI foram determinadas médias, foram determinadas médias, desvios padrões e realizados testes de homogeneidade de variâncias e testes t para amostras independentes. A amostra global foi classificada em indivíduos doentes e não doentes de acordo com a pontuação dos adolescentes inquiridos no ISP (Índice de sintomas positivos), considerou-se um adolescente como pertencente ao grupo de indivíduos doentes se a sua pontuação de ISP fosse igual ou superior a 1.7. Assim, para cada um dos instrumentos utilizados foi analisados se existiam diferenças entre as pontuações médias por sexos e por grupos de

indivíduos doentes e não doentes, por grupos de indivíduos classificados de acordo com a situação profissional dos progenitores (Empregado/Desempregado) e por grupos de indivíduos de acordo com a sua situação de saúde (de acordo com a resposta à pergunta se já alguma vez tinha estado doente dos nervos: Sim/Não). Foram ainda calculadas as correlações de Pearson entre as variáveis: V1=O meu comportamento influencia a minha saúde, V2=O meu estilo de vida, V3=Orgulho familiar, V4=Entendimento familiar, V5=Total dos recursos familiares, V6= Optimismo, V7=Total orientação de vida, V8= Depressão e V9=Total BSI. A análise de dados foi realizada considerando um nível de significância de 5%.

CAPITULO 6 – ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS

6.1. Estudo Psicométrico dos Instrumentos

Foram realizados estudos de fiabilidade dos instrumentos utilizados (recursos familiares, teste de orientação de vida e BSI). Para o estudo de homogeneidade dos itens foi realizada uma análise de consistência interna determinando o α de Cronbach, as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como os valores do coeficiente α de Cronbach quando este não contém o item. Segundo Streiner e Norman (1989, cit. in Canavarro, 1999: p. 101) as correlações com a nota global quando estas não contem o item, devem ser superiores a 0.20 para podermos afirmar que o item é consistente com a escala. Assim como, valores inferiores do coeficiente α de Cronbach quando o item é excluído relativamente ao valor do coeficiente α de Cronbach total indicam que o item melhora a homogeneidade da escala quando está presente. Stevens (1996, cit. in Canavarro, 1999: p. 101) considera que os valores de α , que medem a variância devido à heterogeneidade, devem situar-se entre 0.70 e 0.80. Foi ainda realizada uma análise factorial para os recursos familiares e para o teste de orientação de vida.

6.2. Análise e Adaptação dos Instrumentos para a População Adolescente

6.2.1. Escala de Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982)

Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990

Relativamente à Escala de Recursos Familiares, tal como atrás já se referiu, uma vez que a adaptação à população portuguesa só tinha sido realizada com adultos, tivemos que efectuar um pré-teste, bem como, a análise de adaptação do instrumento. Assim, foram analisadas as dimensões Orgulho familiar e Entendimento Familiar. As tabelas abaixo indicam os valores obtidos para o estudo de consistência interna.

Tabela 2 - Consistência Interna (α de Cronbach)

Orgulho Familiar	0.77
Entendimento Familiar	0.48

Tabela 3 – Estudo dos Itens

Variável	Item	Média	R item-total (s/ item)	α s/ item
Orgulho	1	4.20	0.39	0.76
	3	4.12	0.46	0.75
	5	4.33	0.57	0.73
	8	3.81	0.45	0.76
	9	4.03	0.54	0.74
	10	4.37	0.54	0.73
	12	4.52	0.56	0.74
Entendimento	2	3.61	0.22	0.45
	4	2.73	0.28	0.41
	6	2.86	0.35	0.36
	7	3.28	0.14	0.50
	11	2.20	0.31	0.39

Pela análise da Tabela 12 os resultados revelam um valor do coeficiente α de Cronbach igual a 0.77 para o Orgulho Familiar e 0.48 para o Entendimento Familiar. Na Tabela 13 são apresentadas as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como, os valores do coeficiente α de Cronbach quando este não contém o item. Para o Orgulho Familiar todos os itens são consistentes com a escala, uma vez que, as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído variam entre 0.39 e 0.57. Podemos ainda observar que, para o Orgulho familiar, os valores do coeficiente α de Cronbach quando o item é excluído são todos inferiores a 0.77, o que revela uma boa homogeneidade dos

itens. Para o Entendimento Familiar, nem todos os itens se revelam consistentes com a escala uma vez que, para o item 7 a correlação entre o item 7 e a nota global da escala quando o item 7 é excluído é 0.14 (inferior a 0.20), indicando assim que o item 7 não é um bom item, do mesmo modo o valor do coeficiente α de Cronbach quando o item 7 é excluído é 0.50 (superior a 0.48). Os restantes itens apresentam valores reveladores de serem considerados bons itens.

A validade do constructo foi determinada através da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax tendo sido identificados 2 factores que explicam em conjunto 42.32% do total da variância. O Factor 1, que explica 27.99% da variância é representado pelos itens 12, 10, 5, 9, 8, 3 e 1. O Factor 2, que explica 14.33% da variância é representado pelos itens 6, 2 e 4. O item 11 (há muitos conflitos na nossa família) encontra-se relacionado de uma forma negativa com o Factor 1 (-0.461) e de uma forma positiva com o Factor 2 (0.41).

Tabela 4 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 1

Item	Loading
12	0.76
10	0.72
5	0.72
9	0.70
8	0.67
3	0.48
1	0.41

Tabela 5– Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 2

Item	Loading
6	0.74
2	0.53
4	0.50

6.2.2. Teste de Orientação de Vida (Scheier et al., adaptado por Faria, 2000)

No que respeita ao Teste de Orientação de Vida, como atrás já se referiu, a adaptação deste, à população portuguesa, tal como no instrumento anterior só tinha sido realizada com adultos, pelo que, houve necessidade de se realizar um pré-teste e de se proceder à respectiva análise de adaptação do instrumento. Neste sentido, foi analisado neste instrumento o optimismo. As tabelas abaixo indicam os valores obtidos para o estudo de consistência interna.

Tabela 6 - Consistência Interna (α de Cronbach)

Consistência Interna (α de Cronbach)	
Optimismo	0.63

Tabela 7 – Estudo do Itens

Variável	Item	Média	R item-total (s/ item)	α s/ item
Optimismo	1	2.93	0.28	0.62
	3	1.86	0.31	0.61
	4	2.65	0.32	0.61
	7	2.13	0.53	0.50
	9	2.26	0.48	0.52

Pela análise da Tabela 16 os resultados revelam um valor do coeficiente α de Cronbach igual a 0.63 para o Optimismo. Na Tabela 17 são apresentadas as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como, os valores do coeficiente α de Cronbach quando este não contém o item. Para o Optimismo, todos os itens são consistentes com a escala uma vez que as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído variam

entre 0.28 e 0.53. Podemos ainda observar que, os valores do coeficiente α de Cronbach quando o item é excluído são todos inferiores a 0.63, o que revela uma boa homogeneidade dos itens.

Relativamente à comparação dos resultados psicométricos do presente estudo com os resultados de Faria (2000), verificou-se que, no nosso estudo, todos os itens são consistentes com a escala (incluindo o item 3), ou seja, são considerados bons itens, enquanto que, no estudo da referida autora o item 3 apresentou um ($r = 0.17$), pelo que, não foi considerado um bom item, pois prejudicava a homogeneidade do indicador do optimismo.

Foi também efectuada uma análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, tendo sido identificados 2 factores que explicam em conjunto 41.76% do total da variância. O Factor 1, que explica 24.23% da variância é representado pelos itens 9, 7 e 3. O Factor 2, que explica 17.53% da variância é representado pelos itens 2, 4 e 8. O item 1 (em situações difíceis espero sempre o melhor) encontra-se relacionado com o Factor 2 (0.56) mas apresenta um loading de 0.25 com o Factor 1.

Ao comparar estes resultados com o estudo de Faria (2000), verifica-se que nos resultados da referida autora, só foi considerado um único factor (Factor 1 – Optimismo), sendo que, este explicava 45.87% do total da variância, o que, segundo a autora se situa dentro do intervalo (40% a 50%) que de acordo com Gorsuch (1983, cit in Faria, 2000) reflecte uma estrutura de factor do impacto de escalas de auto-resposta, assim, poder-se-á considerar importantes as informações recolhidas pelo referido questionário.

Tabela 8 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 1

Item	Loading
9	0.84
7	0.76
3	0.54

Tabela 9 – Descrição dos Loadings dos itens identificados no Factor 2

Item	Loading
2	0.79
4	0.69
8	0.58

**6.3. Análise Psicométrica do Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- B. S. I. (L. R. Derogatis; 1993; Versão: M. C. Canavarro; 1999)**

Quanto ao B. S. I., como atrás já se referiu, este instrumento já estava adaptado à população adolescente (idade mínima: 13 anos). No entanto, optou-se por analisar somente a dimensão “Depressão”, uma vez que, neste estudo, o objectivo da aplicação deste instrumento para além de ser a avaliação da saúde mental dos adolescentes inquiridos (doente e não doente e nível de sintomas psicopatológicos), foi também a avaliação dos sintomas da depressão nos mesmos. Assim, as tabelas abaixo indicam os valores obtidos para o estudo de consistência interna.

Tabela 10 - Consistência Interna (α de Cronbach)

Consistência Interna (α de Cronbach)	
Depressão	0.78

Tabela 11 – Estudo dos Itens

Variável	Item	Média	R item-total (s/ item)	α s/ item
Depressão	9	0.41	0.51	0.75
	16	0.99	0.60	0.72
	17	1.37	0.64	0.71
	18	0.77	0.41	0.77
	35	0.71	0.34	0.79
	50	0.75	0.65	0.71

Pela análise da Tabela 20 os resultados revelam um valor do coeficiente α de Cronbach igual a 0.78 para a dimensão Depressão. Na Tabela 21 são apresentadas as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como os valores do coeficiente α de Cronbach quando este não contém o item. Para a dimensão Depressão todos os itens são consistentes com a escala uma vez que as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído variam entre 0.34 e 0.65. Podemos ainda observar que, os valores do coeficiente α de Cronbach quando o item é excluído apresenta para o item 35 um valor de 0.79 (superior a 0.78), o que revela que este item pode originar problemas na homogeneidade da escala quando está presente. Os restantes itens apresentam valores reveladores de serem considerados bons itens.

Se compararmos os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa deste instrumento realizada por Canavarro (1999), verificámos que estes revelaram que o mesmo apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de α entre 0.621 (Psicoticismo) (...) e 0.81 (Depressão), no nosso estudo para a única dimensão analisada “Depressão” obtivemos um valor de α de 0.78, tal como já foi referido, sendo que, também apresenta níveis adequados de consistência interna.

CAPITULO 7 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1. Percepção de Saúde dos Jovens

7.1.1. Estilo de Vida

7.1.1.1. Posição do Adolescente face à afirmação “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”

Na opinião dos adolescentes inquiridos, 82 concordaram muito que o seu comportamento habitual influencia a sua saúde (55,8%), enquanto que 16 não concordaram que o seu comportamento habitual influencia a sua saúde (10,9%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos adolescentes que concordam muito que o seu comportamento habitual influencia a sua saúde ($\chi^2(3) = 75,94$; $p=0,000$).

Tabela 12 - Distribuição de frequências dos adolescentes relativamente à sua posição face à afirmação “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”

	N	%
Não concordo	16	10,9
Concordo pouco	27	18,4
Concordo muito	82	55,8
Concordo muitíssimo	22	15,0
Total	147	100,0

Relativamente ao género sexual:

Não se observaram diferenças significativas entre o género sexual no padrão de respostas relativamente à opinião dos adolescentes sobre a influência do seu comportamento ao nível da saúde ($\chi^2(3) = 3,081$; $p=0,379$).

Relativamente à idade:

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos adolescentes inquiridos e o nível de concordância com a frase “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde” (R-Spearman=-0,144, p=0,083).

Relativamente às habilitações literárias dos progenitores:

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias dos progenitores e o nível de concordância com a frase “O meu comportamento habitual influencia a minha saúde” (Pai: R-Spearman=0,260, p=0,002; Mãe: R-Spearman=0,286, p=0,000). Neste sentido, quanto mais elevado for o nível de habilitações literárias dos dois progenitores, maior é o nível de concordância com a referida frase.

**7.1.1.2. Posição do Adolescente face à afirmação “O meu estilo de vida é...”
(Nada saudável; Pouco saudável; Razoavelmente saudável ou Muito saudável)**

Relativamente ao estilo de vida, 99 adolescentes foram da opinião que o seu estilo de vida era razoavelmente saudável (67,3%), enquanto que apenas 2 dos adolescentes afirmaram ter um estilo de vida nada saudável (1,4%). Desta forma, verifica-se uma predominância significativa na opinião dos adolescentes que assumem ter um estilo de vida razoavelmente saudável relativamente aos outros estilos de vida ($\chi^2(3) = 166,22$; p=0,000).

Tabela 13 – Distribuição de frequências dos adolescentes relativamente ao seu estilo de vida.

	N	%
Nada saudável	2	1,4
Pouco saudável	5	3,4
Razoavelmente saudável	99	67,3
Muito saudável	41	27,9
Total	147	100,0

Relativamente ao sexo:

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos no padrão de respostas relativamente à avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida ($\chi^2(3) = 3,830$; $p = 0,280$).

Relativamente à idade:

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a idade dos adolescentes inquiridos e a avaliação do seu estilo de vida (R-Spearman = -0,079, $p = 0,340$).

Relativamente às habilitações literárias dos progenitores:

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações literárias dos progenitores e a avaliação sobre o seu estilo de vida (Pai: R-Spearman = 0,152, $p = 0,067$; Mãe: R-Spearman = 0,058, $p = 0,487$).

7.1.2. Percepção do Estilo Educativo Parental

7.1.2.1. Percepção do Estilo Educativo do Pai e da Mãe

No que diz respeito ao estilo educativo dos Pais, a categoria com maior frequência foi o estilo educativo “apoiantes”, sendo 102 para os Pais (69,4%) e 111 para

as Mães (75,5%) e a categoria com menor frequência foi o estilo educativo “negligente” sendo 8 para os Pais (5,4%) e 3 para as Mães (2%).

Tabela 14 - Percepção dos Estilos Educativos Parentais dos dois progenitores.

Estilos Educativos Parentais	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Apoiante	102	69,4	111	75,5
Indulgente	19	12,9	19	12,9
Autoritário	18	12,2	14	9,5
Negligente	8	5,4	3	2,0
Total	147	100,0	147	100,0

Quer no estilo educativo Parental Paterno ($\chi^2(3) = 156,48$; $p=0,000$), quer no estilo educativo Parental Materno ($\chi^2(3) = 203,67$; $p=0,000$), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na predominância dos estilos educativos parentais. Assim, em ambos os progenitores, observa-se uma predominância significativa do estilo educativo “Apoiante”, assim como, uma menor predominância do estilo educativo “Negligente”.

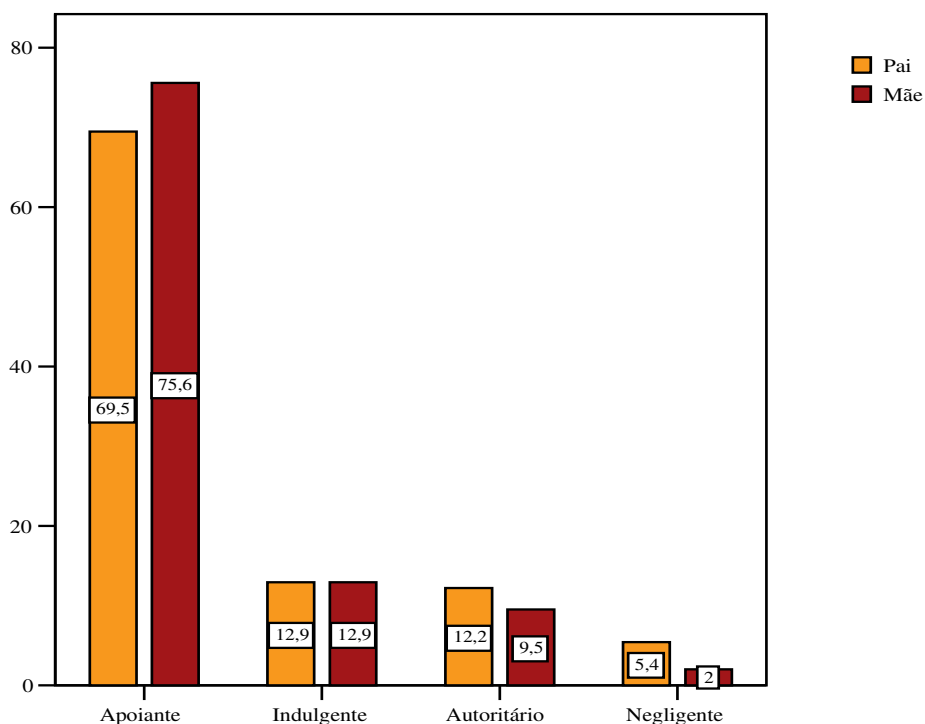


Figura 3 – Percepção dos Estilos Educativos Parentais dos dois Progenitores

7.1.2.2. Estilo Educativo Parental de ambos os Pais e (género sexual; idade; habilitações literárias do pai/mãe; posição dos adolescentes face à influencia do seu comportamento habitual na sua saúde e avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida)

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes inquiridos e os estilos educativos parentais dos dois progenitores (Pai: $\chi^2(3) = 5,294$; $p = 0,152$; Mãe: $\chi^2(3) = 1,549$; $p = 0,671$). Assim como também, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos do Pai relativamente à idade dos adolescentes ($\chi^2(3) = 1,224$; $p = 0,747$); às habilitações literárias do Pai ($\chi^2(3) = 0,541$; $p = 0,910$); à posição dos adolescentes face à influência

do seu comportamento habitual na sua saúde ($\chi^2(3) = 1,881$; $p = 0,602$) e à avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida ($\chi^2(3) = 4,492$; $p = 0,213$). Também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe relativamente à idade dos adolescentes ($\chi^2(3) = 0,651$; $p = 0,885$); às habilitações literárias da Mãe ($\chi^2(3) = 1,505$; $p = 0,681$); à posição dos adolescentes face à influência do seu comportamento habitual na sua saúde ($\chi^2(3) = 3,322$; $p = 0,345$). Por outro lado, para um nível de significância de 5%, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe e a avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida ($\chi^2(3) = 7,920$; $p = 0,048$). Assim, os resultados indicam que, os adolescentes que percebem o estilo educativo da Mãe como “Negligente” consideraram o seu estilo de vida menos saudável do que os restantes inquiridos.

7.2. Recursos Familiares

Para analisar os recursos familiares dos adolescentes inquiridos considerou-se o orgulho familiar cuja pontuação média foi de 29,37 e o desvio padrão de 4,27, o entendimento familiar cuja pontuação média foi de 15,32 e o desvio padrão de 3,34, assim como, os recursos internos da família cuja pontuação média foi de 44,69 e o desvio padrão de 6,05.

7.2.1. Recursos Familiares e Género Sexual

Relativamente aos recursos familiares e o género sexual, para o orgulho familiar as raparigas obtiveram uma pontuação média de 29,26 e um desvio padrão de 4,52, enquanto que os rapazes obtiveram uma pontuação média de 29,48 e um desvio padrão de 4,05. Para o entendimento familiar as raparigas obtiveram uma pontuação média de 14,75 e um desvio padrão de 3, enquanto que os rapazes obtiveram uma pontuação média 14,61 e um desvio padrão de 3,34. Para os recursos internos da família, as raparigas obtiveram uma pontuação média de 44,01 e um desvio padrão de 4,74,

enquanto que os rapazes obtiveram uma pontuação média 44,09 e um desvio padrão de 4,71. Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género sexual e o orgulho familiar (valor-p=0.760); o entendimento familiar (valor-p=0.805), assim como no que respeita aos recursos internos da família (valor-p=0.919).

Tabela 15 - Diferenças entre o Género Sexual para as variáveis Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família.

Variável	Sexo	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Orgulho Familiar	Feminino	29,26	4,52	-0,305	0,761
	Masculino	29,48	4,05		
Entendimento Familiar	Feminino	14,75	3,64	0,247	0,805
	Masculino	14,61	3,34		
Recursos Internos da Família	Feminino	44,01	4,74	-0,102	0,919
	Masculino	44,09	4,71		

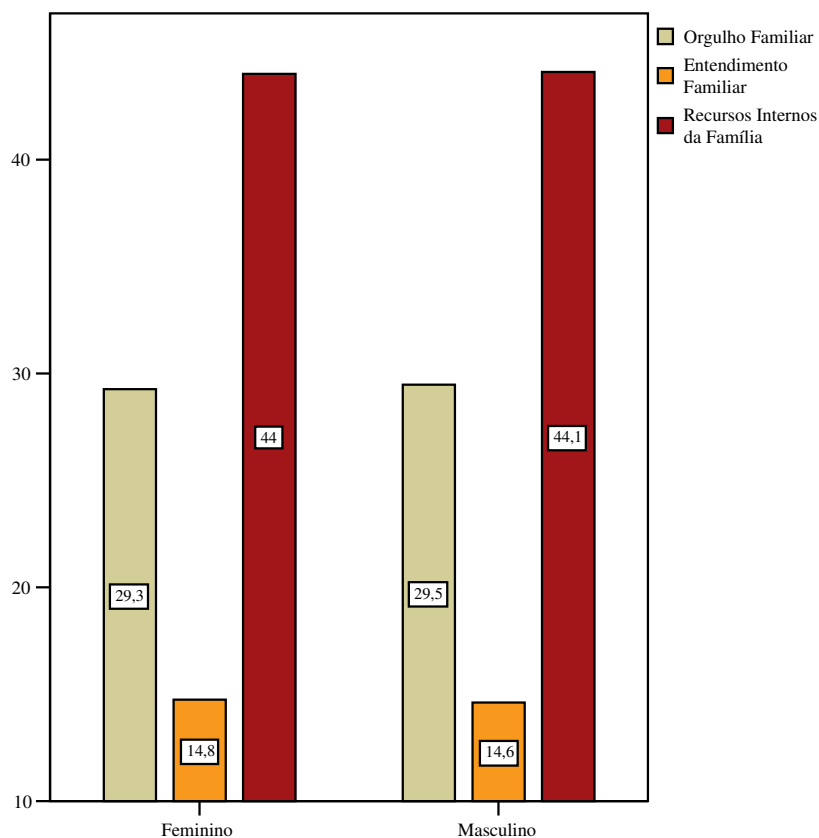


Figura 4 – Valores médios das pontuações obtidas por Género Sexual para o Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família.

7.2.2. Recursos Familiares e Saúde Mental (Doente e Não Doente)

O grupo de indivíduos não doentes inclui 110 dos adolescentes inquiridos e o grupo dos indivíduos doentes inclui os restantes 37 adolescentes. Para o orgulho familiar, os indivíduos não doentes obtiveram uma pontuação média de 29,71 e um desvio padrão de 3,90, enquanto que os indivíduos doentes obtiveram uma pontuação média de 28,38 e um desvio padrão de 5,15. Para o entendimento familiar, os indivíduos não doentes obtiveram uma pontuação média de 14,42 e um desvio padrão de 3,14,

enquanto que os indivíduos doentes obtiveram uma pontuação média de 15,46 e um desvio padrão de 3,82. Para os recursos internos da família, os indivíduos não doentes obtiveram uma pontuação média de 44,13 e um desvio padrão de 4,33, enquanto que os indivíduos doentes obtiveram uma pontuação média de 43,84 e um desvio padrão de 5,75. Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos não doentes e os indivíduos doentes quer no caso do orgulho familiar (valor-p=0.156), quer no caso do entendimento familiar (valor-p=0.101), bem como, no que respeita aos recursos internos da família (valor-p=0.780).

Tabela 16 - Diferenças entre doentes e não doentes para as variáveis Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família.

Variável	Saúde Mental	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Orgulho Familiar	Não Doente	29,71	3,90	1,44	0,156
	Doente	28,38	5,15		
Entendimento Familiar	Não Doente	14,42	3,14	-1,65	0,101
	Doente	15,46	3,82		
Recursos Internos da Família	Não Doente	44,13	4,33	0,28	0,780
	Doente	43,84	5,75		

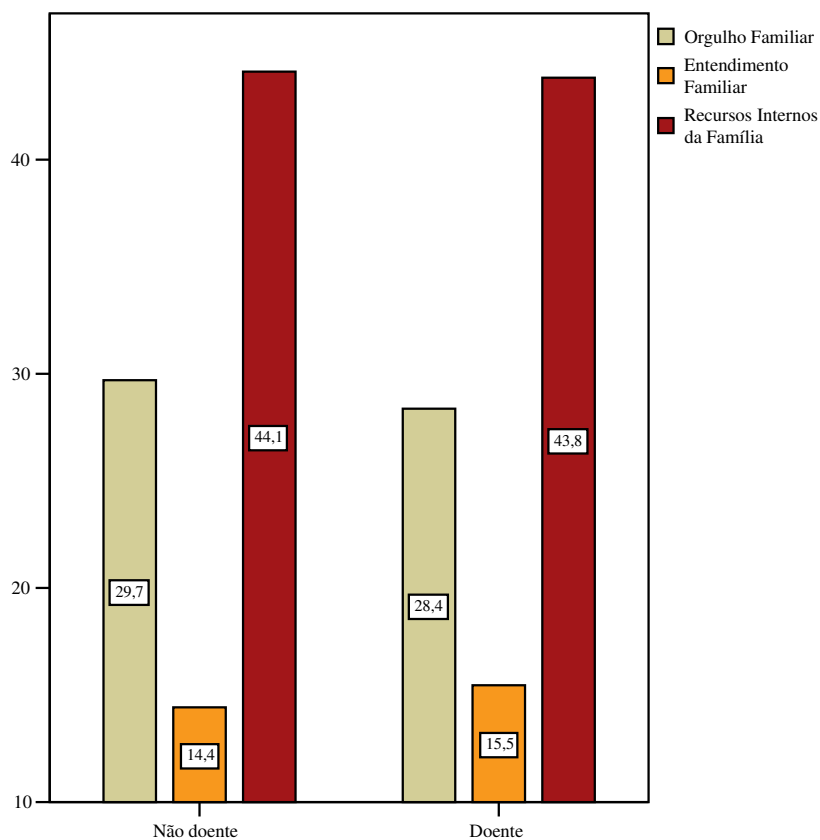


Figura 5 – Valores médios das pontuações obtidas para não Doentes e Doentes relativas ao Orgulho Familiar, Entendimento Familiar e Recursos Internos da Família.

7.2.3. Recursos Familiares e Situação Profissional dos Pais (Empregado/Desempregado)

Para o Pai:

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inquiridos relativamente à situação profissional do Pai (Empregado/ Desempregado), quer no caso do orgulho

familiar ($t=-1,339$, $p=0,197$), quer no caso do entendimento familiar ($t=-1,666$, $p=0,098$). No entanto, no que respeita aos recursos internos da família existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,238$, $p=0,027$) entre as pontuações médias dos inquiridos cujo pai está empregado, relativamente aos inquiridos cujo pai está desempregado, sendo que, os adolescentes cujo pai está empregado correspondem a valores mais elevados nos recursos internos da família.

Para a Mãe:

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inquiridos relativamente à situação profissional da Mãe (Empregada/ Desempregada), quer no caso do orgulho familiar ($t=-1,202$, $p=0,231$), quer no caso do entendimento familiar ($t=0,885$, $p=0,378$), bem como, no que respeita aos recursos internos da família ($t=-0,357$, $p=0,721$).

7.2.4. Recursos Familiares e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inquiridos relativamente à sua situação de saúde (se já alguma vez esteve doente dos nervos: Sim/ Não), quer no caso do orgulho familiar ($t=-1,066$, $p=0,288$), quer nos recursos internos da família ($t=0,374$, $p=0,709$). No entanto, no que respeita ao entendimento familiar existem diferenças estatisticamente significativas ($t=2,064$, $p=0,041$) entre as pontuações médias dos inquiridos que afirmaram já ter estado doentes dos nervos, relativamente aos inquiridos que afirmaram nunca ter estado doentes dos nervos. Desta forma, os inquiridos que afirmaram nunca ter estado doente dos nervos correspondem a valores mais elevados no seu entendimento familiar.

7.2.5. Recursos Familiares e Idade

A realização das correlações entre a idade dos inquiridos e as pontuações obtidas para o orgulho familiar ($r=-0,112$; $p=0,179$), entendimento familiar ($r=-0,073$; $p=0,377$) e recursos internos da família ($r=-0,119$; $p=0,150$) não se mostraram estatisticamente significativas. No entanto, os resultados apresentam uma tendência no sentido negativo, ou seja, quanto mais velhos são os inquiridos, menor é o seu orgulho familiar, entendimento familiar e recursos internos da família.

7.2.6. Recursos Familiares e número de Reprovações Escolares dos Adolescentes

A realização das correlações entre o número de reprovações escolares dos inquiridos e as pontuações obtidas para o Orgulho Familiar ($r=-0,114$; $p=0,169$), entendimento familiar ($r=-0,106$; $p=0,201$) e recursos internos da família ($r=-0,139$; $p=0,093$) não se mostraram estatisticamente significativas. No entanto, uma vez que são negativas, apresentam uma tendência de que, quanto mais elevado for o número de reprovações menor é o Orgulho Familiar, o Entendimento Familiar e os recursos internos da família.

7.2.7. Recursos Familiares e Habilitações Literárias dos Pais

A realização das correlações entre as habilitações literárias dos pais dos inquiridos e as pontuações obtidas para o orgulho familiar (Pai: $r=0,027$, $p=0,750$; Mãe: $r=0,025$, $p=0,761$), entendimento familiar (Pai: $r=0,081$, $p=0,331$; Mãe: $r=0,115$, $p=0,165$) e recursos internos da família (Pai: $r=0,063$ $p=0,447$; Mãe: $r=0,081$, $p=0,328$), não se verificam estatisticamente significativas. No entanto, uma vez que são positivas quer para o pai, quer para a mãe, apresentam uma tendência de que, quanto mais elevado for o nível das habilitações literárias mais elevado é o Orgulho Familiar, o Entendimento Familiar e os recursos internos da família.

7.2.8. Recursos Familiares e Estilos Educativos Parentais

Para o Pai:

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos do Pai relativamente ao orgulho familiar ($\chi^2(3) = 33,805$; $p=0,000$) e aos Recursos Internos da Família ($\chi^2(3) = 28,685$; $p=0,000$). Para ambas as situações os testes de comparações múltiplas de Tukey realizados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estilo “Apoiante” e os estilos “Indulgente” e “Autoritário”, sendo que, os adolescentes que percebem o estilo educativo do Pai como “Apoiante” têm mais orgulho familiar e melhores recursos internos da família. No entanto, para um nível de significância de 5%, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos do Pai relativamente ao entendimento familiar ($\chi^2(3) = 7,665$; $p=0,053$).

Para a Mãe:

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe relativamente ao orgulho familiar ($\chi^2(3) = 14,988$; $p=0,002$), ao entendimento familiar ($\chi^2(3) = 9,480$; $p=0,024$) e aos recursos internos da família ($\chi^2(3) = 16,814$; $p=0,001$). Em todas as situações, os testes de comparações múltiplas de Tukey realizados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estilo “Apoiante” e o estilo “Autoritário”, sendo que, os adolescentes que percebem o estilo educativo da Mãe como “Apoiante” têm mais orgulho familiar, melhor entendimento familiar e melhores recursos internos da família, quando comparado com o estilo “Autoritário”.

7.3. Orientação de Vida - Optimismo

Para analisar os resultados do teste de orientação de vida dos adolescentes inquiridos considerou-se o optimismo como único factor de análise, uma vez que os

restantes itens são somente de despiste. Assim para o factor optimismo obteve-se uma média de 11,86 e um desvio padrão de 3,38, com um mínimo de 4 e um máximo de 20.

7.3.1. Orientação de Vida – Optimismo e Género Sexual

Na comparação dos resultados por género sexual, os testes t de student utilizados mostraram não existirem diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 5%, no que respeita ao indicador do optimismo (valor-p=0.474).

Tabela 17 - Diferenças entre o Género Sexual e a variável Optimismo.

Variável	Género sexual	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Optimismo	Feminino	11,65	3,32	-0,718	0,474
	Masculino	12,05	3,44		

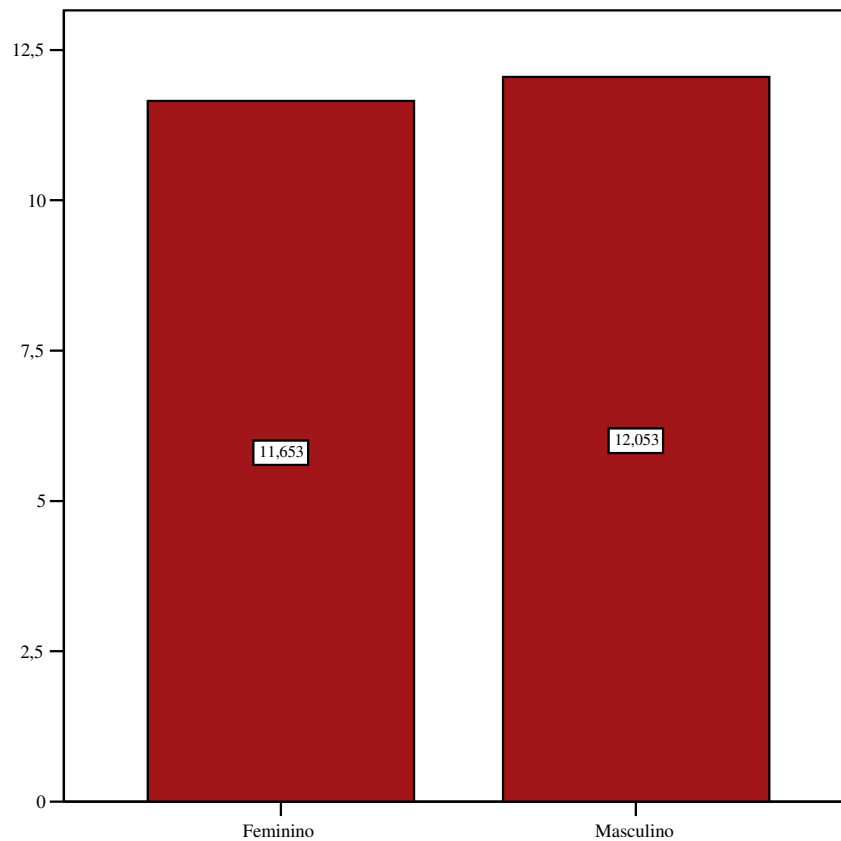


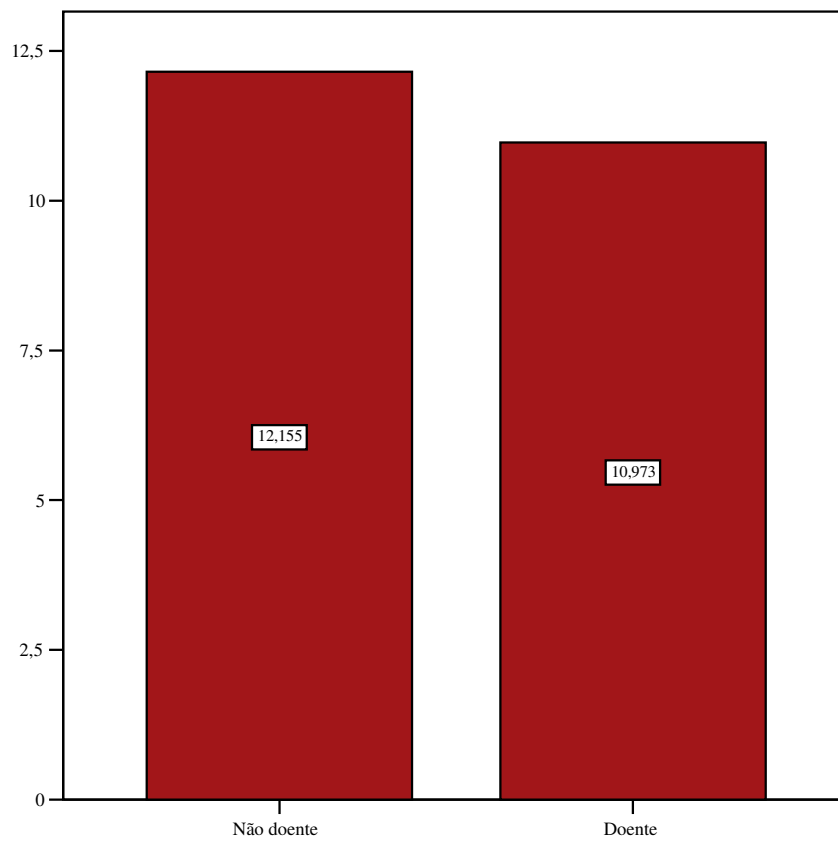
Figura 6 – Valores médios das pontuações obtidas por Género Sexual para o Optimismo.

7.3.2. Orientação de Vida – Optimismo e Saúde Mental (Doente e Não Doente)

Na comparação dos resultados entre doentes e não doentes, os testes t de student utilizados mostraram não existirem diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 5% para o indicador do optimismo (valor-p=0.156).

**Tabela 18 - Diferenças entre doentes e não doentes para a variável
Optimismo.**

Variável	Saúde Mental	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Optimismo	Não Doente	12,15	3,22	1,857	0,156
	Doente	10,97	3,72		



**Figura 7 – Valores médios das pontuações obtidas para Não Doentes e Doentes
relativas ao Optimismo.**

7.3.3. Orientação de Vida – Optimismo e Situação Profissional dos Pais (Empregado/Desempregado)

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inquiridos, relativamente à situação profissional dos pais (Empregado/ Desempregado) quanto ao grau da disposição optimista dos adolescentes (Pai: $t=-0,883$, $p=0,379$; Mãe: $t=0,665$, $p=0,507$).

7.3.4. Orientação de Vida – Optimismo e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inquiridos, relativamente à sua situação de saúde (se já alguma vez esteve doente dos nervos: Sim/ Não) quanto ao grau da disposição optimista dos adolescentes ($t=-0,257$, $p=0,800$) quer no Total ($t=0,234$, $p=0,817$).

7.3.5. Orientação de Vida – Optimismo e Idade

A realização das correlações entre a idade dos inquiridos e as pontuações obtidas para o Optimismo ($r=-0,069$; $p=0,409$) não se mostraram estatisticamente significativas.

7.3.6. Orientação de Vida – Optimismo e número de Reprovações Escolares dos Adolescentes

A realização das correlações entre o número de reprovações escolares dos inquiridos e as pontuações obtidas para o Optimismo ($r=-0,058$; $p=0,487$), não se verificaram estatisticamente significativas. Contudo, uma vez que são negativas,

apresentam uma tendência de que, quanto mais elevado for o número de reprovações menor é a disposição otimista dos adolescentes.

7.3.7. Orientação de Vida – Optimismo e Habilitações Literárias dos Pais

A realização das correlações entre as habilitações literárias dos pais dos inquiridos e as pontuações obtidas para o Optimismo (Pai: $r=0,075$, $p=0,364$; Mãe: $r=0,056$, $p=0,504$), não se verificaram estatisticamente significativas. No entanto, uma vez que são positivas, apresentam uma tendência quer para o pai, quer para a mãe, de que, quanto mais elevado for o nível das habilitações literárias mais elevado é a disposição otimista dos adolescentes.

7.3.8. Orientação de Vida – Optimismo e Estilos Educativos Parentais

Para o Pai:

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos do Pai relativamente ao Optimismo ($\chi^2(3) = 0,183$; $p=0,980$).

Para a Mãe:

Também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe relativamente ao Optimismo ($\chi^2(3) = 1,606$; $p=0,658$).

7.4. Saúde Mental (BSI)

Em relação aos resultados do BSI, optou-se por analisar a dimensão Depressão, bem como, o Índice Geral de Sintomas (IGS), ou seja, o nível de saúde mental dos inquiridos e ainda a análise da distinção do Grupo de Doentes e Não Doentes. Neste sentido, para a dimensão Depressão obteve-se uma média de 5,00 e um desvio padrão de 4,04, com um mínimo de 0 e um máximo de 17; para o IGS (nível de saúde mental) obteve-se uma média de 41,22 e um desvio padrão de 24,07, com um mínimo de 2 e um

máximo de 112. Quanto aos dois grupos (Doentes e Não Doentes) os resultados já foram referidos no ponto 8.2.2. que trata dos Recursos Familiares e Saúde Mental (Doente e Não Doente).

7.4.1. Saúde Mental (BSI) e Género Sexual

Na comparação dos resultados por género sexual, os testes t de student utilizados mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 5%, quer para a dimensão Depressão (valor-p=0.005), quer para o IGS (nível de saúde mental) (valor-p=0.001). Assim, os resultados indicam que os adolescentes do género sexual feminino, apresentam uma maior sintomatologia da dimensão Depressão, bem como, um maior IGS, isto é, uma pior saúde mental.

Tabela 19 - Diferenças entre o Género Sexual, a dimensão Depressão e o Índice Geral de Sintomas (nível de saúde mental).

Variável	Género sexual	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Depressão	Feminino	5,96	4,37	2,875	0,005
	Masculino	4,08	3,48		
IGS	Feminino	48,18	25,80	3,549	0,001
	Masculino	34,55	20,34		

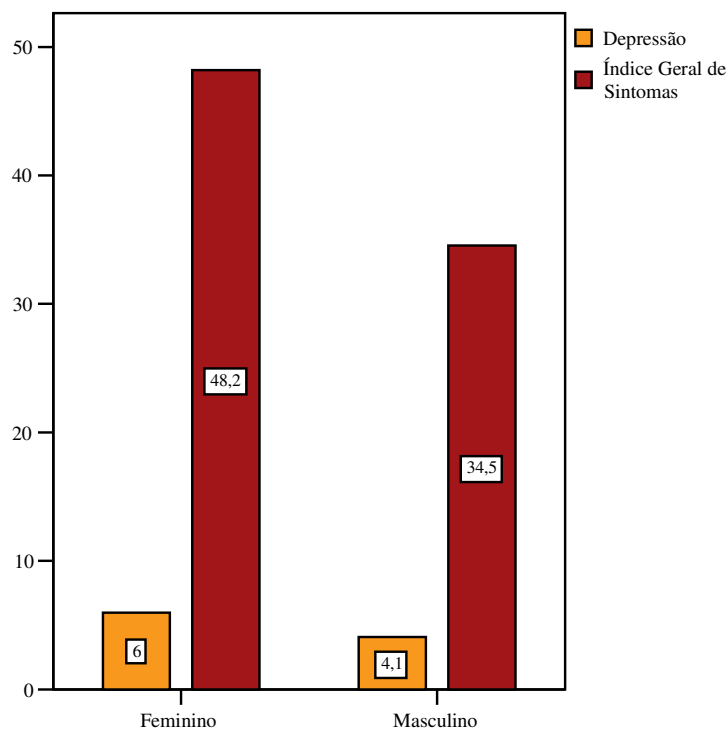


Figura 8 – Valores médios das pontuações obtidas por Gênero Sexual para a dimensão Depressão e para o Índice Geral de Sintomas (nível de saúde mental).

7.4.2. Saúde Mental (BSI) e Grupo dos Doentes e Não Doentes

Na comparação dos resultados entre os adolescentes doentes e não doentes, os testes t de student utilizados mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 5%, quer para a dimensão Depressão (valor-p=0.000), quer para o IGS (nível de saúde mental) (valor-p=0.000). Neste sentido, os resultados indicam que os adolescentes do grupo dos doentes apresentam uma maior sintomatologia da dimensão Depressão, bem como, um maior IGS, ou seja, uma pior saúde mental.

**Tabela 20 – Diferenças entre doentes e não doentes para as variáveis
Depressão e o IGS (nível de saúde mental).**

Variável	Saúde Mental	Média	Desvio-padrão	Teste t	Valor-p
Depressão	Não Doente	3,52	2,51	-7,54	0,000
	Doente	9,41	4,52		
IGS	Não Doente	32,55	16,20	-7,76	0,000
	Doente	67,03	25,36		

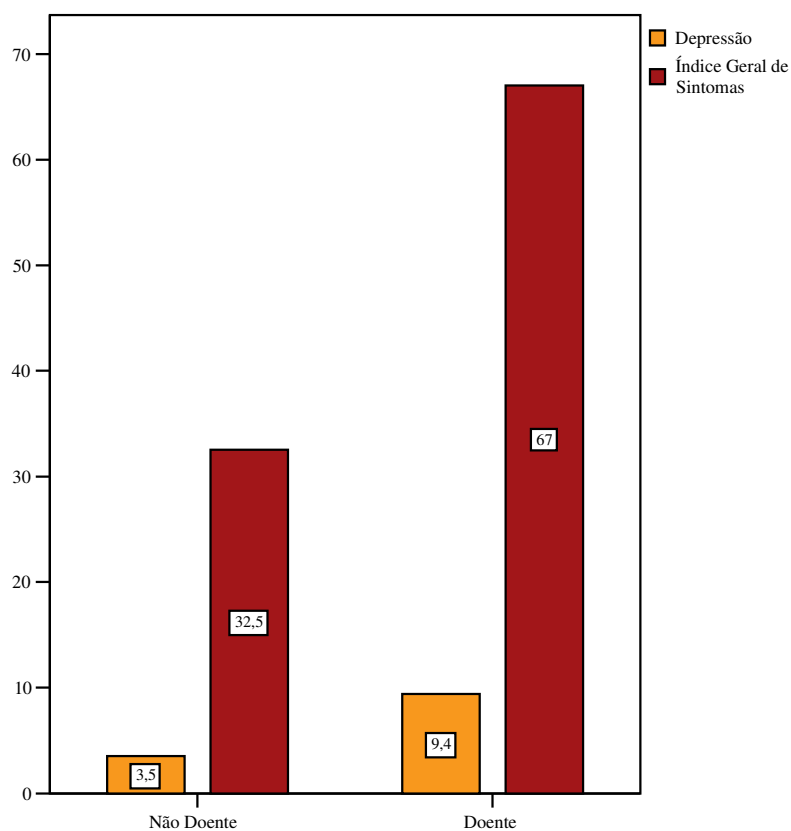


Figura 9 – Valores médios das pontuações obtidas para Não Doentes e Doentes relativas à dimensão Depressão e ao Índice Geral de Sintomas (nível de saúde mental).

7.4.3. Saúde Mental (BSI) e Situação Profissional dos Pais (Empregado/Desempregado)

Da análise dos testes t realizados conclui-se que não existem diferenças significativas entre as pontuações médias dos inquiridos, relativamente à situação profissional dos pais (Empregado/ Desempregado), quer no caso da dimensão Depressão (Pai: $t=0,701$, $p=0,484$; Mãe: $t=0,347$, $p=0,729$), quer no caso do IGS (nível de saúde mental) (Pai: $t=0,226$, $p=0,821$; Mãe: $t=-0,560$, $p=0,576$).

7.4.4. Saúde Mental (BSI) e Situação de Saúde dos Adolescentes (Respostas: Doente ou Não Doente dos Nervos)

Da análise dos testes t realizados conclui-se que existem diferenças significativas entre as pontuações médias dos inquiridos, relativamente à sua situação de saúde (se já alguma vez esteve doente dos nervos: Sim/ Não), quer no caso da dimensão Depressão ($t=-3,877$, $p=0,000$), quer no IGS (nível de saúde mental) ($t=-5,020$, $p=0,000$). Neste sentido, os inquiridos que afirmaram nunca ter estado doente dos nervos correspondem a pontuações inferiores quer na dimensão Depressão, quer no IGS (nível de saúde mental).

7.4.5. Saúde Mental (BSI) e Idade

A realização das correlações entre a idade e as pontuações obtidas para a dimensão Depressão ($r=0,002$; $p=0,981$) e IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,040$; $p=0,634$), não se mostraram estatisticamente significativas.

7.4.6. Saúde Mental (BSI) e número de Reprovações Escolares dos Adolescentes

A realização das correlações entre o número de reprovações escolares dos inquiridos e as pontuações obtidas para a dimensão Depressão ($r=-0,015$; $p=0,861$), e IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,017$; $p=0,839$) não se verificam estatisticamente significativas.

7.4.7. Saúde Mental (BSI) e Habilitações Literárias dos Pais

A realização das correlações entre as habilitações literárias dos pais dos inquiridos e as pontuações obtidas para a dimensão Depressão (Pai: $r=0,036$, $p=0,666$; Mãe: $r=-0,114$, $p=0,171$) e para o IGS (nível de saúde mental) (Pai: $r=0,001$, $p=0,987$; Mãe: $r=-0,101$, $p=0,223$), não se verificaram estatisticamente significativas. Apesar de

se verificar que, as correlações obtidas para a mãe são superiores, em valor absoluto comparando com as do pai, e por isso mais significativas. Assim, as correlações obtidas para a mãe indicam que, quanto mais elevado for o nível das suas habilitações literárias, menores são as pontuações obtidas, quer na dimensão Depressão, quer no IGS (nível de saúde mental).

7.4.8. Saúde Mental (BSI) e Estilos Educativos Parentais

Para o Pai:

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos do Pai, quer para a dimensão Depressão ($\chi^2(3) = 4,594$; $p = 0,204$), quer para o IGS (nível de saúde mental) ($\chi^2(3) = 3,854$; $p = 0,278$).

Para a Mãe:

Por outro lado, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da Mãe relativamente à dimensão Depressão ($\chi^2(3) = 12,349$; $p = 0,006$) e ao IGS (nível de saúde mental) ($\chi^2(3) = 8,454$; $p = 0,038$). Em ambas as situações, os testes de comparações múltiplas de Tukey realizados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estilo “Apoiante” e o estilo “Indulgente”, sendo que, os adolescentes que percebem o estilo educativo da Mãe como “Apoiante” apresentam menor pontuação na dimensão Depressão, bem como, no IGS (nível de saúde mental), isto é, apresentam-se menos deprimidos e com melhor saúde mental. Pelo contrário, os adolescentes que percebem o estilo educativo da mãe como “Indulgente” apresentam maior pontuação na dimensão Depressão, bem como, no IGS (nível de saúde mental). Salienta-se que em relação aos restantes estilos educativos parentais, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

7.5. Correlações entre diversas Variáveis do Estudo (V1 a V8)

Tabela 21- Correlações entre as diversas variáveis do estudo (V1 a V8)

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
V2	r=0,029 p=0,724						
V3	r=0,068 p=0,412	r=0,314* p=0,000					
V4	r=0,009 p=0,911	r=0,252* p=0,002	r=0,253* p=0,002				
V5	r=0,053 p=0,521	r=0,361* p=0,000	r=0,845* p=0,000	r=0,430* p=0,000			
V6	r=0,192* p=0,020	r=0,245* p=0,003	r=0,241* p=0,003	r=0,281* p=0,001	r=0,325* p=0,000		
V7	r=0,032 p=0,699	r=-0,057 p=0,495	r=-0,347* p=0,000	r=-0,208* p=0,012	r=-0,360* p=0,000	r=-0,233* p=0,004	
V8	r=0,119 p=0,152	r=-0,197* p=0,017	r=-0,261* p=0,001	r=-0,258* p=0,002	r=-0,327* p=0,000	r=-0,186* p=0,024	r=0,814* p=0,000

(p = < 0, 05) valor estatisticamente significativo

V1=O meu comportamento habitual influencia a minha saúde

V2=O meu estilo de vida é ...

V3=Orgulho familiar

V4=Entendimento familiar

V5=Recursos Internos da família

V6= Optimismo

V7= Depressão

V8=IGS (nível de saúde mental)

7.5.1. Correlações entre “O meu Comportamento Habitual Influencia a minha Saúde” (V1) e as restantes Variáveis

Se analisarmos as correlações da posição dos inquiridos relativamente à afirmação “o meu comportamento habitual influencia a minha saúde, verifica-se que apenas são estatisticamente significativas as correlações com o optimismo ($r=0,192$, $p=0,020$). Assim, os resultados indicam que quanto mais os adolescentes concordam que o seu comportamento habitual influencia a sua saúde, melhor é a sua disposição optimista. Quanto às restantes variáveis, os resultados indicam que não existem correlações estatisticamente significativas.

7.5.2. Correlações entre “O meu Estilo de Vida é ...” (V2) e as restantes Variáveis

Os resultados da percepção do próprio estilo de vida dos inquiridos, indicam correlações estatisticamente significativas no sentido positivo com os resultados dos recursos familiares, indicando que quanto mais saudável é o estilo de vida dos inquiridos, mais elevadas são as pontuações dos recursos familiares (Orgulho familiar ($r=0,314$, $p=0,000$), Entendimento Familiar ($r=0,252$, $p=0,002$) e Recursos Internos da Família ($r=0,361$, $p=0,000$)). São também significativas no sentido positivo as correlações entre o estilo de vida e os resultados do teste de orientação de vida, indicando que quanto mais saudável é o estilo de vida dos inquiridos, mais elevadas são as pontuações obtidas no teste de orientação de vida (Optimismo ($r=0,245$, $p=0,003$)). Existe ainda uma correlação significativa mas no sentido negativo entre o estilo de vida dos inquiridos e a pontuação do IGS (nível de saúde mental ($r=-0,197$, $p=0,017$), indicando que quanto menos saudável é o estilo de vida dos inquiridos, mais elevadas são as pontuações no IGS (nível de saúde mental, ou seja, pior é a saúde mental dos mesmos. Quanto à dimensão Depressão, embora apresente uma correlação negativa, esta não é estatisticamente significativa.

7.5.3. Correlações entre o Orgulho Familiar (V3) e as restantes Variáveis

Os resultados indicam que o orgulho familiar encontra-se positivamente correlacionado de um modo estatisticamente significativo com entendimento familiar ($r=0,253$, $p=0,002$); com os recursos internos da família ($r=0,845$, $p=0,000$), assim como, com o optimismo ($r=0,241$, $p=0,003$). Neste sentido, quanto maior é o orgulho familiar dos adolescentes, maior é o entendimento familiar e maior é a sua disposição optimista. Por outro lado, o orgulho familiar encontra-se negativamente correlacionado de um modo estatisticamente significativo com a Depressão ($r=-0,347$, $p=0,002$) e com o IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,261$, $p=0,000$). Desta forma, quanto menor é o orgulho familiar dos adolescentes, maior é a tendência destes para a Depressão e para uma pior saúde mental.

7.5.4. Correlações entre o Entendimento Familiar (V4) e as restantes Variáveis

Os resultados indicam que o entendimento familiar encontra-se positivamente correlacionado de um modo estatisticamente significativo com os recursos internos da família ($r=0,430$, $p=0,000$) e com o optimismo ($r=0,281$, $p=0,001$). Deste modo, quanto maior é o entendimento familiar dos adolescentes, maior é a sua disposição optimista e os seus recursos internos da família. Por outro lado, o entendimento familiar encontra-se negativamente correlacionado de um modo estatisticamente significativo com a Depressão ($r=-0,208$, $p=0,012$) com o IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,258$, $p=0,002$). Neste sentido, quanto menor é o entendimento familiar dos adolescentes, maior é a sua tendência para a Depressão e pior é a sua saúde mental

7.5.5. Correlações entre os Recursos Internos da Família (V5) e as restantes Variáveis

Os resultados indicam que os recursos internos da família encontram-se positivamente correlacionados de um modo estatisticamente significativo com o optimismo ($r=0,325$, $p=0,000$). Assim, quanto mais elevados são os recursos internos da família, maior é a disposição optimista dos adolescentes. Por outro lado, os recursos internos da família encontram-se negativamente correlacionados de um modo estatisticamente significativo com a Depressão ($r=-0,360$, $p=0,000$) e com o IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,327$, $p=0,000$). Neste sentido, quanto menores são os recursos internos da família, maior é a tendência dos adolescentes para a Depressão e pior é a sua saúde mental.

7.5.6. Correlações entre o Optimismo (V6) e as restantes Variáveis

Os resultados indicam que o optimismo encontra-se negativamente correlacionado de um modo estatisticamente significativo com a Depressão ($r=-0,233$, $p=0,004$) e com o IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,186$, $p=0,024$). Assim, quanto menor é a disposição optimista dos adolescentes, maior é a sua tendência para a Depressão e pior é a saúde mental destes.

7.5.7. Correlações entre a Depressão (V7) e as restantes Variáveis

Os resultados indicam que a Depressão encontra-se positivamente correlacionada de um modo estatisticamente significativo com o IGS (nível de saúde mental) ($r=-0,814$, $p=0,000$). Desta forma, quanto maior é a sintomatologia da Depressão nos adolescentes, pior é a saúde mental destes.

CAPITULO 8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

«A partilha científica com a arte a necessidade de escolha. O objecto de estudo resulta de uma opção, assim como a sua perspectiva de abordagem. Como construção que é, implica uma estrutura arquitectónica e uma forma».

Esteves, 1996

Quanto aos resultados das hipóteses enunciadas neste estudo, passamos a descrevê-los e discuti-los à luz da fundamentação teórica, de acordo com os vários autores que abordamos na primeira parte deste estudo.

Relativamente à primeira hipótese, que apontava para a existência de diferenças estatisticamente significativas na forma como os rapazes e as raparigas percebem o entendimento familiar:

Verificou-se que não existem diferenças significativas na forma como os rapazes e raparigas percebem o entendimento familiar (valor-p=0.805). Pois as diferenças das médias são mínimas, para o entendimento familiar as raparigas obtiveram uma pontuação média de 14,75 e os rapazes 14,61, o que não permite confirmar esta hipótese.

Estes resultados não são corroborados pelo estudo dos autores Canavarro, Serra, Firmino & Ramalheira (1993), no qual verificaram que são os homens que percebem de forma estatisticamente significativa maior entendimento familiar, quando comparados com as mulheres. Contudo, devemos salientar que este estudo foi realizado com uma amostra de adultos, enquanto que o presente estudo foi realizado com adolescentes, o que, pode contribuir para a divergência dos resultados, uma vez que, os jovens provavelmente estarão mais envolvidos (disponíveis) com o seu grupo de pares e como tal, a sua percepção relativamente ao envolvimento familiar não difere em função do seu género sexual.

No que respeita à segunda hipótese, esta preconiza que quanto mais elevados forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes:

Os resultados deste estudo permitiram confirma-se esta hipótese, uma vez que se observou a existência de uma correlação negativa entre os recursos internos da família e o IGS (Índice geral de sintomas), ($r=-0.327$, valor-p=0.000), indicando que quanto mais

elevados forem os recursos internos de uma família menor será o valor do IGS, ou seja, melhor tenderá a ser a saúde mental dos seus filhos adolescentes.

Em relação a esta hipótese, os resultados encontrados são corroborados pelo estudo “Recursos Familiares e Perturbações Emocionais” de Canavarro, Serra, Firmino & Ramalheira (1993), pois estes autores verificaram que os indivíduos não doentes apresentaram valores mais elevados na percepção dos seus Recursos Familiares. Assim, os indivíduos com bons Recursos Internos no contexto familiar, tendem a ter melhor Saúde Mental do que os indivíduos que têm piores Recursos Familiares. Também de acordo com Marcelli & Braconnier (2005), os inquéritos “autoconfessos” efectuados aos adolescentes “com problemas” mostraram que existe uma taxa de insatisfação muito elevada em relação aos próprios pais, pois acham-nos demasiado severos ou não o suficiente, demasiado inacessíveis, ou demasiado invasores. A taxa de insatisfação familiar é nitidamente mais elevada do que na população de adolescentes ditos “normais”, o que reforça os resultados do presente estudo. Estes autores últimos autores salientam ainda que, para diversos investigadores, as perturbações dos adolescentes devem ser atribuídas às interacções patológicas do próprio grupo familiar, sobretudo nos casos de perturbações graves da personalidade. Ainda segundo Marujo, Neto & Perloiro (2002) iniciar, desenvolver e manter relações com os outros é algo permanente, indispensável e estruturante para nós. Assim, ter estabilidade emocional passa por amar e sentir-se amado, desejar e ser desejado, escutar e ser escutado, valorizar e ser valorizado. Neste sentido, percebe-se a importância de melhorar os padrões relacionais, dado que esta melhoria se irá reflectir certamente na vida pessoal/emocional dos jovens.

É ainda de referir que também segundo Fleming (2004), as pressões da vida de hoje dificultam a interacção e aquilo que as crianças e os adolescentes têm para nos dizer. Os pais de hoje habitualmente andam tensos e preocupados, com pouco tempo para reflectir nos seus próprios sentimentos, acabando por bloquear ou responder agressivamente ao que os filhos procuram expressar. Por outro lado, os pais que ainda possuem essa capacidade de “escutar”, são capazes de fornecer experiências emocionais de qualidade que são a base para o crescimento de sentimentos de segurança, suporte e pertença.

Quanto à terceira hipótese, esta postula que existe uma relação directa entre, a percepção do orgulho familiar e saúde mental dos adolescentes. Por outras palavras, os adolescentes que percebem um maior orgulho na sua família, tenderão a ter melhor saúde mental: Com os nossos resultados também podemos confirmar a hipótese enunciada, pois constatou-se que existe uma correlação negativa entre o orgulho familiar e o IGS (Índice geral de sintomas), ($r=-0.261$, $\text{valor-p}=0.001$), indicando que quanto maior é a percepção do orgulho no seio familiar dos adolescentes, menor se verifica ser o valor do IGS, e por conseguinte melhor tenderá a ser a saúde mental destes.

Estes resultados também foram corroborados pelo estudo dos autores Canavarro, Serra, Firmino & Ramalheira (1993), uma vez que, a partir de uma análise discriminante, verificaram que o “Orgulho Familiar” era de forma altamente significativa, bom discriminador de ser ou não ser doente mental. Neste sentido, os indivíduos com um bom Orgulho Familiar, tendem a ter melhor Saúde Mental.

A quarta hipótese prevê a existência de uma relação directa entre a percepção do Entendimento Familiar e a Saúde Mental dos adolescentes. Ou seja, quanto melhor é o Entendimento Familiar percebido pelos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes:

Esta hipótese também foi confirmada, pois através dos resultados, observou-se que existe uma correlação negativa entre o entendimento familiar e o IGS (Índice geral de sintomas), ($r=-0.258$, $\text{valor-p}=0.002$), indicando que quanto maior for o entendimento no sistema familiar, menor será o valor do IGS, e por conseguinte melhor tenderá a ser a saúde mental dos seus filhos adolescentes.

Também foi possível corroborar estes resultados, pois de acordo com Canavarro, Serra, Firmino & Ramalheira (1993), a partir de uma análise discriminante, foi possível para estes autores concluir que o “Entendimento Familiar” era de forma altamente significativa, bom discriminador de ser ou não ser doente mental. O que permite indicar que indivíduos com um bom Entendimento Familiar tendem a ter melhor Saúde Mental. Também para Fleming (2004) é da qualidade da relação entre pais e filhos que se desenvolve o bem-estar afectivo básico para que uma criança ou adolescente, possa desenvolver-se psicologicamente de forma saudável. Pelo que, é através do padrão de

relação precoce entre pais e filhos que, se estabelece a forma como nos relacionamos conosco e com os que nos rodeiam. Deste modo, os pais são os principais agentes da saúde mental dos seus filhos. Tal como, escrevia Donald Winnicott, «tudo começa em casa». Salientamos ainda os autores Marcelli & Braconnier (2005), que defendem que quando um adolescente apresenta dificuldades, a qualidade das relações familiares é um parâmetro importante na avaliação da sua situação clínica.

No que concerne à quinta hipótese, esta preconiza que quanto mais baixos forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para sintomas depressivos:

A partir dos resultados obtidos, esta hipótese também foi confirmada, uma vez que, se verificou a existência de uma correlação negativa entre os recursos internos da família e a tendência para sintomas depressivos dos adolescentes ($r=-0.360$, $\text{valor-}p=0.000$), indicando que quanto mais baixos forem os recursos internos de uma família maior será a tendência para sintomas depressivos nos seus filhos adolescentes.

Estes resultados são igualmente corroborados, uma vez que, de acordo com Marcelli & Braconnier (2005) em qualquer processo de adolescência os pais participam no trabalho de separação e devem efectuar pessoalmente, tal como o adolescente um trabalho de luto, a chamada “crise parental”. Neste sentido, segundo o autor, em adolescentes claramente deprimidos, o ambiente familiar é frequentemente considerado como uma parte do contexto etiopatogénico. Também segundo vários autores, as crianças ou jovens que crescem privados de formas de elogios e encorajamentos que ajudam os mesmos a aprender a sentir-se bem consigo próprios e com o mundo em que vivem, é a eventualidade da infância e/ou adolescência desfavorável que favorece a susceptibilidade à depressão, e não meramente a ausência de um pai por motivo de morte, divorcio, separação ou ilegitimidade. Neste âmbito, outros factores implicados na etiologia da depressão incluem a rejeição dos pais (quer factual quer sentida) e mesmo a desarmonia parental, o que, quase sempre diminui a atenção que a criança ou adolescente recebe dos pais e tende a reduzir a sua auto-estima (cit. in Weiner, 1995, p. 141).

Em relação à sexta hipótese, que postula que quanto mais elevados forem os recursos internos da família percebidos pelos adolescentes, maior será a tendência destes para a disposição optimista:

Através dos resultados verifica-se que existe uma correlação positiva entre os recursos internos da família e o optimismo dos adolescentes ($r=0.325$, valor- $p=0.000$), o que permite confirmar esta hipótese. Desta forma, pode-se dizer que quanto mais elevados forem os recursos internos de uma família mais optimistas se apresentam os seus filhos adolescentes.

Também é possível corroborar estes resultados, pois alguns estudos têm mostrado que os membros de uma determinada família tendem a ter níveis semelhantes de pessimismo ou optimismo. Este facto revela com clareza a ideia de que aprendemos a ser optimistas ou pessimistas com aqueles que nos são próximos, o que constitui um desafio para todas as famílias no sentido de promoverem no desenvolvimento dos seus filhos uma atitude positiva, ou educarem diferentemente as crianças e adolescentes que já só vêem o negro da vida (Marujo; Neto & Perloiro, 2002). Para reforçar esta hipótese também se faz referência a Cury (2005) que defende que educar é acreditar na vida, mesmo que derramemos lágrimas. Educar é ter esperança no futuro, mesmo que os jovens nos decepcionem no presente. Educar é ser um garimpeiro que procura os tesouros do coração. Educarmo-nos e educarmos os nossos filhos para o optimismo levar-nos-á por caminhos de maior felicidade e bem-estar e ajudar-nos-á a construir uma geração mais confiante, mais sorridente e mais positiva. Ainda segundo Marujo, Neto & Perloiro (2002) a educação para o optimismo, tem como base, proporcionar algo genuinamente agradável e não meramente suportável, sendo que as energias e potenciais individuais podem ser usados de forma mais completa e revitalizante, os nossos propósitos devem ser mais determinados, conscientes e inabaláveis, o controlo sobre a vida deve ser mais sentido e mais real, pois o destino e o futuro estão nas nossas “mãos”. Neste sentido, educar os filhos torna-se uma efectiva responsabilidade, pelo facto do nosso próprio optimismo ou pessimismo, e das atitudes que temos perante nós, os outros e a realidade em geral, não terem só impacto sobre a nossa própria vida, mas também sobre as mentes de todos e cada um dos nossos educandos.

Relativamente à sétima hipótese, que prevê que quanto maior é a disposição otimista dos adolescentes, melhor tenderá a ser a saúde mental destes:

Quanto a esta hipótese, verificou-se através dos resultados que existe uma correlação negativa entre o optimismo dos adolescentes e o IGS (Índice geral de sintomas), ($r=-0.186$, valor- $p=0.024$), confirmando-se assim esta hipótese. O que significa que, quanto maior for o optimismo dos adolescentes menor será o valor do IGS e por conseguinte, melhor tenderá a ser a saúde mental dos mesmos.

Também nos é possível corroborar os resultados desta hipótese, sendo que, segundo Marujo, Neto & Perloiro (2002) através do optimismo podemos chegar a uma maior vontade de viver, a uma melhor saúde, e a maior estabilidade emocional. Se esperarmos convictamente o melhor, encontraremos mais felicidade e maior bem-estar, se olharmos para o mais positivo de cada experiência da vida, viveremos com mais alegria e vontade para recomeçar animadamente cada dia. Estes autores defendem ainda que, tendo como certeza que o optimismo traz mais saúde mental e física e maior felicidade, e que mistura uma maior leveza com uma mais forte estrutura para aguentar os embates da vida, o bom educador tem a responsabilidade moral de se educar e de educar os outros para o optimismo. Os nossos ideais podem ficar mais próximos e serem progressivamente materializados, a nossa saúde física e mental pode melhorar, as nossas relações com os outros podem ser mais satisfatórias, a nossa felicidade pode ser diariamente construída e ser mais expansiva, permanente e plena. Também segundo Faria (2000: p. 315), *“no domínio da saúde, os indivíduos que têm uma visão favorável da vida estão em vantagem em relação aqueles que estão à espera de acontecimentos negativos, já que são capazes de fazer face ao stress e à doença, de realizar esforços para evitar os problemas, em quanto que os outros não”*. Esta autora salienta ainda que os estudos têm revelado uma influência positiva do optimismo disposicional nos processos adaptativos suscitados pela doença (Sultan & Bureau, 1999, cit in Faria, 2000).

Quanto à oitava hipótese, que postula que existem diferenças significativas entre a percepção dos estilos educativos do pai, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes:

A partir dos resultados observados, constatou-se que não existem diferenças significativas entre os estilos educativos do pai relativamente à saúde mental dos seus filhos adolescentes, pelo que, não foi possível confirmar esta hipótese. No entanto, embora as diferenças não sejam significativas, os adolescentes cujos pais têm estilo educativo apoiante têm menor valor médio de IGS (0,7623) relativamente aos adolescentes cujos pais têm um estilo educativo autoritário (0,8899). O que sugere que, os adolescentes cujos pais têm um estilo educativo apoiante têm melhor saúde mental. Contudo o estilo educativo dos pais não parece influenciar muito a saúde mental dos adolescentes, uma vez que, os adolescentes cujos pais têm um estilo negligente, têm o menor valor médio de IGS (0,6627) por conseguinte têm melhor saúde mental. Mas, devemos no entanto ter com conta, o facto de que a amostra dos adolescentes cujos pais têm estilo educativo negligente é constituída apenas por 8 adolescentes, o que limita esta análise.

Estes resultados não foram totalmente corroborados de acordo com a revisão bibliográfica que efectuamos, uma vez que, os mesmos não se mostraram estatisticamente significativos. Contudo, reforça-se que de acordo com Fleming (2004) o modo como os adolescentes percebem o comportamento dos seus pais é mais importante para o desenvolvimento da sua personalidade, do que o conteúdo do estímulo a que se refere. Os adolescentes com problemas comportamentais percebem as suas famílias como menos apoiantes e menos interessadas no bem-estar destes.

Também segundo Cole & Rehm; Kandel & Davies; McCranie & Bass (1986; 1982; 1984, cit. in Weiner, 1995) as práticas educativas parentais que combinam expressões limitadas ou inconscientes de afecto e baixas taxas de recompensa com controlo autoritário, disciplina prepotente e instigação de culpa, proporcionam experiências durante o desenvolvimento que favorecem um sentimento de incompetência e indignidade. Estas práticas irão pois impedir o desenvolvimento normal da auto-estima, aumentando a vulnerabilidade do adolescente a sentimentos de desamparo e fracasso, que por sua vez originam uma tendência para o humor deprimido. Outros estudos, demonstraram que as (crianças) e adolescentes do grupo clínico (deprimidos) tendem mais do que os sujeitos do grupo de controlo a afundar-se em

relações familiares tensas e a perceber a falta de apoio dos pais, irmãos e colegas (Beck & Rosenberg, 1986; Compass, Slavin, Wagner & Vannatta, 1986, cit. in Weiner, 1995). Alguns autores estudam ainda a influência das práticas educativas nos distúrbios de comportamento dos filhos, nomeadamente, Gardner (1992) analisa várias investigações recentes sobre a importância da interacção entre pais e filhos na etiologia de desordens de comportamento dos filhos, interacção que muitas vezes é mediada por factores contextuais. Alguns estudos não são de todo concludentes particularmente quanto à direcção da relação, pois se o comportamento dos pais influencia o dos filhos, positiva ou negativamente, também se dá a direcção inversa (cit in Oliveira, 2002).

No que respeita à nona hipótese, que aponta para a existência de diferenças significativas entre os estilos educativos da mãe, no que diz respeito à saúde mental dos seus filhos adolescentes:

Verificou-se através dos resultados obtidos ($F=3.214$, valor- $p=0.025$), que, para um nível de significância de 5%, existem diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos da mãe relativamente à saúde mental dos seus filhos adolescentes, o que permite confirmar esta hipótese. Analisando ainda os resultados obtidos para as comparações múltiplas entre os vários estilos educativos da mãe, pode verificar-se também que, apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os estilos educativos apoiante e o indulgente (valor- $p=0.022$). Verificámos também que embora as diferenças não sejam significativas entre os estilos educativos apoiante e negligente, estes apresentam o menor e o maior valor médio de IGS, respectivamente 0.717 e 1.2138. O facto de não serem significativas as diferenças entre os estilos educativos apoiante e negligente e serem significativas as diferenças entre os estilos educativos apoiante e indulgente cujo valor médio de IGS, é 0.9722 e por isso inferior ao valor correspondente ao estilo educativo negligente, resulta da frequência do estilo educativo negligente ser apenas de 3 e o desvio padrão correspondente ser o mais elevado. Deste modo, constata-se que os adolescentes cujas mães têm um estilo educativo apoiante têm melhor saúde mental do que os adolescentes cujas mães têm os restantes estilos educativos. Contudo, as diferenças entre a saúde mental dos seus filhos adolescentes

apenas se apresentam estatisticamente significativas entre os adolescentes cujas mães têm estilos educativos apoiante e indulgente.

Estes resultados também foram corroborados, tendo em conta que, de acordo com Fleming (2004: p. 156) “*As percepções do comportamento parental (...) servem para diferenciar os sujeitos normais dos que apresentam distúrbios psiquiátricos. E neste caso é bem mais nítido que uma percepção elevada de controlo parental esteja associada à presença de distúrbios*”. Acrescenta-se que esta autora refere-se a ambos os progenitores, no entanto, tal como já se verificou na oitava hipótese, relativamente ao pai, os resultados não se mostram estatisticamente significativos, estes só se observam estatisticamente significativos no que respeita aos estilos educativos da mãe. Estes resultados poderão ser compreendidos provavelmente pelo facto da média de idades dos adolescentes inquiridos ser aproximadamente de 15 anos, pela qual se pode constatar que nesta fase de desenvolvimento, frequentemente é a figura materna que se disponibiliza mais para o envolvimento educacional com os filhos, o que poderá explicar a menor relevância que os resultados apontaram para os estilos educativos do pai relativamente à saúde mental dos jovens.

Por fim, referimo-nos à décima hipótese, a qual preconiza que, a percepção da incoerência dos estilos educativos dos pais (pai e mãe) está negativamente relacionada com a saúde mental dos seus filhos adolescentes:

Pelos resultados obtidos, verificou-se que, quando os estilos educativos dos pais são incoerentes o valor médio de IGS (0.8922) é superior do que quando os estilos educativos dos pais são coerentes (0.7421), o que indica que os adolescentes cujos pais são coerentes no seu estilo educativo têm melhor saúde mental. No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa se considerarmos um nível de significância de 5% (valor- $p=0.088$), o que não permite confirmar a mesma. Contudo, esta situação poder-se-á dever ao facto de nos 147 adolescentes que constituíram a nossa amostra, ter-se verificado coerência entre os estilos educativos dos pais em 112 adolescentes (76%) e incoerência em apenas 35 adolescentes (24%). O que poderá influenciar (limitar) a análise estatística dos dados. Neste sentido, é ainda de salientar que o facto dos resultados apontarem para uma maior coerência nos estilos educativos dos dois

progenitores é um pouco surpreendente e até contraditório com a revisão bibliográfica realizada, uma vez que esta aponta para uma grande frequência de incoerência nos respectivos estilos educativos.

Estes resultados, também não foram corroborados na sua totalidade, com a revisão bibliográfica que realizámos, sendo que, através dos mesmos constatou-se que não são estatisticamente significativos. No entanto, salienta-se que segundo Canavarro (1999), diversos autores mencionam a influência da incongruência e discrepância na forma de educar do pai e da mãe na saúde mental dos filhos.

Posto isto, pensa-se que o facto do tamanho reduzido da amostra terá contribuído para influenciar/limitar a análise de algumas variáveis estudadas na presente investigação, o que implicou que alguns resultados não se mostrassem estatisticamente significativos, apresentando apenas uma tendência (negativa/positiva).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Com este estudo procurou-se averiguar se existia relação entre a percepção dos recursos familiares e a saúde mental dos adolescentes.

Para além deste objectivo geral, através do presente estudo analisou-se a relação entre outras variáveis, neste sentido, em primeiro lugar, apresentamos uma síntese de todos os resultados; em segundo lugar, descrevemos sucintamente os resultados que dizem respeito às hipóteses enunciadas neste estudo; em terceiro lugar, faremos um apanhado das elações a que chegamos ao longo de todo este processo de investigação, bem como das posições de vários autores que corroboraram os nossos resultados; em quarto lugar, sugerimos algumas pistas para futuros estudos nesta área; em quinto lugar, realçamos algumas implicações práticas deste estudo. Por fim, apresentamos uma breve reflexão pessoal sobre o presente trabalho.

Assim, ao nível da **síntese dos resultados**, podemos concluir que, quanto à **percepção dos adolescentes no que respeita à influência do seu comportamento habitual sobre a sua saúde**, estes indicam-nos que, a maioria dos adolescentes inquiridos percebem o seu comportamento habitual como factor de influência na sua própria saúde (55,8%), por outro lado, somente uma minoria não concorda com esta situação (10,9%). No que respeita ao género sexual e à idade dos adolescentes, não se verificaram diferenças significativas em relação à forma de encarar o seu comportamento habitual como factor de influência da própria saúde. Por outro lado, relativamente às habilitações literárias dos pais, os resultados mostram-nos que, quanto mais elevado for o nível de habilitações literárias destes, maior é o nível de concordância com o facto do comportamento habitual influenciar a saúde dos mesmos.

Relativamente ao estilo de vida dos jovens, verifica-se que a maioria destes assumem ter um estilo de vida razoavelmente saudável, sendo que, apenas dois afirmaram ter um estilo de vida nada saudável. Constatou-se também que não existem diferenças entre o género sexual; a idade e as habilitações literárias dos pais no que respeita ao estilo de vida dos adolescentes.

No que diz respeito à percepção dos adolescentes sobre o estilo educativo parental, quer para o pai quer para a mãe, verificou-se que a maior predominância incidu no estilo “apoiantes” e a menor no estilo “negligente”. Constatou-se também que, relativamente à percepção dos estilos educativos de ambos os pais, não se encontrou associação com o género sexual, à idade; às habilitações literárias e à posição dos adolescentes face à influência do seu comportamento habitual na própria saúde. Ao contrário, mas apenas no que respeita à percepção do estilo educativo da mãe, verificou-se uma associação com a avaliação dos adolescentes sobre o seu estilo de vida, ou seja, os adolescentes que percebem o estilo educativo da Mãe como “Negligente” consideraram o seu estilo de vida menos saudável do que os restantes inquiridos.

Quanto aos recursos familiares, verificou-se que, em relação ao orgulho familiar dos adolescentes, a pontuação média foi de **(29,37)**, sendo os valores de referência para a população portuguesa adulta a média de **21**, para o entendimento familiar foi de **(15,32)**, sendo a média de referência **15**, e para os recursos internos da família, a pontuação média foi de **(44,69)**, sendo a média de referência **36**. Desta forma, podemos afirmar que em termos gerais os adolescentes apresentaram quer o orgulho familiar quer os recursos internos da família acima da média. Quanto ao entendimento familiar, em termos gerais os adolescentes estão dentro dos valores médios. Contudo, esta comparação deve ser acautelada, uma vez que, os valores de referência que indicamos dizem respeito a um estudo de Canavarro (1993) realizado com população adulta, o que limita a comparação destes valores com os resultados do presente estudo, sendo que este foi realizado com uma amostra de adolescentes. Assim, seria pertinente podermos comparar os nossos resultados com os de outros estudos futuros realizados com adolescentes portugueses. Conclui-se também que, não existem diferenças significativas entre o género sexual e o orgulho e entendimento familiar, bem como, os recursos internos da família. Já no que respeita aos resultados de Canavarro (1993), estes mostraram que os homens percebem um maior entendimento familiar do que as mulheres, contudo, mais uma vez estamos limitados nesta comparação, uma vez que estes resultados foram referentes a adultos.

Mais adiante aborda-se detalhadamente os resultados do BSI, contudo é de realçar que este instrumento permitiu distinguir dois grupos (doentes e não doentes mentais), sendo que, o **grupo dos doentes mentais foi de 37** adolescentes e o grupo dos não doentes foi de 110, **o que sugere um número considerável de adolescentes com sintomas psicopatológicos**. Conclui-se ainda que, não existe associação entre os adolescentes doentes e não doentes, quer no caso do orgulho familiar, entendimento familiar e os recursos internos da família. Verificou-se também que não existe associação entre a situação profissional do pai e da mãe (empregado/ desempregado), no caso do orgulho e entendimento familiar. No entanto, esta associação constatou-se no caso dos recursos internos da família, mas apenas em relação ao pai, isto é, os adolescentes cujo pai está empregado percebem melhores recursos familiares. Verificou-se que não existe associação entre a situação de saúde dos adolescentes (se já alguma vez esteve doente dos nervos: Sim/ Não), quer no caso do orgulho familiar quer no caso dos recursos internos da família. Por outro lado, no que respeita ao entendimento familiar, verificou-se essa associação, assim, os adolescentes que afirmaram nunca ter estado doente dos nervos percebem um melhor entendimento familiar. Relativamente à idade, verificámos apenas uma tendência no sentido negativo, ou seja, quanto mais velhos são os adolescentes, menor é o seu orgulho e entendimento familiar e recursos internos da família. Quanto ao número de reprovações escolares dos adolescentes, apenas se verificou uma tendência negativa, ou seja, quanto mais elevado for o número de reprovações menor é o orgulho e entendimento familiar e menor são também os recursos internos da família. Não se verificou associação significativa entre as habilitações literárias dos pais dos adolescentes e o orgulho familiar, entendimento familiar e os recursos internos da família. Contudo, os resultados apresentam uma tendência positiva, isto é, quanto mais elevado for o nível das habilitações literárias dos pais, mais elevado é o orgulho familiar, o entendimento familiar e os recursos internos da família. Verificou-se também que os adolescentes que percebem o estilo educativo do pai como “Apoiante” têm mais orgulho familiar e melhores recursos internos da família. No entanto, não se verificam diferenças significativas entre os estilos educativos do pai relativamente ao entendimento familiar. Constatou-se que os

adolescentes que percebem o estilo educativo da mãe como “Apoiante” têm mais orgulho familiar, melhor entendimento familiar e melhores recursos internos da família.

No que respeita ao teste de orientação de vida, os resultados indicam-nos que os adolescentes em geral obtiveram uma média de **(11,86)**, sendo os valores de referência para a população portuguesa adulta a média de **12,45**, pelo que, se conclui que os adolescentes apresentaram uma disposição otimista ligeiramente abaixo da média. No entanto, tal como acima se referiu relativamente aos recursos familiares, esta comparação deve ser cuidadosa, pois os valores de referência que indicamos dizem respeito ao estudo de Faria (2000) de adaptação deste instrumento à população portuguesa realizado com adultos, o que limita a comparação destes valores com os resultados do presente estudo, sendo que este foi realizado com uma amostra de adolescentes. Neste sentido, tal como para os recursos familiares, considera-se pertinente podermos comparar os nossos resultados com os de outros estudos futuros realizados com adolescentes portugueses. Em relação ao género sexual, os resultados mostraram-nos que não existem diferenças no que respeita à disposição otimista dos adolescentes. Assim, constata-se que os nossos resultados não estão em consonância com os valores de referência da versão portuguesa de Faria (2000) realizada com população adulta, pois estes mostraram que os homens são mais otimistas que as mulheres. Mais uma vez, esta comparação torna-se limitada porque estamos a falar no nosso estudo do optimismo de adolescentes e não de adultos. Quanto à comparação dos resultados entre os dois grupos (doentes e não doentes), verificou-se que não existem diferenças significativas em relação à disposição otimista dos adolescentes. Também não existem diferenças entre a situação profissional de ambos os pais (Empregado/ Desempregado) e a disposição otimista dos adolescentes. Conclui-se que não existem diferenças significativas entre a sua situação de saúde dos adolescentes (se já alguma vez esteve doente dos nervos: Sim/ Não) e a sua disposição otimista. Verificou-se que não existe associação entre a idade dos adolescentes e a disposição otimista dos mesmos. Quanto ao número de reprovações escolares dos adolescentes, apenas se constatou uma tendência negativa, ou seja, quanto mais elevado for o número de reprovações menor é a disposição otimista dos mesmos. Também verificámos apenas uma tendência mas positiva, no que respeita

às habilitações literárias dos pais dos adolescentes, assim, quanto mais elevado for o nível das habilitações literárias mais elevado é a disposição optimista dos filhos. Relativamente aos estilos educativos parentais e a disposição optimista dos jovens, não se verificaram diferenças significativas quer para o pai quer para a mãe.

Em relação aos resultados do BSI, ou seja, à dimensão **depressão** e à **saúde mental dos adolescentes** (índice geral de sintomas (IGS) - nível de saúde mental), para além de ter permitido a distinção do dois grupo (Doentes e Não Doentes), tal como atrás já se referiu, mostrou-nos também que raparigas apresentam uma maior sintomatologia de depressão, bem como, uma pior saúde mental no geral (IGS). Estes resultados são corroborados por Cardoso; Rodrigues & Vilar (2004), que revelaram uma maior prevalência de sintomas depressivos nas raparigas. Também verificámos que os adolescentes do grupo dos doentes apresentam uma maior sintomatologia da dimensão depressão, bem como, uma pior saúde mental em geral (IGS). Estes resultados são corroborados por Canavarro (1999a), uma vez que, no seu estudo as médias da dimensão Depressão e do Índice Geral de Sintomas (IGS) dos indivíduos perturbados emocionalmente foram superiores às respectivas médias dos indivíduos da população em geral. No que respeita à situação profissional dos pais (Empregado/ Desempregado), para ambos os pais, não se verificou qualquer associação com a depressão e com a saúde mental em geral dos adolescentes. Verificou-se que os adolescentes que afirmaram nunca ter estado doente dos nervos, apresentaram menor sintomatologia de depressão, bem como, melhor saúde mental em geral. Quanto à idade e ao número de reprovações escolares dos jovens, não se verificou qualquer associação quer com a depressão quer com a saúde mental em geral. Conclui-se que, as habilitações literárias dos pais não estão associadas à sintomatologia de depressão e à saúde mental em geral dos filhos, contudo, em relação à mãe, os resultados indicam-nos apenas uma tendência negativa, isto é, quanto mais elevado for o nível das suas habilitações literárias da mãe, menor é a sintomatologia de depressão e melhor é a saúde mental em geral dos filhos. Quanto aos estilos educativos parentais, em relação ao pai não se verificou qualquer associação com a depressão e saúde mental em geral dos jovens. No entanto em relação à mãe constatámos que, os adolescentes que percebem o estilo educativo da Mãe como

“Apoiante” apresentam menor sintomatologia de depressão e uma melhor saúde mental em geral. Pelo contrário, os adolescentes que percebem o estilo educativo da mãe como “Indulgente” apresentam uma sintomatologia de depressão, bem como, uma pior saúde mental em geral. É de salientar que em relação aos restantes estilos educativos da mãe, verificamos que não existem diferenças significativas.

No que concerne às correlações entre diversas Variáveis do Estudo (V1 à V8), podemos concluir que quanto mais os adolescentes concordam que o seu comportamento habitual influencia a sua saúde, melhor é a sua disposição otimista. Verificamos também que, quanto mais saudável é o estilo de vida dos adolescentes, melhores são os seus recursos familiares, ou seja, maior é o seu orgulho e entendimento familiar e melhores são os recursos internos da sua família. Verificou-se também que, quanto mais saudável é o estilo de vida dos adolescentes, maior é a sua disposição otimista. Por outro lado, quanto menos saudável é o estilo de vida destes, pior é a sua saúde mental e maior é a sua sintomatologia de depressão, contudo, para esta última os resultados apenas mostram uma tendência não significativa. Conclui-se também que, quanto maior é o orgulho familiar dos adolescentes, maior é o seu entendimento familiar e maior é a sua disposição otimista. Por outro lado, quanto menor é o orgulho familiar destes, maior é a sua sintomatologia de depressão e pior é a sua saúde mental em geral. Verificou-se que, quanto maior é o entendimento familiar dos adolescentes, maior é a sua disposição otimista e os seus recursos internos da família. Por outro lado, quanto menor é o entendimento familiar dos adolescentes, maior é a sua sintomatologia de depressão e pior é a sua saúde mental em geral. Verificou-se também que, quanto mais elevados são os recursos internos da família dos adolescentes, maior é a disposição otimista destes. Por outro lado, quanto menores são os recursos internos da família, maior é a sintomatologia de depressão e pior é a sua saúde mental em geral dos adolescentes. Verificou-se que, quanto menor é a disposição otimista dos adolescentes, maior é a sua sintomatologia de depressão e pior é a saúde mental em geral destes. Por fim, quanto maior é a sintomatologia da depressão dos adolescentes, pior é a saúde mental em geral destes.

Passa-se agora a descrever sucintamente as conclusões que obtivemos relativamente às hipóteses enunciadas neste estudo:

Relativamente à primeira hipótese, conclui-se que não existem diferenças significativas na forma como os rapazes e raparigas percebem o entendimento familiar, o que não permitiu confirmar esta hipótese; No que respeita à segunda hipótese, esta foi confirmada, uma vez que se conclui que, quanto mais elevados forem os recursos internos de uma família, melhor é a saúde mental dos seus filhos adolescentes; Quanto à terceira hipótese, também podemos confirmá-la, pois constatou-se que, quanto maior é o orgulho familiar dos adolescentes, melhor é a saúde mental dos mesmos; Em relação à quarta hipótese, também foi confirmada, sendo que se concluiu que, quanto maior for o entendimento no sistema familiar dos adolescentes, melhor é a saúde mental destes; No que concerne à quinta hipótese, também foi possível confirmá-la, uma vez que, se verificou que, quanto mais baixos forem os recursos internos de uma família maior é a tendência para sintomas depressivos nos seus filhos adolescentes; Quanto à sexta hipótese, concluiu-se que, quanto mais elevados forem os recursos internos de uma família, mais optimistas se apresentam os seus filhos adolescentes, pelo que também se confirmou esta hipótese; Relativamente à sétima hipótese, conclui-se que, quanto maior for o optimismo dos adolescentes, melhor é a saúde mental dos mesmos, confirmando-se assim esta hipótese; Quanto à oitava hipótese, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os estilos educativos do pai relativamente à saúde mental dos seus filhos adolescentes, pelo que, não foi possível confirmar esta hipótese. No entanto, embora as diferenças não sejam significativas, os adolescentes cujos pais têm estilo educativo apoiante têm melhor saúde mental, relativamente aos adolescentes cujos pais têm um estilo educativo autoritário; No que respeita à nona hipótese, conclui-se que os adolescentes cujas mães têm um estilo educativo apoiante, têm melhor saúde mental do que os adolescentes cujas mães têm os restantes estilos educativos, assim esta hipótese também foi confirmada; Finalmente, no que respeita à décima hipótese, concluiu-se que os adolescentes cujos pais são coerentes no seu estilo educativo têm melhor saúde mental, no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa se considerarmos um nível de significância de 5%, o que implica uma não confirmação desta hipótese.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, com a revisão bibliográfica que se realizou, bem como, com a oportunidade que se teve de assistir a diversos eventos realizados por vários investigadores deste campo de trabalho, **cabe-nos salientar as nossas elações**, assim, reforçamos que, tal como biologicamente são necessários os dois progenitores para procriar, também os dois são necessários para educar e promover o equilíbrio psicológico dos filhos. Neste sentido, Terrisse e Bouchard analisam sob as mais diversas perspectivas, esta complexa problemática, insistindo na necessidade de formação dos pais, para que se tornem aptos a lidar não só com as situações normais de educação, mas também com filhos problemáticos (1990, cit in Oliveira, 2002). Segundo Coutinho (2004), a formação de pais pode ser definida ou encarada como um processo de fornecer aos pais ou substitutos, conhecimentos específicos ou estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento dos seus filhos. Também Sanson e Rothbart (1995, cit in Oliveira, 2002) abordam esta problemática, pedindo aos pais atenção e respeito pela individualidade de cada filho, mesmo dos “filhos difíceis”, pois tal adaptação e flexibilidade é o único caminho para uma educação com sucesso, promovendo assim a saúde mental dos mesmos. De acordo com Oliveira (2002) quer por parte dos pais quer dos filhos, devemos ter sempre em consideração as diversas variáveis sócio-demográficas, como o sexo; a idade; as variáveis contextuais e principalmente o temperamento de cada criança ou adolescente, pois cada filho é um mundo à parte e os pais não podem educar “todos igual”, mas sim tendo em conta a idiossincrasia de cada filho, bem como a própria maneira de ser do pai ou da mãe que interage diferentemente com o temperamento de cada filho. De acordo com Silva (2004: p. 58), *“os pais não se podem demitir da sua autoridade parental, têm que aprender a regulá-la e a conduzi-la a níveis de flexibilidade que facilitem a sua diminuição progressiva”*. Neste sentido, a autora cita Medeiros (2000), *“Digamos que o grau de autonomia concedido deverá oscilar, em função das situações e dos temas nelas envolvidos, entre o limiar máximo que impeça a colisão da autoridade parental com a dignidade do adolescente, com a sua necessidade de afirmação, auto-estima e confiança pessoal crescentes, e um limiar mínimo de controlo que possibilite o suporte e segurança de que ele também necessita”* p: 58. Esta autora acrescenta ainda que, a presença dos pais junto dos filhos é tão ou

mais importante nesta fase do desenvolvimento do que na infância. Para reforçar esta convicção a autora cita Sampaio (1994) “*o seu papel agora é de estar atentos, de mobilizar sem dirigir, de apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, em suma, estar com eles e respeitar cada vez mais a sua individualização*” p: 59. Mas, segundo Stresh (2003: p. 47) “*Todas as pressões da vida contemporânea tornaram mais difícil ouvir aquilo que as crianças e os adolescentes têm para nos comunicar. Muitos adultos tensos e preocupados com pouco tempo para reflectir nos seus próprios sentimentos acabam por bloquear ou responder agressivamente ao que procuram comunicar. Mas os pais ou adultos com essa capacidade são capazes de fornecer experiências emocionais de qualidade que são a base para o crescimento de sentimentos de segurança, suporte e pertença. Um dos maiores desafios futuros é o de criar uma cultura de compreensão do mundo interior, da vida emocional das nossas crianças e adolescentes*”. Neste sentido, de acordo com Ausloos (2003), é muito frequente confundir o termo “responsável” com o termo “culpado”. Esta confusão é bastante lamentável, sendo certo que responsabilidade não significa culpabilidade, pelo contrário, é preciso passarmos da família culpada para a família responsável. Assim, uma família responsável significa uma família que tem responsabilidades e que é capaz de as assumir, contudo, não significa que ela seja culpada de faltas graves. No entanto, este autor vai mais além, passa da noção de família responsável à noção de família competente. Mesmo assim, com esta designação não se pretende que a família saiba fazer tudo, mas sim, que ela tem competências e acreditamos tal como o autor que, efectivamente todas as famílias têm competências, mas em certas situações ou momentos da vida não as sabem utilizar, ou não sabem que as têm, ou por outro lado, estão impedidas de as utilizar por diversas razões. Neste sentido, se uma família é competente e responsável e apesar disso por vezes encontra-se com dificuldade em resolver determinados problemas, é porque a mesma não dispõe de informação necessária para desempenhar de forma satisfatória o seu papel parental. Logo, acreditamos, assim como o autor defende, que fazer circular a informação “... *é ir procurar na família a informação pertinente. E definiria esta informação pertinente como «aquela que vem do sistema e que a ele retorna para o informar do seu próprio funcionamento».* Por outras palavras, diria que as famílias

sabem, mas que não sabem que sabem e não sabem o que sabem” p: 155. Pois bem, as considerações deste e dos outros autores referido ao longo deste trabalho, bem como, os resultados do nosso estudo, faz-nos pensar na implicação de uma mudança ao nível da educação ou mesmo da saúde, sendo esta, nomeadamente, através do papel da Psicologia da Saúde, que poderá actuar junto das famílias no sentido de lhes devolver as suas competências, ou por outras palavras, mostrar-lhes que são pais capazes e que têm que acreditar nas suas competências parentais, pois com alguma ajuda talvez sejam pais “5 Estrelas” e os seus filhos agradecem-lhes, o que, contribuirá sem sombra de dúvidas para uma sociedade melhor e mais saudável. Tal como defende Canavarro (1999) “... *as relações afectivas com a família, os amigos e envolvimentos românticos podem estar ligados a grande sofrimento e a diversos tipos de problemas ao longo da vida. Isto é, as relações afectivas estabelecidas podem ser factores de vulnerabilidade ou de protecção individuais*”. Também Martins (2005: p. 574) através dos resultados da investigação no âmbito da Tese sua de Doutoramento, afirma que, “*relativamente aos Factores de Protecção Externos os jovens inquiridos assinalam o Envolvimento Familiar como extremamente importante para o seu perfil de Resiliência Educacional. Assim, valorizam significativamente as relações afectivas com os pais ou substitutos e o apoio emocional por eles proporcionado. Merecem também destaque as relações com os irmãos ou outros familiares significativos, incluindo avós, tios, tias e primos*”, como factores de risco a autora constatou entre outros, os relacionamentos fragilizados com familiares, nomeadamente, abandono parental, negligência e maus tratos e ainda a morte de um ente querido. No mesmo sentido, Oliveira (1994) refere que, há efectivamente necessidade de preparar os futuros pais para uma educação promotora de saúde mental, embora se reconheça que, se estes, não tiverem uma personalidade equilibrada e sadia psicologicamente, enfrentamos sérias dificuldades e estaremos perante barreiras rígidas na obtenção de êxito na educação e promoção do desenvolvimento pleno e harmonioso destes filhos. Contudo, não devemos “baixar os braços”, pois estes pais estarão provavelmente à espera de uma oportunidade na sociedade, carecendo de ajuda psicológica, para que se organizem a eles próprios, fazendo com que sejam capazes de levar o seu “barco a bom porto”. Neste sentido, acreditamos que até os pais que têm

problemas psicológicos, através de uma intervenção de ajuda, poderão desenvolver as suas competências parentais de modo a promover a própria saúde mental dos seus filhos. Neste campo, mais uma vez sem sombra de dúvida, a Psicologia da Saúde tem um papel fundamental, quer ao nível dos serviços sociais, da saúde, nomeadamente, nas consultas regulares da família e na área da saúde escolar, quer também ao nível da educação, nomeadamente, através dos serviços de psicologia e orientação e da educação especial, mais especificamente na sua actuação ao nível da prevenção primária, educação para a saúde (estilos de vida saudáveis) e promoção do bem-estar e qualidade de vida dos jovens e das famílias. Pois tal como refere Teixeira (2000: p. 118) “*A finalidade principal da psicologia da saúde é compreender como é que, através de intervenções psicológicas, é possível contribuir para o bem-estar dos indivíduos e das comunidades, o que inclui a consideração de factores psicológicos individuais mas ultrapassa-os largamente. Trata-se de integrar contribuições psicológicas específicas nos projectos de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestando cuidados psicológicos individuais, melhorando a adesão a tratamentos, contribuindo para a modificação de padrões de consumo inadequados de cuidados de saúde e cooperação com os técnicos em projectos de humanização e qualidade*”. Assim, parece-nos de todo essencial que, os técnicos da saúde e da educação, cada vez mais trabalhem em parceria, junto dos nossos jovens, sabendo que estes serão a sociedade de amanhã, e então? Queremos ou não, uma sociedade saudável? Talvez esteja na hora dos pais, das famílias, da sociedade em geral, dos técnicos, dos serviços e das entidades governamentais, reflectir-mos em conjunto sobre a temática apresentada neste estudo, ou então já será “tarde...” e correremos o risco de vir a ter uma sociedade pouco saudável e vigorosa. Pois tal como Stresh (2003: pp. 47 e 48) afirma “*Perante o que hoje já sabemos, o desenvolvimento de um país mede-se pela forma como olha pelos seus filhos mais pequenos, ajudando a que se valorizem e realizem nas suas múltiplas dimensões, compreendam e apreciem o valor de outros, construam relações fortes, ligando-se à comunidade a que pertencem, contribuindo para a sua sociedade*”. Para sublinhar o que trás se referiu, verificamos que a posição dos vários autores vem reforçar o ponto de partida do presente estudo, ou seja, a importância dos recursos familiares para a promoção da saúde mental dos

adolescentes.

De acordo com as nossas conclusões, **cabe-nos salientar em jeito de sugestões** para futuras investigações algumas pistas: - Consideramos pertinente e interessante num futuro próximo, a realização de um estudo comparativo onde fossem investigadas para além das percepções dos filhos sobre os Recursos Familiares, as percepções que os pais têm desses mesmos recursos. Sendo que, de acordo com Oliveira (2002), frequentemente os resultados das investigações, apontam para uma incoerência entre as percepções dos filhos e dos pais. Deste modo, a confrontação das percepções de ambas as partes, poderiam complementar parte dos resultados encontrados através do presente estudo; - Não queremos deixar de fazer outras sugestões, estas no sentido da introdução de mais variáveis ao nível da família dos adolescentes. Como por exemplo: divórcio dos pais; separação familiar; suicídio ou patologia parental diversa; alcoolismo parental; mau entendimento parental crónico; instabilidade dos pais; situação de migrante; insatisfação com a família, pois segundo Marcelli & Braconnier (2005), estes, são alguns factores de risco para a predição de perturbação psicopatológica em crianças e adolescentes. Também segundo Teixeira (2000: p. 122) “*Em psicologia da saúde é certo que interessam os factores individuais ligados ao estilo de vida, mas também interessam as influências familiares, comunitárias e sociais sobre a saúde, as condições de trabalho e de vida diária, bem como factores socioeconómicos, culturais e ambientais*”; - Uma outra sugestão, vai no sentido de uma metodologia de estudo diferente, que em nosso entender, poderia passar pela realização de um estudo *quasi-experimental*, comparativo e longitudinal, que englobasse dois grupos, um deles submetido à manipulação das variáveis independentes (Grupo E) e o outro sem qualquer intervenção, que seria o grupo de controlo (Grupo C). Mais especificamente, o grupo E seria constituído por pais (pai/mãe) de educandos que frequentariam o primeiro ano do Ensino Pré-primário, sendo sujeito a uma intervenção/formação e acompanhamento (apoio à educação dos filhos) por psicólogos, até os seus filhos atingirem a fase da adolescência (entre 13 e 14 anos). Nesta altura, seriam os respectivos filhos alvos da aplicação dos instrumentos que foram utilizados no presente estudo, acrescidos da avaliação do seu sucesso escolar, pois tal como afirma Canavarro (1999; p. 9) “*Diversos dados apontam*

para que relações marcadas por suporte, carinho, disponibilidade e segurança aumentam a auto-estima e proporcionam o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem". Por outro lado, ao grupo C, que seria constituído também por pais (pai/mãe) de educandos do primeiro ano do Ensino Pré-primário, como grupo de controlo, não seria sujeito a qualquer intervenção por parte dos psicólogos, apenas seria mantido o contacto. Mas aos respectivos filhos adolescentes deste grupo de controlo, seriam aplicados os mesmo instrumentos acima referidos, bem como, a avaliação do seu sucesso escolar. Sendo o objectivo principal, perceber, quais as diferenças ao nível da percepção da saúde, do estilo educativo parental e dos recursos familiares, assim como, a auto-avaliação da disposição optimista e da saúde mental dos mesmos e ainda a comparação do sucesso escolar dos jovens destes dois grupos.

No que concerne às **implicações práticas**, pensa-se que estudo poderá contribuir de forma mais válida, para a **reflexão** de todos aqueles que intervêm com crianças e jovens, directa ou indirectamente sobre a **importância de projectos de prevenção primária ao nível da saúde mental**. Neste contexto, tomando como referência duas das diversas áreas de intervenção e investigação que foram referidas por Teixeira (2000: p.127) num dos artigos da III Conferência Psicológica nos Cuidados de Saúde Primários: “ *Contribuições psicológicas específicas em projectos de promoção da saúde e de prevenção, ancoradas em modelos psicológicos de mudança de comportamentos relacionados com a saúde (aprendizagem social, crenças, teoria da acção racional, motivação protectora, etc.) (...) - Determinantes psicossociais dos estilos de vida mais saudáveis e dos comportamentos de risco para a saúde, bem como saber como é que o stress e o suporte social pode influenciar a saúde*”. Talvez caiba aos técnicos da Psicologia da saúde, tomar iniciativas e abrir caminhos... . Pois no nosso entender, se continuarmos cada um no nosso gabinete (escola e centro de saúde) a “diagnosticar e a tratar?” os problemas dos jovens e, continuar a deixar de lado o “problema de fundo” temos sérias dúvidas sobre como estará a saúde (mental) da sociedade futura e dos jovens de “amanhã”? Para corroborar esta linha de pensamento, e tal como atrás já se citou Stresh (2003), este autor defende que, com o conhecimento já adquirido sobre esta matéria, sabe-se que o desenvolvimento ou evolução de um país mede-se através do

modo como encara e valoriza o desenvolvimento dos “seus filhos” mais pequenos, contribuindo para a sua valorização e realização nas suas múltiplas dimensões. Para que estes, possam interiorizar e apreciar os verdadeiros valores da vida, as pessoas e, que possam estabelecer fortes relações pessoais e profissionais, promotoras de um sentimento de pertença e inovação, construindo assim, para uma sociedade mais sábia, optimista e saudável. No mesmo sentido, Marcelli & Braconnier (2005) afirmam que, uma prevenção global só tem sentido se o indivíduo estiver situado no seu contexto relativamente ao tempo e ao espaço. As ligações com a infância são evidentes, pelo que, a prevenção deve começar logo nessa fase do desenvolvimento. As relações com o ambiente são também muito evidentes, implicando que a prevenção deve ter em consideração o universo familiar, sociocultural, mas também escolar, sobretudo o relacionamento com os pares e professores. Estes autores salientam ainda que, a análise e a consideração das características sociais, culturais e económicas da estrutura familiar, representam muitas vezes o primeiro estado de uma verdadeira política de prevenção na adolescência.

Desta forma, cientes da complexidade da temática apresentada, bem como, atrás já referidos os diversos factores que interessam à psicologia da saúde (individuais; familiares; comunitários; socioeconómicos; culturais e ambientais), parece-nos que o “ideal” para a realização de investigações e/ou intervenções sobre os jovens e sua família, seria contemplar não apenas o “microsistema”, mas também o “mesossistema” (todas as instâncias educativas, particularmente a escola), o “exossistema” (ambiente onde se insere a família) e ainda o “macrossistema” (sociedade em geral). Assim, quer o nosso ponto de vista quer a perspectiva da psicologia da saúde, são corroborados por Brofenbrenner através do seu modelo ecológico que nos fornece um quadro conceptual onde permite compreender a interacção sujeito-mundo e conseqüente desenvolvimento do ser humano (Portugal, 1988). Acrescenta-se ainda que, segundo Portugal (1988), muitas investigações demonstraram que as forças desorganizadoras surgem não no interior da família mas, nas circunstâncias em que a família se encontra e no tipo de vida que lhes é imposto por essas circunstâncias. Em suma, devemos lembrar o significado da palavra amor na obra do psiquiatra infantil Donald Winnicott (cit in Strecht, 2003),

que teria a seguinte leitura: o amor significa ser fruto de um acto feliz de criação de duas pessoas, significa estar vivo e ser amado sem condição prévia por quem o originou, significa viver de forma adaptada e criativa, significa pensar e sentir a realidade que nos rodeia.

Ainda relativamente a este estudo, ao longo da sua realização, deparamo-nos com algumas dificuldades ou **limitações**, tais como, o ponto de vista da validade externa desta investigação, uma vez que, a dimensão da amostra reduziu-se a um (N = 147), sendo inicialmente distribuídos/enviados os respectivos instrumentos de avaliação para uma amostra de 400 jovens adolescentes, destes, só 198 foram devolvidos e só 147 se encontraram devidamente preenchidos. Esta limitação, implica uma representatividade reduzida, assim como, ao nível estatístico, interferiu também no tratamento de alguns dados. Assim, os resultados aplicam-se apenas aos sujeitos da amostra, não podendo ser extrapolados para a população em geral de adolescentes. Outra das dificuldades sentidas, diz respeito à morosidade do processo de aplicação e recolha dos respectivos instrumentos de avaliação. Em relação a esta dificuldade, pensa-se que, poder-se-á dever à distância geográfica de algumas das escolas, tendo em conta que nestas, a investigadora não tratou pessoalmente deste processo, mas sim, por via telefónica, fax e correio.

Ao nível da validade interna, segundo Stevens (1996, cit. in Faria, 2000), os valores de alpha que medem a variância devido à heterogeneidade, devem situar-se entre 0.70 e 0.80. De acordo com os resultados, foram obtidos valores de alpha de Cronbach inferiores a 0.70 para a Dimensão “Entendimento Familiar” (0.48) da escala “Recursos Familiares” (Vaz Serra, 1990), bem como, para a Dimensão “Optimismo” (0.63) do “Teste de Orientação de Vida” (Scheier et al., 1994). Ainda relativamente à dimensão “Entendimento Familiar”, nem todos os itens se revelaram consistentes com a escala, uma vez que, em relação ao item 7, a correlação entre o item 7 e a nota global da escala quando o item 7 é excluído é 0.14 (inferior a 0.20), indicando assim que o item 7 não é um bom item. Da mesma forma, o valor do coeficiente alpha de Cronbach quando o item 7 é excluído é 0.50 (superior a 0.48). Por último, quanto ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (M.C. Canavarro, 1995), não se verificaram limitações na

dimensão Depressão, sendo a única analisada, uma vez que este instrumento já estava adaptado à população adolescente.

Acrescenta-se ainda que, os resultados obtidos dizem respeito a percepções e a auto-avaliações dos sujeitos inquiridos face às diversas dimensões dos respectivos instrumentos de avaliação, no momento da aplicação dos mesmos, pelo que, não se sabe se estas (percepções e auto-avaliações) persistem ou não num outro momento.

É de salientar ainda outra limitação, que se prende com o facto de nos termos restringido à recolha (somente) das percepções dos filhos relativamente aos Recursos Familiares, descurando assim, a hipótese de confrontar estas, com as dos pais dos nossos inquiridos. Contudo, o nosso objectivo inicial não contemplava a referida confrontação, tendo apenas sido verificado tal pertinência, no decorrer da presente investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajurriaguerra, J. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Masson.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora
- Anderson, R., & Dartington, A. (2003). *Olhar de Frente: Perspectivas Clínicas das Perturbações da Adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bettelheim, B (1976). *Só amor não basta*. Lisboa: Moraes editores.
- Bettelheim, B. (2003). *Bons pais*. Lisboa: Bertrand Editora
- Biddulph, S. (2003). *O segredo das crianças felizes*. Queluz: Alda Editores.
- Bléandonu, G. (2003). *Apoio Terapêutico aos Pais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boisvert, C. (2006). *Pais de adolescentes – Da tolerância necessária à necessidade de intervir*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Born, M. (2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boruch, B., Coleman, D., Doria-Ortiz, C., Girouard, S., Goodman, A., Hudson, L., Kraus, J., Maseru, N., Prothow-Sith, D., Rugg, D. L., Stark, E., Stephens, R. D., & Sterling-Scott, R. (1991). Violence prevention strategies targeted at the general population of minority youth. *Public Health Reports*, 106, 247-250.

Bower, T. (1983). *Uma introdução ao desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa: MORAES Editores.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Braga, A. M. (1994). Um estudo de valores num grupo de adolescentes. *Análise Psicológica*, 2-8 (5), pp. 257-283.

Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.

Canavarro, M., Vaz Serra, A., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1993) - Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14 (2), 85-91.

Canavarro, M. C. (1999a). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

Canavarro, M. C. (1999b). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. (Ed.) (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

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

Cardoso, S. (2005). *Anorexia e Bulimia Nervosas: Representações Sociais*. Azeitão: autonomia 27.

Coutinho, M. T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 55-64.

Collins, W. & Kuczaj, S. (1991). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. New York: MacMillan.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cury, A. (2005). *Pais Brilhantes, Professores Fascinantes: Como formar jovens felizes e inteligentes*. Lisboa: Editora Pergaminho.

Debray, Q., & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Dekovic, M. & Janssens, J. (1992). Parents' child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28 (5), 925-932.

Dicionários do Estudante – (1998). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Empresa Literária Fluminense.

Dix, T. H. (1991). The affective organization of parenting : adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3-25.

Dolto, F. (1999). *A criança e a família*. Lisboa: Editora Pergaminho

Fachada, O. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Chelas: Rumo

Faria, M.C. (2000) *Comunicação e Bem-Estar no Limiar Do Século XXI, Conhecer Através da Relação e Orientar para a Saúde*. Tese de doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (Tese n.p.)

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da Infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Fleming, M. (1997). *Adolescência e Autonomia: O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Fleming, M. (2004). *Adolescência e Autonomia: O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer*. Porto: Edições Afrontamento.

Flores, J. V. (1994). *Influência da família na personalidade da criança*. Porto: Porto Editora.

Gagné, H. (2003). *Como ajudar o seu filho*. Lisboa: Replicação.

Gammer, C. & Cabié, M. (1999). *Adolescência e Crise Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hallstrom, C. & Maclure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão - Perguntas e Respostas*. Lisboa: Climepsi Editores

Holper, C. (1983). *Educação e Desenvolvimento Social da criança*. Coimbra: Livraria Almedina.

Jesus, S. (2000). *Motivação e formação de Professores*. Coimbra: Quarteto Editora.

Leal, I., Ribeiro, J., & Jesus, S. (2006). *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde –*

Actas. Lisboa: ISPA Edições.

Lourenço, A & Paiva, M (2004). *Disrupção Escolar*. Porto: Porto Editora.

Macfarlane, A. (1992). *A Psicologia do Nascimento*. Lisboa: Edições Salamandra.

Martinet, S (2000). ARTIGO Prevenção Precoce – Perinatalidade. Alternativas Preventivas – Prevenção Precoce Perinatal. Loulé: INUAF STUDIA.

Mallon, B. (2001). *Ajudar as Crianças a Ultrapassar as Perdas*. Porto: Ambar

Marcelli, D. (2002). *Os estados Depressivos na Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Marques, M. E. (2005). Avaliação psicológica do adolescente e do risco. *Análise Psicológica*, 1 (XXIII), 19-26.

Martins, M. H. (2005) *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – Resiliência e Desenvolvimento* -. Tese de Doutoramento em Psicologia, na área da Psicologia Educacional, apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Marujo, H., Neto, L., & Perloiro, M. (2002). *A Família e o sucesso Escolar*. Lisboa: Editorial Presença.

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

McIntyre, T., Soares, V., & Silva, S. (1997) Hábitos de Saúde e Comportamentos de

Risco na Adolescência: Implicações para a Prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.

Neto, L & Marujo, H. (2002). *Optimismo e Inteligência Emocional*. Lisboa: Editorial Presença.

Niven, D. (2004). *Os 100 segredos das famílias felizes*. Lisboa: Gradiva.

Oliveira, J.H.B. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Livraria Almedina.

Oliveira, J.H.B. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

OMS, (2001). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*, Relatório Mundial da Saúde, Direcção Geral da Saúde. Climepsi Editores.

Pereira, M., Santos, A., & Ramalho, V. (1994). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*. Lisboa: ISPA. pp. 583-590.

Portugal, G. (1988). *Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano, segundo Urie Bronfenbrenner, Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica*. Universidade de Aveiro.

Poussin, G. (1999). *La fonction parentale*. Paris: Dunod.

Ramírez, F. (2001). *Condutas agressivas na idade escolar*. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo vital da família (Perspectiva sistémica)*. Porto: Edições Afrontamento.

Sá, Eduardo. (2000). *Crianças para sempre*. Lisboa: Fim de Século.

- Sá, Eduardo (2003). *Adolescentes Somos Nós*. Lisboa: Fim de Século – Edições.
- Sá, Eduardo (2005). *Chega-te a mim e deixa-te estar*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Caminho.
- Scharfetter, C. (1999). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: Climepsi Editores
- Scharfetter, R. (1992). *Saber ser mãe*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome: Da importância da afectividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores
- Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N. A., & Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia Educacional – Uma abordagem desenvolvimentista*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Strecht, P. (2003). *Interiores: Uma Ajuda aos Pais sobre a vida emocional dos Filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Teixeira, J. (Eds) (2000). III Conferência Psicológica nos cuidados de Saúde Primários “Psicólogos em Centros de Saúde”. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (117-128).

Trianes, M. V. (2004). *O Stress na Infância - Prevenção e tratamento*. Porto: Edições ASA.

Vallejo-Nágera, A. (2003). *Os adolescentes e os pais*. Lisboa: Editorial Presença.

Vaz Serra, A, Firmino, H. & Matos, A. P. (1987). Influência das Relações Pais-filhos no Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*. 8 (3), pp.137-141.

Veiga, F. H. (1996). *Transgressão e Auto-conceito dos Jovens na Escola*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wilkinson, G, Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de Percepção de Saúde de Jovens (Q.P.S.J., Neves, 2006)



Universidade do Algarve

QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÃO DE SAÚDE DE JOVENS (Q.P.S.J., Neves, 2006)

O presente questionário é realizado no âmbito da Tese de Mestrado em Psicologia com especialização em Psicologia da saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve, sobre as Implicações dos Recursos Familiares na Orientação de Vida e saúde Mental dos alunos do 3º Ciclo (9º ano).

As respostas obtidas são absolutamente confidenciais, destinando-se exclusivamente ao presente estudo. Agradece-se desde já a tua colaboração, solicitando-se o preenchimento de todas as questões com sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas.

1. IDENTIFICAÇÃO

Escola: _____ Cidade: _____

Idade: _____ anos Género Sexual: F M

Número de reprovações: _____

2. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS PAIS

Pai : Analfabeto 4º classe 6º ano 9º ano 12º ano Licenciatura

Outras. Quais ? _____

Mãe: Analfabeto 4º classe 6º ano 9º ano 12º ano Licenciatura Outras. Quais ?

3. PROFISSÃO DOS PAIS

Profissão do Pai: _____ Empregado: Sim ___ Não ___.

Profissão da Mãe: _____ Empregada: Sim ___ Não ___.

4. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Já alguma vez estiveste doente dos nervos? SIM ___ NÃO ___

Actualmente estás a tomar medicação para os nervos? SIM ___ NÃO ___

Tens acompanhamento médico ou psicológico? SIM ___ NÃO ___

5. ESTILO DE VIDA

“O meu comportamento habitual influencia a minha saúde”

Expressa-te na seguinte escala através de um círculo:

Não concordo	Concordo pouco	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1	2	3	4

“O meu estilo de vida é ...”

Expressa-te na seguinte escala através de um círculo:

Nada saudável	Pouco saudável	Razoavelmente saudável	Muito saudável
1	2	3	4

6. PERCEÇÃO DO ESTILO EDUCATIVO PARENTAL

“O meu pai habitualmente tem um estilo educativo ...”

Expressa-te através de uma X no estilo que melhor representa o estilo educativo do teu **pai**:

- a) **Apoiante** (pais democráticos, apoiantes e compreensivos)
- b) **Indulgente** (não existem normas e regras, pais habitualmente permissivos e protectivos)
- c) **Autoritário** (pais exigentes, baseiam-se na obediência total e valorizam o respeito pela ordem e autoridade)
- d) **Negligente** (pais indiferentes, transmitem um sentimento de rejeição e não lhes cobram responsabilidades)

“A minha mãe habitualmente tem um estilo educativo ...”

Expressa-te através de uma X no estilo que melhor representa o estilo educativo da tua **mãe**:

- a) **Autoritativo** (pais democráticos, compreensivos e apoiantes)
- b) **Indulgente** (não existem normas e regras, pais habitualmente permissivos e protectivos)
- c) **Autoritário** (pais exigentes, baseiam-se na obediência total e valorizam o respeito pela ordem e autoridade)
- d) **Negligente** (pais indiferentes, transmitem um sentimento de rejeição e não lhes cobram responsabilidades)

Verifica, por favor, se respondeste a todas as questões.

Muito obrigado(a) pela tua colaboração!

ANEXO II – Recursos Familiares (Olson, Larsen, Mccubin, 1982) Versão Portuguesa,
Vaz Serra et al. 1990

RECURSOS FAMILIARES (Olson, Larsen, Mccubbin, 1982)
Versão Portuguesa, Vaz Serra et al. 1990

Por favor, classifique as seguintes frases de acordo com o que se passa na sua família :

	DISCORDO MUITO	DISCORDO MODERADAMENTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO MUITO
1. Podemos exprimir abertamente os nossos sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Temos tendência a sentirmo-nos preocupados com muitas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Temos, na verdade, muita confiança uns nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os nossos problemas são sempre os mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Há lealdade para com a família por parte de todos os membros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Parece-nos sempre difícil realizar aquilo que queremos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Somos críticos uns para com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Como família compartilhamos os mesmos valores e crenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As coisas correm bem para nós, como família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os membros da família respeitam-se uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Há muitos conflitos na nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Temos orgulho na nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III – Teste de Orientação de Vida (SCHEIER et al., 1994)

TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA

(SCHEIER et al., 1994)

Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder à questão de cada *item* e não deixe que a resposta de uma influencie a resposta às outras.

Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

- 0 DISCORDO BASTANTE
- 1 DISCORDO
- 2 NEUTRO
- 3 CONCORDO
- 4 CONCORDO BASTANTE

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Em situações difíceis espero sempre o melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Para mim, é fácil relaxar-me. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sou sempre otimista relativamente ao futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu gosto muito dos meus amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Para mim, é importante manter-me ocupado(a). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Não fico facilmente preocupado (a). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Raramente espero que as coisas boas me aconteçam. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO IV – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sózinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO V – Pedidos de autorização de recolha de dados



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
E. B. 2,3 Santa Maria
Beja

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre “Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes” no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 15 de Março de 2006

A mestranda



(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
Básica do 2º e 3º Ciclos Dom Martinho
Castelo Branco
Portimão

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre “Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes” no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda

(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
do Ensino Básico 2,3 Dr.º José Jesus Neves
Junior
Faro

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre “Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes” no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda

(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
E. B. 2,3 Manuel da Maia
Lisboa

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre “Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes” no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda

(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
E. B. 2,3 de João Afonso de Aveiro
Aveiro

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre "Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes" no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda



(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
E. B. 2, 3 Castelo da Maia
Porto

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre "Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes" no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda


(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo da Escola
E. B. 2, 3 de Teixoso
Covilhã

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre "Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes" no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda

(Ana Paula Neves)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Ex.mo(a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Executivo do
Agrupamento de Escolas Martim de Freitas
Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a aplicação de instrumentos de avaliação a uma amostra de alunos do 3º Ciclo (9º ano).

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre "Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes" no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Desde já, manifesto a minha vontade de oferecer um exemplar da investigação à Vossa Instituição, assim que dar por terminado o processo de investigação.

Antecipadamente grata pela Vossa disponibilidade,
apresento os melhores cumprimentos e subscrevo-me.

Gambelas, 30 de Janeiro de 2006

A mestranda

(Ana Paula Neves)

ANEXO VI – Carta de consentimento informado



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Consentimento Informado

Ex.mo(a) Senhor (a)
Encarregado de Educação

Eu, Ana Paula Rodrigues Sequeira Neves, licenciada em Psicologia da Educação e Reabilitação pela Universidade do Algarve, encontrando-me actualmente a frequentar o Mestrado em Psicologia com Especialização em Psicologia da Saúde da mesma Universidade, venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para que o V/ educando participe num estudo, que irá requerer do mesmo as respostas a quatro pequenos questionários, sendo realizadas com a presença do Director de Turma, não prejudicando contudo o normal funcionamento das respectivas aulas.

Este pedido prende-se com a realização do meu trabalho de investigação sobre “Implicações dos Recursos Familiares na saúde Mental dos Adolescentes” no âmbito do Mestrado acima referido.

Mais informo que me comprometo a utilizar os dados recolhidos exclusivamente no âmbito da referida investigação, mantendo a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. Neste sentido, cada aluno receberá um código e os questionários serão entregues ao Director de Turma em envelope fechado.

Depois de dar por terminado este trabalho de investigação, quero manifestar desde já a minha intenção de oferecer um exemplar da mesma à Biblioteca da Escola, ficando deste modo acessível aos Pais/Encarregados de Educação, assim como, à restante Comunidade Educativa.

Obrigado!

Eu, _____, encarregado/a de educação do aluno/a
_____ nº _____, **autorizo** o meu educando/a a
participar no estudo anteriormente mencionado.

Eu, _____, encarregado/a de educação do aluno/a
_____ nº _____, **não autorizo** o meu educando/a a
participar no estudo anteriormente mencionado.

ANEXO VII – Algumas dicas para uma reflexão sobre o que é ser pai e ser mãe!!!

PARA OS ADULTOS:

ALGUMAS DICAS PARA UMA REFLEXÃO SOBRE O QUE É SER PAI E SER MÃE!!! SOBRE ESTE PAPEL TÃO IMPORTANTE PARA A SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DOS NOSSOS JOVENS! E DA NOSSA SOCIEDADE FUTURA...

Para percebermos um pouco melhor o que sentem os jovens, Stresh (2003, pp. 45; 46 e 47) transcreve-nos alguns exemplos de percepções e expectativas dos filhos em relação aos adultos: “*Alguns rapazes e raparigas de diferentes idades e experiências de vida, que frequentam estas escolas privadas e centros educativos do Ministério da Justiça, escreveram as seguintes frases sobre o que é ser pai e mãe:*

Os filhos precisam muito de ter boas mães.

Um bom pai tem de gostar do filho como ele é e amá-lo assim.

Os filhos não são brincadeira, são uma grande responsabilidade.

Eu quando for pai quero ser um bom exemplo para a família.

O meu pai é importante como o Figo.

Ser pai dá muito trabalho.

Uma mãe tem de ser infinita, da Terra até à lua.

Eu não consigo explicar, mas se eu fosse mãe logo via o que os meus filhos iam gostar.

Apesar da minha mãe nos ter deixado eu não consigo deixar de pensar nela. Eu não digo mais nada.

Penso que a minha mãe é a melhor companhia para todas as alturas da vida, sobretudo se há coisas que não estão a correr bem.

Para mim acho que é mau as mães estarem longe dos filhos.

Faz-me falta que o meu pai se preocupe mais comigo.

O meu sonho é que sou pai e vou construir uma casa.

Hoje é um dia triste para falar dessas coisas. Soube ontem que o meu pai morreu. E a mim nunca me faltou nada. Agora sinto uma falta.

Eu se fosse pai ajudava a minha mulher a mudar as fraldas e a dar o biberão, mas ficava mais preocupado com o rapaz porque é igual a um homem e a rapariga havia de precisar mais da mãe.

Se os meus filhos andassem com más companhias, ralhava com eles e a mãe falava com eles e ficava tudo bem.

Também posso dar-lhes uma palmada quando for necessário, quando eu vir que estão a fazer uma grande avaria.

Os pais têm de ser um bocado chatos por causa dessa coisa da diferença de gerações, mas se não fosse assim acho que era uma grande confusão porque gostávamos todos do mesmo. E isso era impossível.

Quando eu pensar em arranjar namorada, vou pensar bem numa mulher que venha a ser boa mãe.

As pessoas acham que na nossa idade, quando gostamos de alguém, só pensamos em sexo, mas isso não é verdade. Acho que sabemos distinguir e ver que é preciso muito mais do que isso. Vemos nos exemplos.

Às vezes os filhos esperam que os pais os percebam sem eles terem de dizer nada. Se os pais se lembrassem mais de como foi quando eles eram filhos, era mesmo muito fácil.

Eu um dia vou ter filhos, um nasce à meia-noite e outro à uma da manhã. O primeiro a nascer vai ser menina e o segundo é outra menina. Mais tarde vou ter outro filho e vai ser um rapaz. Quando isso acontecer eu vou dizer: «finalmente um rapaz». Depois, os meus filhos crescem e já andam na 3ª classe e nunca chumbaram. Eu quando soube que nunca chumbaram comprei prendas para eles. À Diana, que era a mais velha, comprava-lhe uma bicicleta, à outra uma boneca que falasse «papá e mamã» e ao Luís, que era o rapaz, dava-lhe um tambor, que só esse tambor custava 12 854\$00. Eu ia gostar muito dos meus filhos e a minha mulher também.

As crianças nascem para viver bem a vida.”

Este autor acrescenta que “a forma como uma criança ou adolescente é ou se sente, é de difícil descrição. Não cabe nunca só em palavras, ou desenhos, ou em formas únicas de comunicar com o exterior. Somos sempre tudo o que pensamos, sentimos, dizemos, fazemos, tal como somos o que não dizemos ou não fazemos. O nosso interior não se escreveria nunca nem em milhares de livros, porque ele é também aquilo que os outros conseguem perceber dele” p. 47.