

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A RELAÇÃO ENTRE OS PROBLEMAS
INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES E O BEM-
ESTAR PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA**

Carlota Jardim de Oliveira

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

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A RELAÇÃO ENTRE OS PROBLEMAS
INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES E O
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA**

Carlota Jardim de Oliveira

Dissertação, orientada pela Prof. Doutora Luísa Maria Gomes Bizarro

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

2018

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa Bizarro, minha orientadora, por me ter acompanhado nesta fase importante do meu percurso, e por ter estado sempre presente e disponível na realização deste trabalho.

Ao Dr. Henrique, por todo o apoio e ajuda que proporcionou na realização desta investigação.

À Direção da escola participante, por ter possibilitado a realização deste trabalho. Um especial agradecimento à Dra. Paula, por ter disponibilizado o seu tempo para me ajudar e para tornar esta investigação possível.

À minha querida amiga Inês, que me acompanhou desde o início do curso.
Descansa em Paz.

Ao meu querido Pedro, por todo o apoio, amor, motivação, força, paciência, e presença constante, durante este período importante, e em todos os outros.

RESUMO

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento, durante a qual ocorrem transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais de forma acelerada e exigente. A não adaptação a estas mudanças poderá criar uma maior vulnerabilidade a problemas psicológicos. Deste modo, a presente investigação teve como objetivo aprofundar os conhecimentos relativos aos problemas internalizantes e externalizantes que poderão surgir na adolescência, estudar as respectivas relações com o bem-estar psicológico, e analisar as diferenças desenvolvimentistas nestas variáveis, em termos de sexo e idade. Para tal, foi recolhida uma amostra total de 233 indivíduos, numa escola no distrito de Lisboa. Foram aplicados dois instrumentos, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), e da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes. Os resultados do estudo revelaram uma maior prevalência de sintomas internalizantes no sexo feminino, e uma prevalência semelhante de sintomas externalizantes nos dois sexos. No que diz respeito à idade, não foram encontradas diferenças significativas para os dois tipos de problemas. Ainda, confirmou-se que o bem-estar psicológico é menor no sexo feminino, e não foram descobertas diferenças entre grupos etários. Por fim, concluiu-se que tanto os problemas internalizantes como os externalizantes se correlacionam negativamente com o bem-estar psicológico.

Palavras-chave: Adolescência; Problemas internalizantes; Problemas externalizantes; Bem-estar psicológico.

ABSTRACT

Adolescence is considered a stage of development, during which physical, cognitive, emotional and social transformations occur in an accelerated and demanding way. Failure to adapt to these changes may create greater vulnerability to psychological problems. Thus, the present research aimed to deepen the knowledge about the internalizing and externalizing problems that may arise in adolescence, to study their relations with psychological well-being, and to analyze the developmental differences in these variables, in terms of sex and age. For this, a total sample of 233 individuals was collected at a school in the district of Lisbon. Two instruments were applied, the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and the Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA). The results of the study revealed a higher prevalence of internalizing symptoms in females, and a similar prevalence of externalizing symptoms in both sexes. Regarding the age, no significant differences were found for the two types of problems. Furthermore, it was confirmed that psychological well-being is lower in females, and no differences were found between age groups. Finally, it was concluded that both internalizing and externalizing problems correlate negatively with psychological well-being.

Key words: Adolescence; Internalizing problems; Externalizing problems; Psychological well-being.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1. A Adolescência enquanto período de desenvolvimento.....	3
2.1.1 Definição de adolescência.....	3
2.1.2 Desenvolvimento físico.....	4
2.1.3 Desenvolvimento cognitivo.....	5
2.1.4 Desenvolvimento moral.....	6
2.1.5 Desenvolvimento emocional.....	8
2.1.6 Desenvolvimento social e relacional.....	9
2.2 Bem-estar.....	13
2.2.1 Antecedentes de bem-estar.....	13
2.2.2 Definição de bem-estar.....	14
2.2.3 Bem-estar subjetivo	16
2.2.4 Bem-estar psicológico.....	17
2.2.5. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-estar Psicológico na Adolescência.....	20
2.3 Problemas internalizantes na adolescência.....	24
2.3.1 Definição de problemas internalizantes.....	24
2.3.2 Os problemas internalizantes mais comuns na adolescência.....	26
2.3.2.1 Depressão.....	26
2.3.2.2 Ansiedade.....	30
2.3.2.3 Isolamento Social.....	31
2.3.2.3 Queixas Somáticas.....	32
2.4 Os problemas externalizantes na adolescência.....	34
2.4.1 Definição de problemas externalizantes.....	34
2.4.2 Os problemas externalizantes mais comuns na adolescência.....	35
2.4.3 As perturbações relevantes para o presente estudo.....	36
2.4.3.1 Perturbação do Comportamento.....	36
2.4.3.2. Perturbação de Défice de Atenção/ Hiperatividade.....	38

3. METODOLOGIA	
3.1 Objetivos e hipóteses do estudo.....	40
3.2 Instrumentos.....	42
3.2.1 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	42
3.2.2 Escala de Bem-Estar Psicológica para Adolescentes (EBEPA)..	43
3.3 Caracterização da amostra.....	44
3.4 Procedimento.....	45
3.4.1 Recolha de dados.....	45
3.4.2 Metodologia de Análise de Dados.....	46
4. RESULTADOS	
4.1 Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida.....	48
4.1.1 Análise descritiva, consistência interna, e inter-correlações no SDQ.....	48
4.1.2 Análise descritiva, consistência interna, e inter-correlações no EBEPA.....	49
4.2. Análise das Correlações entre Variáveis.....	51
4.3 Análise da prevalência de sintomas internalizantes e externalizantes na amostra em estudo.....	53
4.4 Análise Desenvolvimentista dos problemas internalizantes e externalizantes.....	55
4.4.1 Problemas internalizantes.....	55
4.4.2 Problemas externalizantes.....	56
4.5 Análise Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico.....	57
4.6 Análise das correlações entre as variáveis em estudo.....	59
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	61
5.1 Limitações do estudo e Considerações Futuras.....	70
5.2 Conclusões e Implicações.....	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
7. ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1— <i>Caracterização da amostra</i>	45
Tabela 2 — <i>Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas do SDQ e da pontuação total de dificuldades</i>	48
Tabela 3 — <i>Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da EBEPA e do índice de bem-estar psicológico total</i>	50
Tabela 4 — <i>Correlações entre a Pontuação Total de Dificuldades e o índice de Bem-Estar Psicológico Total</i>	51
Tabela 5 — <i>Correlações entre as subescalas do SDQ e índice de Bem-Estar Psicológico Total</i>	51
Tabela 6 — <i>Correlações entre as subescalas da EBEPA e a Pontuação Total de Dificuldades (SDQ)</i>	52
Tabela 7 — <i>Correlações entre as subescalas do SDQ e as subescalas da EBEPA</i>	53
Tabela 8 — <i>Prevalência de sintomas internalizantes na amostra</i>	54
Tabela 9 — <i>Prevalência de problemas externalizantes na amostra</i>	54
Tabela 10 — <i>Diferenças entre o género masculino e feminino na variável dependente</i>	55
Tabela 11 — <i>Diferenças entre os grupos etários na variável dependente</i>	55
Tabela 12 — <i>Diferenças entre os géneros na variável dependente</i>	56
Tabela 13 — <i>Diferenças entre grupos etários na variável dependente</i>	57
Tabela 14 — <i>Diferenças entres géneros na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total</i>	57
Tabela 15 — <i>Diferenças entre géneros em cada uma das subescalas da EBEPA</i>	58
Tabela 16 — <i>Diferenças entre grupos etários na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total</i>	59
Tabela 17 — <i>Correlações entre os sintomas internalizantes e o Bem-Estar Psicológico Total</i>	59
Tabela 18 — <i>Correlações entre os sintomas externalizantes e o Bem-Estar Psicológico Total</i>	60

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A — Autorização da Direção Geral da Educação para recolha de dados em meio escolar

Anexo B — Requerimento à Direção da escola para colaboração na investigação

Anexo C — Pedido de autorização aos Encarregados de Educação

Anexo D — Instrumentos de Medida utilizados: SDQ e EBEP

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é, hoje em dia, considerada como uma etapa do desenvolvimento humano, com as suas próprias características. Este período caracteriza-se por mudanças rápidas e intensas a nível físico, cognitivo, emocional, moral, e social. Em cada um destes domínios, o adolescente terá de cumprir determinadas tarefas desenvolvimentistas. A sua morfologia e aparência mudam (Jackson & Goossens, 2006), as suas capacidades para pensar, raciocinar e compreender são ampliadas (Joiner, 2009), este adquire valores morais e sociais (Jackson & Goossens, 2006), desenvolve um leque de emoções mais diversificado (Weissberg & O'Brien, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018), e constrói novas relações interpessoais e amizades com os pares, afastando-se dos seus progenitores (Joiner, 2009). Todas estas novas tarefas desenvolvimentistas são normativas, porém, se não forem adquiridas adequadamente, poderão provocar uma diminuição do bem-estar do adolescente.

O bem-estar é algo que todos os indivíduos procuram nas suas vidas, e tem sido um importante objeto de estudo no campo da Psicologia. De acordo com Deci e Ryan (2008), o bem-estar consiste na “*experiência e funcionamento psicológico ótimo*”. Apesar de parecer simples, trata-se de um conceito complexo e difícil de definir, pois existe um grande debate sobre o que é a ‘experiência e funcionamento psicológico ótimo’, ou o que é uma ‘boa vida’ (Ryan & Deci, 2001). Existem diferentes conceptualizações do bem-estar, o que pode influenciar vários aspectos da vida das pessoas, tais como o ensino, os estilos educativos, a religião (entre outros), pois todas estas áreas têm como objetivo tornar a pessoa num ser humano melhor, mas para tal é necessário saber o que é ‘melhor’ (Ryan & Deci, 2001). A investigação acerca do bem-estar e acerca do que é ‘melhor’ tem duas perspectivas diferentes: a perspectiva hedónica, ligada ao bem-estar subjetivo; a perspectiva eudaimónica, ligada ao bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo refere-se ao estudo da felicidade e da satisfação (Diener, Oishi, & Lucas, 2003), e é composto por duas dimensões: a dimensão cognitiva, que se reflete na auto-avaliação que a pessoa faz da satisfação que sente com a sua vida, e uma dimensão afetiva, que consiste na experiência de emoções positivas e/ou negativas (Galinha, 2008). Por outro lado, o bem-estar psicológico é definido em termos de diferentes dimensões, tais como a auto-aceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, os objetivos de vida, e o crescimento pessoal (Ryff, 1989;1995).

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano onde ocorrem mudanças físicas e psicológicas a um ritmo acelerado. Caso os adolescentes não se consigam adaptar a este ritmo, ou não consigam atingir as tarefas desenvolvimentistas típicas de forma adequada,

poderão tornar-se vulneráveis a problemas psicológicos (Parco & Jó, 2015), e consequentemente afetar as suas diferentes áreas de funcionamento (Thapar, Stephan, Pine, & Thapar, 2012). Devido à escassez de estudos sobre a incidência de problemas psicológicos na adolescência e sua relação com o bem-estar psicológico, optou-se por conduzir uma investigação que relacionasse estas diferentes problemáticas.

Na presente investigação, serão estudados dificuldades ao nível psicológico, que assentam em problemas: *internalizantes* – que consistem no ato de controlar ou regular de forma inadequada o seu estado emocional e cognitivo interno (Merrell, 2008a) – tais como a depressão e a ansiedade; *externalizantes* – que consistem em comportamentos negativos do indivíduo perante o seu contexto social (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Eisenberg et al., 2001, cit. por Liu, 2004) – tal como acontece na Perturbação do Comportamento e na Perturbação de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Assim, o presente estudo tem como objetivo estudar a relação entre as variáveis problemas internalizantes, problemas externalizantes, e o bem-estar psicológico na adolescência, de forma a contribuir para melhores estratégias na área da promoção do bem-estar psicológico, e da prevenção de perturbações.

No que concerne a organização do presente estudo, no Capítulo 2 (*Revisão da Literatura*) será feita uma revisão dos principais conceitos referentes ao desenvolvimento na adolescência, ao bem-estar, e às diferentes dificuldades com que o adolescentes se poderão deparar nesta etapa. No Capítulo 3 (*Metodologia*) serão apresentados os objetivos do estudo as respetivas hipóteses, os instrumentos utilizados, a caracterização da amostra, e o procedimento de recolha e análise de dados. No capítulo 4 (*Resultados*) serão apresentados os resultados obtidos no estudo, e no Capítulo 5 (*Discussão*) será fornecida uma discussão das principais conclusões do estudo, as suas implicações e limitações, acompanhadas de sugestões para estudos futuros.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Adolescência enquanto período de desenvolvimento

2.1.1 Definição de adolescência

A adolescência é, hoje em dia, considerada como um conceito difícil de definir. É sabido que, etiologicamente, a palavra ‘adolescência’ tem origem do latim *ad* (a, para), e *olescere* (crescer), formando assim o verbo *adolescere* (Cloutier, 1985).

Durante várias décadas, a adolescência foi vista, pelos psicólogos e pelos educadores, como apenas uma fase de transição conflituosa entre a infância e a vida adulta, e como uma fase de preparação para o estágio de desenvolvimento seguinte (Sprinthall & Collins, 1994).

Porém, a partir do século XIX, a adolescência é alvo de uma nova interpretação. Sprinthall e Collins (1994) citam Stanley Hall como o primeiro psicólogo a encarar a adolescência como uma etapa do desenvolvimento humano, que merece ser constituída como objecto de investigação. Stanley Hall considerava a adolescência como um período evolutivo único, e via-a como um “segundo nascimento”, no qual o adolescente experienciava, de novo, todas as etapas de desenvolvimento anteriores, podendo assim atingir a maturação sexual, que lhe permitiria criar uma nova personalidade. Hall via as crianças como rudes e antipáticas, e a adolescência seria uma nova oportunidade para estas se tornarem seres superiores (Sprinthall & Collins, 1994).

As ideias de Stanley Hall relativamente à adolescência eram algo extremas, e sofreram alterações. Porém, Hall é ainda visto como o pioneiro nesta área de estudo, e muitas das suas ideias são consideradas corretas atualmente. De facto, nos dias de hoje, a adolescência é vista como um estágio único de desenvolvimento humano, durante o qual ocorrem transformações físicas e psicológicas importantes, que condicionam os aspectos cognitivos e emocionais da pessoa. Embora na adolescência exista uma certa tensão devida a todas as alterações que lhe estão subjacentes, esta já não é vista apenas como uma fase de grande agitação e tumulto, como era definida por Hall (Sprinthall & Collins, 1994).

De uma forma geral, Hall criou espaço para o estudo da adolescência enquanto etapa de desenvolvimento própria, e não apenas como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta.

A adolescência é todavia um conceito complexo e difícil de definir. Existem diversas teorias e pouco consenso na literatura relativamente a quando se inicia e quando termina a

adolescência (Rice, 1996). Em termos de idade, os limites de início e fim da adolescência são flexíveis, e parecem variar consoante as culturas, nomeadamente na cultura ocidental, na qual o período da adolescência parece ser mais longo. Isto deve-se ao facto de que, nos últimos anos, o desenvolvimento da puberdade aparenta ocorrer de forma mais precoce nos jovens. Por outro lado, muitos indivíduos mantêm-se financeiramente dependentes dos seus familiares durante um maior período de tempo, adiando assim a entrada na vida adulta (Jackson & Goossens, 2006). Ainda, a vivência deste período depende do desenvolvimento físico, emocional, e cognitivo da pessoa (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2011).

Na investigação presente, a adolescência será considerada como um estágio de desenvolvimento que ocorre entre os 10 e os 19 anos, tal como definido pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1986).

2.1.2 Desenvolvimento físico

A adolescência é caracterizada por um período de grande desenvolvimento a nível físico. É nesta etapa que se inicia a puberdade, que consiste no processo de maturação sexual, ou seja, no desenvolvimento da capacidade de reproduzir (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Diversos factores afectam o começo e o desenvolvimento da puberdade, e a velocidade das mudanças subjacentes, tais como as influências genéticas e biológicas, os eventos de vida stressantes, a alimentação, o estatuto socioeconómico, a presença de doenças, entre outros (Joiner, 2009).

No exterior, a puberdade manifesta-se através de grandes mudanças na morfologia e na aparência do corpo (Jackson & Goossens, 2006), e inicia-se com o aumento da produção de hormonas (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Estas mudanças rápidas no corpo dos adolescentes inclui um crescimento em altura, a maturação do sistema reprodutivo, o aumento da força muscular e a redistribuição do peso corporal. Simultaneamente, o cérebro continua desenvolver-se a nível emocional, da memória, e ao nível das conexões entre as áreas do cérebro que regulam a emoção, o controlo dos impulsos e o julgamento (Newman & Newman, 2018). Estas mudanças são maioritariamente devidas a alterações hormonais, e variam em termos de começo e duração, consoante o sexo e os indivíduos (Jackson & Goossens, 2006).

Embora estas transformações biológicas sejam universais, estas aparentam influenciar o desenvolvimento psicológico dos adolescentes, dependendo do significado que, tanto estes como as pessoas que os rodeiam, atribuem às mudanças. Deste modo, torna-se difícil generalizar os efeitos psicológicos que o desenvolvimento físico tem nos adolescentes

(Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Porém, sabe-se que a forma como os adolescentes veem o seu desenvolvimento físico depende dos padrões socio-culturais estabelecidos, nomeadamente ao nível dos padrões de atração, dos estereótipos relativos ao crescimento precoce ou tardio, e ainda às reações da família e dos pares (Sprinthall & Collins, 1994; Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Assim, a auto-imagem (e, conseqüentemente, a auto-estima) do indivíduo é condicionada pelas expectativas do próprio, dos outros, e da sociedade em geral relativamente ao seu crescimento biológico (Sprinthall & Collins, 1994). As expectativas face a este tipo de maturação são diferenciadas e os adolescentes poderão sentir mal-estar, ansiedade, tensão, e conflito interno caso o seu desenvolvimento não corresponda às suas próprias expectativas ou aos padrões socialmente desejáveis Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

2.1.3 Desenvolvimento cognitivo

Alguns investigadores consideram que o desenvolvimento físico na adolescência constitui a maior transformação a que os jovens são sujeitos (Sprinthall & Collins, 1994). Porém, os adolescentes apresentam transformações a nível cognitivo, que podem ser igualmente drásticas. As principais mudanças ocorrem ao nível da capacidade de pensar, raciocinar, e compreender (Joiner, 2009).

Segundo Newman & Newman (2018), Jean Piaget propôs uma mudança qualitativa no pensamento durante a adolescência, à qual chamou de operações formais. Assim, ao entrarem na adolescência, os indivíduos adquirem a capacidade para pensar de forma abstracta, passando assim do estágio das operações concretas (que ocorre na infância), para o estágio das operações formais (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Ao entrarem na adolescência, os indivíduos deixam de pensar como as crianças em idade escolar, ou seja, deixam de limitar o seu pensamento ao ‘aqui’ e ao ‘agora’, e deixam de se limitar aos objetos e situações concretas. Na infância, as crianças tendem a pensar de acordo com a sua perspectiva individual, e a resolver problemas focando-se nos detalhes dos mesmos (Sprinthall & Collins, 1994). Porém, na adolescência, os indivíduos ampliam a sua consciência, refletindo sobre si próprios e sobre o mundo de diferentes formas. Esta ampliação da consciência inclui a capacidade para integrar informações de várias fontes e para planear e controlar os seus comportamentos, guiando-se consoante os seus objectivos e estratégias. Nesta fase, os jovens são capazes de pensar em várias dimensões e possibilidades de uma só vez, em vez de se concentrarem apenas num domínio ou problema de cada vez. Ainda, estes são capazes de criar hipóteses para diferentes eventos ou situações que nunca

experienciaram antes, usando o raciocínio lógico para apoiar ou refutar essas mesmas hipóteses (Keating, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018).

Uma das características do pensamento dos adolescentes consiste na capacidade em ser flexível. Por outras palavras, os adolescentes possuem a habilidade de serem versáteis na forma como pensam e na forma como lidam com os problemas. Deste modo, estes são capazes de antecipar diferentes possibilidades para um único evento e, conseqüentemente, elaborar diferentes interpretações para uma só situação (Rice, 1996).

No estágio das operações formais, os adolescentes desenvolvem a capacidade para utilizar símbolos, por exemplo, através de metáforas (dando diferentes significados a uma mesma palavra) e símbolos algébricos (atribuindo um número a uma letra). Deste modo, o seu pensamento torna-se significativamente mais flexível comparativamente com o das crianças, que se encontram no estágio das operações concretas (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Ainda, neste estágio das operações formais, os adolescentes possuem a capacidade de se orientarem para o que é abstracto, e não imediatamente presente e concreto. Nesta fase, estes indivíduos pensam sobre diferentes possibilidades e não apenas no que é óbvio e visível. (Bart, 1983, cit. Por Rice, 1996). Por outras palavras, existe a capacidade de conceber o que é possível, o que pode acontecer, e não se limitar àquilo que é dado (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Tendo em conta que os adolescentes conseguem construir ideias, isto permite-os refletirem sobre a informação que recebem, para depois gerar ideias novas ou diferentes (Rice, 1996).

De uma forma global, e de acordo com Piaget (cit. por Rice, 1996), o pensamento formal envolve quatro aspectos: a introspeção (pensar sobre os pensamentos), o pensamento abstracto (ir além do que é real, e pensar noutras possibilidades), o pensamento lógico (capacidade de determinar a causa e o efeito, e de considerar todos os factos e ideias relevantes), e o raciocínio hipotético (formulação de hipóteses e analisá-las, tendo em consideração diferentes variáveis) (Rice, 1996).

2.1.4 Desenvolvimento moral

O desenvolvimento cognitivo na adolescência estabelece, em parte, as bases para o desenvolvimento moral dos jovens (Joiner, 2009). Este desenvolvimento moral consiste na preocupação progressiva do jovem com as normas e os valores sociais, e inclui dois aspectos:

um nível conceptual que inclui a representação de juízos e normas morais, e um nível pragmático, relacionado com as ações morais e o comprometimento (Jackson & Goossens, 2006).

Lawrence Kohlberg (cit. por Jackson & Goossens, 2006) definiu seis estádios para o desenvolvimento moral, divididos em três níveis: pré-moral (baseado em necessidades individuais, que ocorre entre os 4 e os 10 anos de idade), convencional (baseado no desempenho correto de papéis, e que ocorre entre dos 10 até aos 13 anos ou mais tarde), e pós-convencional (moralidade por princípios universais, que surge no início da adolescência, ou mesmo na idade adulta). No nível pré-moral, o primeiro estágio corresponde à *“Orientação para a punição e para a obediência”*, no qual as crianças agem de forma a evitar a punição, obedecendo às restrições ou instruções impostas por outros. O segundo estágio diz respeito à *“Finalidade e troca instrumental”*, no qual as crianças cumprem as regras com o objetivo de satisfazer as necessidades pessoais, dando maior prevalência aos seus próprios interesses (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

No nível convencional, o terceiro estágio diz respeito a *“Manter relações mútuas”* e *“aprovação dos outros”*, durante o qual as crianças são capazes de observar os comportamentos dos outros, e sentem o desejo de os agradar e ajudar. O quarto estágio refere-se à *“Preocupação social e consciência”*, em que os jovens são capazes de cumprir as obrigações, de respeitar as autoridades, e de manter a ordem social (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

No nível pós-convencional, o quinto estágio refere-se ao contrato social, em que há uma consciencialização de que existem valores e direitos absolutos, apesar da dificuldade em conciliar os interesses pessoais com os valores da sociedade (Jackson & Goossens, 2006). O sexto estágio refere-se aos princípios éticos universais, em que os julgamentos morais dos adolescentes são guiados por princípios éticos universais que toda a humanidade deveria seguir (Jackson & Goossens, 2006).

Para que os adolescentes possam desenvolver o seu juízo moral, é necessário que sejam expostos a questões e dilemas morais, de forma a aprenderem através da reflexão e da experiência, pois a passagem de um estágio para o outro não é automática (Sprinthall & Collins, 1994).

2.1.5 Desenvolvimento emocional

A adolescência é por vezes descrita como sendo um período de vida em que os indivíduos demonstram uma grande variabilidade emocional, mau humor, e explosões emocionais. Porém, existem evidências de que este estágio de desenvolvimento constitui também um momento de maior complexidade emocional, com novas capacidades para identificar, entender e expressar uma gama mais ampla de emoções (Kang & Shaver, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018). Estas novas capacidades ilustram a interdependência entre a cognição e a emoção, sobretudo porque a reflexão sobre as consequências da expressão das emoções pode levar a que a pessoa controle e tente gerir a sua expressão emocional (Hoeksma, Oosterlaan, & Shipper, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018).

Dado que na adolescência se desenvolve uma gama mais variada de emoções, a aquisição de uma visão emocional e a expansão da capacidade de empatia com o estado emocional dos outros parece ser uma tarefa fundamental (Weissberg & O'Brien, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018). Os adolescentes que tentam controlar as suas emoções de forma rígida têm tendência a alienar-se socialmente, e a ter comportamentos não adaptativos. Por outro lado, os jovens que experienciam um leque de emoções mais diferenciadas são mais propensos a desenvolver uma maior abertura à experiência, empatia e adaptação interpessoal (Kang & Shaver, 2004, cit. por Newman & Newman, 2018).

De acordo com Jackson e Goossens (2006), parece existir uma correlação entre a intensidade emocional, a variabilidade emocional, e o ajustamento psicológico nos adolescentes. Tanto a frequência de emoções negativas como a variabilidade das emoções estão associadas a problemas internalizantes e externalizantes. Num estudo, os adolescentes com mais emoções negativas e com uma maior instabilidade emocional revelaram mais sintomas depressivos (Larson, Raffaelli, Richards, Ham, & Jewell, 1990; Silk, Steinberg, & Morris, 2003, cit. por Jackson & Goossens, 2006), e mais problemas de comportamento (Silk et al., 2003, cit. por Jackson & Goossens, 2006). Deste modo, parece que a incapacidade em regular as emoções pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia na adolescência (Steinberg & Avenevoli, 2000, cit. por Jackson & Goossens, 2006).

Deste modo, na adolescência, os indivíduos estão mais conscientes, comparativamente com as crianças, acerca das variações dos seus estados emocionais, e são capazes de os atribuir a uma maior diversidade de causas (Newman & Newman, 2018). Por outro lado, se estes experienciarem dificuldades não normativas na regulação das suas

emoções poderão estar mais propensos ao desenvolvimento de sintomas internalizantes e externalizantes (Jackson & Goossens, 2006).

2.1.6 Desenvolvimento social e relacional

O desenvolvimento físico na adolescência não tem apenas impacto ao nível do crescimento do adolescente, mas também nos respectivos pais, que criam expectativas em relação aos papéis que os seus filhos adolescentes poderão vir a desempenhar no futuro (Sprinthall & Collins, 1994). Da mesma forma, as alterações cognitivas na adolescência possibilitam a capacidade, não só de pensar e raciocinar, como também de refletir e imaginar uma multiplicidade de possibilidades e escolhas para o futuro. Ainda, o pensamento abstracto permite uma maior compreensão dos diferentes aspectos da sociedade e das relações interpessoais, dificultando a tomada de decisão dos adolescentes, que se torna agora mais complexa, por ter uma multiplicidade de aspectos em consideração (Sprinthall & Collins, 1994).

Assim, estes dois tipos de transformações primárias são cruciais na adolescência, pois definirão a forma como o adolescente encara a sua identidade, as suas relações familiares e interpessoais, e os desafios sociais e psicológicos (Sprinthall & Collins, 1994).

Relações familiares

No que diz respeito às relações familiares, as mudanças drásticas e rápidas na aparência física dos adolescentes têm um impacto significativo, sendo que a puberdade está relacionada com uma maior autonomia emocional e com uma menor proximidade com os pais (Jackson & Goossens, 2006). Mudanças igualmente drásticas ocorrem ao nível da cognição social, podendo alterar a concepção que os adolescentes têm da relação pais-filhos (Selman, 1989, cit. por Jackson & Goossens, 2006). Lamborn & Steinberg (1993, cit. por Jackson & Goossens, 2006), referem que a percepção por parte dos adolescentes de que os pais são pessoas independentes, com ideias próprias, com responsabilidades, e com os seus próprios defeitos, pode ser vista como uma consequência desse desenvolvimento socio-cognitivo.

Uma das tarefas desenvolvimentistas mais relevantes neste estágio de desenvolvimento é a aquisição da autonomia e independência, que permitirá que os adolescentes adquiram uma identidade adulta, estável, e positiva (Steinberg, 1998, cit., por Jackson & Goossens, 2006). Deste modo, existe uma separação gradual dos adolescentes relativamente aos seus pais, tornando-se assim cada vez menos dependentes. Porém, este

processo pode ser também fonte de conflito. Lamborn e Steinberg (1993, cit. por Jackson & Goossens, 2006), referem que a percepção de apoio dado pelos pais pode ser um mediador importante na relação entre autonomia (que resulta do desenvolvimento socio-cognitivo) e conflito. A promoção da autonomia emocional por parte dos pais pode trazer vantagens para o desenvolvimento do adolescente. Porém, se os pais não proporcionarem essa autonomia, isso poderá trazer consequências tanto ao nível do desenvolvimento do adolescente, como ao nível do conflito intrafamiliar (Jackson & Goossens, 2006).

É primeiramente no contexto familiar que o adolescente explora as suas próprias capacidades, experiencia as primeiras relações sociais, e onde aprende acerca de si próprio e dos outros. Esta aprendizagem dependerá de vários factores, nomeadamente dos estilos parentais que podem, ou não, promover a independência e autonomia dos jovens (Jackson & Goossens, 2006).

Diane Baumring (1978, cit. por Jackson & Goossens, 2006) é uma das autoras mais citadas no que diz respeito à monitorização dos pais e à autonomia infantil. De acordo com esta autora, o elemento chave para o desenvolvimento da capacidade de socialização dos adolescentes, é a capacidade dos progenitores em levá-los a aceitar as exigências das outras pessoas, ao mesmo tempo que mantêm o seu sentido de integridade pessoal. Nesta sequência, Baumring distingue três estilos parentais: o estilo autoritário (os pais valorizam a obediência, punem os filhos frequentemente, e restringem a sua autonomia); o estilo permissivos (os pais proporcionam a autonomia aos seus filhos, garantindo que a sua segurança física não está comprometida); o estilo autoritativo (os pais são responsáveis e exigentes, ao mesmo tempo que apoiam os filhos, estabelecem normas e regras, mas facilitam a comunicação e encorajam a autonomia). Uns anos depois, Maccoby e Martin (1983, cit., Por Jackson & Goossens, 2006) estabeleceram uma novo estilo parental, o permissivo/negligente (contempla pais que são pouco exigentes e pouco responsivos, tendendo a limitar o tempo que dedicam aos filhos).

De modo geral, vários estudos indicam que o estilo autoritativo está mais relacionado, comparativamente com os outros, a níveis mais elevados de adaptação na adolescência (Steinberg, Mounts, Lamborn, & Dornbusch, 1991, cit. por Jackson & Goossens, 2006), de maturidade psicossocial (Steinberg, Elmen & Mounts, 1989, cit., por Jackson & Goossens, 2006), de competência psicossocial (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991, cit. por Jackson & Goossens, 2006), de auto-estima (Noller e Callan, 1911, cit., Por Jackson &

Goossens, 2006) e de realização acadêmica (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts e Fraleigh, 1987, cit., por Jackson & Goossens, 2006).

Deste modo, podemos resumir afirmando que o desenvolvimento social na adolescência começa no contexto familiar, consiste num processo de separação dos pais e aquisição de independência e autonomia, e que depende em parte dos estilos parentais adoptados pelos progenitores. Porém, este desenvolvimento social não acontece apenas no ambiente familiar. Nesta fase de vida, o adolescente começa a criar amizades e a estabelecer mais íntimas com os pares.

Relações com os pares

Uma das transformações mais óbvias na adolescência consiste no facto de que os jovens já não se focam tanto nos pais, mas sim nos pares. Para que consigam estabelecer a sua autonomia e independência, os adolescentes direccionam-se para os pares, afastando-se dos seus progenitores. Porém, o facto de se aproximarem dos pares não significa que os familiares percam a sua importância para o adolescente (Joiner, 2009).

Os grupos de pares assumem uma grande importância ao longo da adolescência, pois favorecem o desenvolvimento do sentido de identidade. Ao identificarem-se com os pares, os adolescentes começam a desenvolver julgamentos e valores morais, e a diferenciarem-se dos seus progenitores. Os grupos de pares fornecem igualmente informação acerca do mundo que os rodeia e sobre eles próprios (Stantrock, 2001, cit. por (Joiner, 2009). Por fim, os grupos de pares servem ainda como reforçadores de estatuto, popularidade, prestígio e aceitação (Joiner, 2009).

Relações positivas com os pares foram associadas a um ajustamento psicológico positivo na adolescência. Os adolescentes que são aceites pelos pares e que possuem amizades têm tendência a ter um melhor desempenho na escola e a ter uma melhor imagem de si próprios (Hansen, Giacoletti, & Nangle, 1995; Savin-Williams & Berndt, 1990, cit. por Joiner, 2009). Por outro lado, os adolescentes que são isolados socialmente e rejeitados pelos pares têm uma maior tendência para desenvolver problemas de comportamento, como por exemplo, a delinquência (Kupersmidt & Coie, 1990, cit por. Joiner, 2009).

Ainda, as relações com os pares na adolescência ganham importância por promoverem o crescimento pessoal, a aprendizagem de atitudes e valores (Hartup, 1989, cit. por Jackson & Goossens, 2006), e a formação da identidade (Erikson, 1968, cit. por Jackson

& Goossens, 2006). Para além disso, na interação com os pares, os adolescentes desenvolvem as suas competências sociais, como a resolução de conflitos, e a regulação da agressividade (Jackson & Goossens, 2006).

Durante este estágio de desenvolvimento, os adolescentes vão para além de interagirem com os pares. Neste período, os adolescentes criam amizades, que requerem reciprocidade e ligações afectivas mais fortes. Estas amizades são tendencialmente estabelecidas com indivíduos que possuem o mesmo nível de desenvolvimento social, emocional, e cognitivo (Jackson & Goossens, 2006), e com pessoas que partilham os mesmo sentimentos e interesses (Sprinthall & Collins, 1994).

Uma das teorias mais relevantes é a teoria interpessoal do desenvolvimento de Sullivan (1953, cit. por Jackson & Goossens, 2006). De acordo com Sullivan, na (pré) adolescência, a necessidade de intimidade interpessoal emerge, e pode ser satisfeita através da amizade. Segundo a autora, a intimidade, juntamente com a colaboração entre amigos que visam satisfazer as necessidades dos outros, é um aspecto crítico da verdadeira amizade na adolescência. Ainda, as interações sociais entre amigos são fundamentais para o adolescente se sentir feliz, ser psicologicamente saudável (Buhrmester, 1990, cit. por Jackson & Goossens, 2006), e não cair na solidão. Sullivan (1953, cit. Por Jackson & Goossens, 2006) defendeu que a amizade permite satisfazer cinco necessidades sociais básicas fundamentais: a ternura, o companheirismo, a aceitação, a intimidade e a sexualidade, sendo a quatro primeiras satisfeitas em relações de amizade entre os adolescentes.

Deste modo, podemos concluir que as relações com os pares são fundamentais para o crescimento do adolescente em diferentes domínios: criação de uma identidade própria, desenvolvimento de valores morais, satisfação das necessidades pessoais (como a aceitação e o sentimento de pertença, entre outras), e para um ajustamento psicológico saudável.

Presume-se que um desenvolvimento saudável e a aquisição das tarefas desenvolvimentistas estejam associados a um ajustamento psicológico saudável na adolescência. Por outro lado, pensa-se que se este desenvolvimento não for normativo, poderá afetar o bem-estar psicológico do adolescente. Deste modo, considera-se importante explorar o conceito de bem-estar, de forma a melhor compreender de que maneira este pode ser afetado.

2.2 Bem-estar

2.2.1 Antecedentes de bem-estar

A questão do bem-estar é considerada, por diversos teóricos, como sendo complexa, controversa, e difícil de definir. Segundo Ryan e Deci (2001), existem duas perspectivas teóricas que estão na origem do conceito do bem-estar: o bem-estar subjetivo, que está associado à abordagem hedónica, e o bem-estar psicológico, associado à abordagem eudaimónica.

A associação entre bem-estar (no sentido mais lato do termo) e prazer hedónico aparenta ser muito antiga, remontando ao filósofo grego Aristipo (século IV a.C.), que defendeu que o objetivo da vida consiste em experienciar a quantidade máxima de prazer possível. Este argumento foi seguido por outros filósofos, nomeadamente Hobbes, que defendeu que a felicidade assenta na procura (bem-sucedida) das vontades/apetites humanos. Ainda, DeSade acreditava que a procura de sensação e prazer consiste no objetivo final da vida. Além disso, Bentham argumentou que uma boa sociedade é construída através da tentativa dos indivíduos de maximizar o seu prazer e os seus interesses próprios. Assim, a abordagem hedónica como visão do bem-estar foi expressa de diferentes formas ao longo do tempo, sendo inicialmente posto o foco nos prazeres corporais (Ryan & Deci, 2001). Mais tarde, os psicólogos que adotaram esta perspectiva ampliaram o conceito de hedonismo aos prazeres da mente, e não só do corpo (Kubovy, 1999, cit. por Ryan & Deci, 2001). Assim, de uma forma global, estes psicólogos consideraram que o bem-estar consiste na felicidade subjetiva, e refere-se à experiência de prazer *versus* dor, tanto no domínio corporal como mental (Diener et al., 1998, cit. por Ryan & Deci, 2001).

Após a publicação da obra *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*, de Kahneman et al (1999, cit. por Ryan & Deci, 2001), o bem-estar subjetivo e o hedonismo foram considerados como conceitos semelhantes. De acordo com Kahneman et al (1999), a abordagem hedónica consiste no estudo daquilo que torna as experiências e a vida agradável e desagradável. Deste modo, o bem-estar subjetivo está associado à felicidade, e é definido em termos da experiência da dor *versus* prazer (Ryan & Deci, 2001), sendo o principal objectivo maximizar essa felicidade e consequentemente, maximizar o bem-estar subjetivo.

Apesar da proliferação dos estudos sobre o bem-estar subjetivo e a perspectiva hedónica, esta não é a única a abordar o conceito de bem-estar. Uma segunda perspectiva –

eudaimónica – considera que o bem-estar vai mais além do a simples felicidade, e sugere que o facto das pessoas se considerarem felizes não significa que se encontram psicologicamente bem (Deci & Ryan, 2008). Aristóteles foi dos primeiros filósofos a considerar a felicidade hedónica como um ideal vulgar, e defendeu que a verdadeira felicidade não reside nos prazeres corporais, mas sim na expressão da virtude do ser humano. O filósofo Erich Fromm (1981, cit por. Ryan & Deci, 2001) seguiu esta linha de pensamento, e argumentou que o bem-estar implica distinguir entre as necessidades (desejos) que são sentidas de forma subjetiva e cuja satisfação leva ao prazer momentâneo, e as necessidades que estão enraizadas no ser humano, e cuja satisfação conduz ao crescimento e bem-estar. Por outras palavras, Fromm distingue as necessidades sentidas apenas de forma subjetiva, que são prejudiciais para o crescimento humano, e as necessidades objetivamente válidas, que estão em concordância com as exigências da natureza humana (Ryan & Deci, 2001).

De uma forma resumida, a perspectiva eudaimónica associa o bem-estar à realização pessoal, e define-o em termos do grau em que a pessoa funciona de forma plena (Ryan & Deci, 2001). Ainda, esta perspectiva defende que o bem-estar não consiste num estado final, mas sim num processo de realização das potenciais virtudes do ser humano (Deci & Ryan, 2008).

Assim, podemos concluir que existem, de facto, duas visões do conceito de bem-estar, fundadas em diferentes visões da natureza humana (Ryan & Deci, 2001). A falta de entendimento entre os diversos investigadores, autores, filósofos leva a que, na década de 80, se faça uma distinção conceptual entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo, associado à abordagem hedónica, põe o foco na felicidade e na satisfação das necessidades dos indivíduos, estando ligado a uma gratificação imediata. Por outro lado, o conceito de bem-estar psicológico, associado à perspectiva eudaimónica, concentra-se no desenvolvimento das virtudes e dos potenciais do ser humano, estando assim associado a uma gratificação mais tardia (Novo, 2005).

2.2.2 Definição de bem-estar

Deci e Ryan (2008), definiram o bem-estar como ‘experiência e funcionamento psicológico óptimo’. Embora esta definição possa parecer simples, vários autores e teóricos consideram a questão do bem-estar como sendo complexa e controversa, como referido anteriormente. Isto deve-se ao facto de que, desde o início da História intelectual da Humanidade, houve um grande debate acerca do que define esta ‘experiência e

funcionamento psicológico ótimo’, e sobre o que constitui uma ‘boa vida’. Este debate tornou-se relevante pois tem implicações teóricas e práticas muito significativas. A maneira como conceptualizamos o bem-estar pode influenciar as práticas ao nível do ensino, da educação que os pais dão aos filhos, ao nível religioso (entre outros), pois todas estas áreas procuram mudar os seres humanos para melhor, e para isso necessitam de saber o que é ‘melhor’ (Ryan & Deci, 2001).

A investigação sobre como alcançar o bem-estar psicológico ‘ótimo’ foi considerada fundamental para a vida humana. Ao longo do tempo, a investigação focou-se principalmente na psicopatologia (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, cit. por Henderson & Knight, 2012), pois o bem-estar era considerado como a ausência de doença mental (Ryan & Deci, 2001). Porém, a partir da década de 1960, houve uma mudança de foco na investigação (Ryan & Deci, 2001). O surgimento da Psicologia Positiva quebrou o tabu em torno da investigação em áreas como a felicidade e o bem-estar (Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006, cit. por Henderson & Knight, 2012), e a investigação concentrou-se na promoção do bem-estar e no crescimento pessoal do ser humano (Ryan & Deci, 2001).

Com a emergência destes novos interesses, surgem várias perspectivas, não apenas relativas aos constituintes do bem-estar, mas também sobre como otimizar a experiência pessoal de bem-estar (Henderson & Knight, 2012).

Assim, como referido anteriormente, muitos estudos identificaram duas tradições filosóficas opostas: a abordagem hedónica, associada ao bem-estar subjetivo, e a abordagem eudaimónica, ligada ao bem-estar psicológico. Estas duas tradições foram traduzidas para a psicologia contemporânea, para o desenvolvimento de uma ciência do bem-estar. Esta tradução de ideias filosóficas para constructos psicológicos tem sido muito debatida e discutida nos últimos anos (Kashdan, Biswas-Diener, & King, 2008; Waterman, 2008, cit. por Henderson & Knight, 2012). Apesar da falta de concordância entre estas duas abordagens, atualmente os psicólogos parecem considerar os benefícios de ambas as perspectivas, o que está a resultar no surgimento de conceptualizações integradas do bem-estar (Huppert & So, 2009, cit. por Henderson & Knight, 2012), que utilizam o termo ‘florescimento’ para descrever a combinação dos conceitos de bem-estar hedónico e bem-estar eudaimónico. Esta nova combinação abrange tanto a natureza do bem-estar como os potenciais caminhos para obter bem-estar. Embora a investigação a propósito de metodologias que combinem estas duas abordagens ainda seja pouco existente, a literatura

sugere que uma vida rica em atividades hedônicas e eudaimônicas está associada a um maior nível de bem-estar no ser humano Huppert & So, 2009, cit. por Henderson & Knight, 2012). Tendo em conta a importância das abordagens do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico, iremos debruçar-nos mais detalhadamente sobre cada uma delas, de modo a melhor compreender o que significam, o que implicam, e como são medidas.

2.2.3 Bem-estar subjetivo

Como referido anteriormente, o constructo de bem-estar subjetivo (BES) é complexo, tendo a sua conceptualização sofrido alterações ao longo do tempo.

Wilson foi o primeiro autor a estudar o conceito de bem-estar (Diener et al., 1999, cit. por Galinha, 2008). Wilson (1967, cit. por Galinha, 2008) estudou duas perspectivas do bem-estar, relacionadas com a felicidade e a satisfação. Primeiramente, numa perspectiva *bottom-up*, que considera que a felicidade é produzida quando as necessidades da pessoa são satisfeitas de forma imediata, e que quando essas necessidades não são satisfeitas, poderá causar infelicidade ao indivíduo. Na perspectiva *top-down*, para que a pessoa atinja o nível de satisfação que permite experienciar felicidade, esta tem de ter uma determinada capacidade de adaptação, que por sua vez está dependente das vivências e experiências passadas, dos valores pessoais, e das comparações com os pares. Esta última perspectiva revela-se mais atual, pois é a abordagem *top-down* que é utilizada no estudo do BES.

De acordo com Diener, Oishi, e Lucas (2003), o BES compreende a análise científica de como as pessoas avaliam as suas vidas, tanto no momento presente como, por exemplo, no ano anterior. Estas avaliações incluem os estados de espírito (humor) das pessoas, os julgamentos sobre a satisfação que sentem com as suas vidas (por exemplo, no casamento ou na vida laboral), e ainda as suas reações emocionais a diferentes eventos. Deste modo, o BES refere-se ao estudo da felicidade e da satisfação (Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

Nos últimos anos, tem havido um apelo à necessidade de consenso na conceptualização do BES, que foi encontrado: o BES tem uma dimensão cognitiva, que consiste na auto-avaliação que a pessoa faz relativamente à satisfação com a vida; e uma dimensão afetiva, que reflete a experiência de emoções positivas e/ou negativas da pessoa. Assim, o BES, sendo avaliado pelo próprio indivíduo, não é uma medida absoluta da Saúde Mental, mas sim, uma componente fundamental (Galinha, 2008).

De acordo com Galinha (2008), as diferentes dimensões do BES são independentes (Andrews & Withey 1976, Lucas et al. 1996, cit. por Diener, Oishi, & Lucas, 2003), e por isso devem ser avaliadas separadamente (Diener, Oishi, & Lucas, 2003), apesar de estarem correlacionadas (Galinha, 2008). Assim, o BES passa a ser um domínio de estudo, em vez de ser um constructo específico. As variáveis do BES, sendo independentes, podem ser comparadas umas com as outras.

Podemos assim concluir que o bem-estar subjetivo incorpora duas dimensões: cognitiva, em que o indivíduo auto-avalia a sua satisfação com a vida; afetiva, em que a pessoa avalia a sua experiência (presença ou ausência) de emoções positivas e/ou negativas.

O conceito de BES aparenta manter-se sólido e fonte de inúmeras investigações, até aos anos 80 do século XX, em que Carol Ryff critica esta abordagem. Uma das críticas mais importantes salienta que, na proliferação deste conceito, foram criadas inúmeras medidas e instrumentos para o avaliar, tendo isto dado origem a uma grande quantidade de formulações teóricas sobre o BES, que apenas têm como base os dados empíricos recolhidos. (Novo, 2005). Assim, ao utilizar uma abordagem *bottom-up* (Diener et al., 1998, cit. por Novo, 2005), o conceito de BES é definido a partir das avaliações feitas às pessoas, sem suporte teórico relevante. Deste modo, dificuldades em formular um corpo teórico são evidentes no conceito de BES, pois existem demasiadas medidas (diferentes escalas) e critérios para a operacionalização de um só conceito (Novo, 2005).

2.2.4 Bem-estar psicológico

O crescente interesse pelo estudo do bem-estar psicológico surge após o reconhecimento de que a Psicologia dedicou muito tempo a estudar a infelicidade e o sofrimento humano, mais do que a estudar as causas e as consequências do funcionamento positivo (Diener, 1984; Jahoda, 1958, cit. por Ryff, 1989). Ryff (1989) refere que houve uma falha no estudo do bem-estar até então, ficando por definir as características essenciais do bem-estar psicológico. Ainda, a autora indica que grande parte da literatura focou-se em concepções de bem-estar que possuem escasso fundamento teórico e, conseqüentemente, negligenciam aspectos importantes do funcionamento positivo.

De acordo com Ryff e Keyes (1995), o estudo do bem-estar psicológico foi guiado por duas concepções do funcionamento positivo. A primeira deve-se a Bradburn (1969, cit.

Por Ryff & Keyes, 1995), que distinguiu os afectos positivos dos afectos negativos (sendo assim independentes), e definiu a felicidade como o equilíbrio entre os dois. Porém, a postulada independência entre os afectos positivos e os afectos negativos foi desafiada e associada à falha em distinguir entre a intensidade e a frequência do afecto (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985, cit. por Ryff & Keyes, 1995). A frequência dos afectos positivos e negativos correlaciona-se negativamente, enquanto as correlações relativas à intensidade são geralmente positivas. Face a estes resultados, foi considerado que esta incompatibilidade permitia suprimir a associação entre afecto positivo e afecto negativo, criando assim a ilusão de que são independentes. Ainda, Bradburn (1969, cit. Por Ryff & Keyes, 1995) postulou que a felicidade é o mais elevado de todos os bens alcançáveis pelo ser humano, sendo o termo felicidade considerado como a tradução da palavra eudaimonia (Ryff, 1989). Ryff (1989) questionou esta tradução, citando Waterman (1984), que definiu a eudaimonia como ‘os sentimentos que acompanham, vão na direção de, e são consistentes com o verdadeiro potencial de uma pessoa’. Por fim, a operacionalização do termo felicidade como o equilíbrio entre o afecto positivo e o afecto negativo foi essencialmente baseada em estudos empíricos, não tendo assim um suporte teórico (Ryff, 1989).

A segunda concepção do funcionamento positivo referida enfatiza que a satisfação com a vida é a chave para obter bem-estar psicológico. Considerada como uma componente cognitiva, a satisfação com a vida foi vista como um complemento para a felicidade, a dimensão mais afetiva do funcionamento positivo. Porém, as medidas da satisfação com a vida foram criadas com o intuito de realizar estudos empíricos, não tendo um suporte teórico de base relevante. Consequentemente, estas medidas não permitem explicar e compreender o verdadeiro significado de bem-estar psicológico (Sauer & Warland, 1982, cit., Ryff & Keyes, 1995).

Deste modo, e de uma forma global, Ryff (1989) refere que os estudos existentes até à data não são válidos para avaliar o funcionamento positivo. Isto deve-se ao facto de que os estudos anteriores não avaliam aquilo o que se propõem a avaliar, pois continuam a distinguir os afectos positivos dos negativos, como forma de definir o funcionamento positivo. Para além disto, a literatura existente baseia-se em estudos empíricos, não sendo assim guiados por um corpo teórico válido e relevante, que permita explicar o funcionamento positivo e o verdadeiro significado do bem-estar psicológico.

As lacunas referidas levaram a que Carol Ryff fizesse uma análise da literatura existente acerca do bem-estar e construísse uma abordagem do funcionamento psicológico positivo que é baseada em teorias clássicas pré-existentes no ramo da Psicologia, nomeadamente: as formulações acerca da individuação de Jung (1933, cit. por Siqueira & Padovam, 2008); as formulações acerca da auto-realização feitos por Maslow (1968, cit. por Siqueira & Padovam, 2008); o estudo sobre a maturidade feito por Allport (1961, cit. por Siqueira & Padovam, 2008); o funcionamento psicológico pleno estudado por Rodgers (1961, cit. por Siqueira & Padovam, 2008). A estas teorias, Ryff acrescentou as respetivas ao desenvolvimento do ser humano, nomeadamente o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erikson (1959, cit. por Siqueira & Padovam, 2008), e o estudo da personalidade e das mudanças na vida adulta de de Neugarten (1973, cit. por Siqueira & Padovam, 2008). Por fim, Ryff deu igualmente importância às formulações sobre a saúde mental, explicando o bem-estar em termos de ausência de patologia e salientando o significado da saúde psicológica, com os estudos de Jahoda (1958, cit. por Siqueira & Padovam, 2008).

Pegando na convergência entre todas estas teorias, Ryff construiu um modelo multidimensional de bem-estar psicológico, com o objetivo de estabelecer e operacionalizar as diferentes dimensões do funcionamento positivo, que vão permitir que o indivíduo se desenvolva e cresça pessoalmente, e estabeleça relações interpessoais (Novo, 2005). Este modelo é constituído por seis dimensões, sendo elas: (1) Auto-aceitação, que constitui uma característica central da saúde mental, e requer um elevado nível de auto-conhecimento, um funcionamento ‘ótimo’, maturidade, e atitudes positivas face a si próprio; (2) Relações positivas com os outros, que requer a capacidade de desenvolver sentimentos fortes de empatia e afeição pelos outros, estabelecer laços sólidos e profundos de amizade, e capacidade de se identificar com os outros; (3) Autonomia, que consiste na capacidade de funcionar de forma autónoma, de resistir à enculturação, ter um poder de avaliação segundo o locus interno e não depender da aprovação dos pares, e utilizar padrões de avaliação próprios; (4) Domínio do ambiente, que consiste na capacidade do indivíduo para escolher/criar ambientes que são adequados às suas condições psíquicas, de participar em atividades do ambiente, e de controlar e manipular ambientes complexos; (5) Objectivo de vida, que se traduz na capacidade em sentir que a vida tem um objetivo e um significado, compreender o objetivo da sua vida, ter um sentido de orientação e intencionalidade na vida; (6) Crescimento pessoal, que consiste na capacidade em atingir metas e, simultaneamente, continuar a

desenvolver o seu potencial, e ter abertura à experiência de forma a alcançar novos objetivos (Ryff, 1989).

Concluindo, Carol Ryff baseou o seu modelo multidimensional em construções teóricas previamente existentes, que já definiam a personalidade ‘ideal’, ‘madura’, ou ‘realizada’, que caracterizam o funcionamento psicológico positivo. Deste modo, o trabalho da autora consistiu em agrupar os aspectos convergentes às diferentes teorias, criar um modelo integrador e multidimensional, e pô-lo em prática, de forma a avaliar o bem-estar psicológico (Novo, 2005). Enquanto a abordagem do BES considerada a satisfação com a vida e os afectos positivos e negativos como componentes que contribuem para o bem-estar, o modelo de Ryff considera que as seis dimensões referidas constituem o próprio bem-estar, o que leva a uma maior compreensão do BEP, e dos processos psicológicos envolvidos (Novo, 2003, cit. por Ramos, 2017).

Porém, é importante salientar que, apesar de inovador e integrador, este modelo apresenta limitações. Este modelo foca-se explicitamente no funcionamento psicológico positivo, não avaliando qualquer tipo de sintomatologia. De acordo com Bizarro (1999, cit. por Ramos, 2017) e Diener (1994, cit. por Ramos, 2017), para medir a saúde mental e o bem-estar, é necessário avaliar os aspectos positivos do funcionamento psicológico e a ausência de sintomas patológicos. Deste modo, este modelo está limitado no sentido de apenas se concentrar num aspecto da saúde mental, não avaliando indicadores sintomatológicos (Ramos, 2017).

2.2.5. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-estar Psicológico na Adolescência

Os psicólogos, assim como outros profissionais na área da saúde mental concentraram-se no bem-estar psicológico, com o intuito de entender o que podia ser feito para o promover (Cohen & Cohen, 1996; Compas, 1993, cit. por Bizarro, 2001). Este foco no bem-estar deve-se ao reconhecimento da importância de reduzir e/ou extinguir eventuais transtornos ou dificuldades, preveni-los, e promover um desenvolvimento saudável e coerente, para que o indivíduo seja capaz de se adaptar e de funcionar de forma plena (Kendall, Lerner, & Craighead, 1984, cit. por Bizarro, 2001). Assim, o campo da Psicologia tem feitos esforços no sentido de promover a saúde mental e o bem-estar psicológico dos

indivíduos, independentemente do objetivo, seja ele terapêutico, preventivo, ou promocional (Schroeder & Gordon, 1991, cit. por Bizarro, 1999).

Como referido anteriormente no presente estudo, a adolescência consiste num estágio de desenvolvimento com alterações significativas a nível físico, cognitivo, emocional, e social. Estas transformações ocorrem de forma rápida e intensa, e são extremamente exigentes. Se o adolescente tiver dificuldade em acompanhar e adaptar-se às mudanças típicas do período de desenvolvimento no qual se encontra, o seu bem-estar psicológico poderá ser afetado. (Bizarro, 2001). Por sua vez, se o bem-estar psicológico for afetado, o jovem adolescente poderá sofrer perturbações psicológicas mais graves, nomeadamente ao nível emocional, somático, escolar e comportamental (Dryfoos, 1997, cit. por Bizarro, 2001). Deste modo, considerou-se importante explorar o conceito de bem-estar psicológico na adolescência e a criar um instrumento que o avalie (Bizarro, 2001).

Ao realizar uma revisão da literatura, Bizarro (1999) identificou certas limitações ao estudo de bem-estar psicológico nos adolescentes e aos instrumentos que o avaliam. De acordo com a autora, a maioria dos instrumentos de avaliação do bem-estar até à data foram elaborados com o objetivo de avaliar os sintomas de perturbação, sendo que quando há ausência desses sintomas, considera-se que a pessoa experiencia bem-estar psicológico. No entanto, este tipo de avaliação é limitativo e redutor, pois as concepções atuais de bem-estar psicológico requerem, não apenas a ausência de índices de perturbação, mas também a presença de índices positivos. Outros autores conceptualizaram o bem-estar de acordo com a presença de aspectos positivos do funcionamento psicológico (e.g., Ryff & Keyes, 1995, cit. por Bizarro, 2001). Outros, ainda, integraram estas duas abordagens, tendo como limitação os instrumentos não estarem adaptados para a população adolescente (Bizarro, 2001).

Ainda, de acordo com Phares e Compas (1990, cit. por Bizarro, 1999), para realizar uma avaliação psicológica dos adolescentes é necessário fazê-lo através do auto-relato, para que se possa obter informação acerca das suas cognições, emoções, e comportamentos. Deste modo, o estudo do bem-estar nos adolescentes deve utilizar instrumentos que possibilitem aos adolescentes relatar as percepções que têm acerca de si próprios e das suas vivências pessoais (e.g., Zaslou & Takanishi, 1993, cit. por Bizarro, 1999), tendo esta forma de medida sido considerada como válida e fidedigna (eg., Achenbach & Edelbrock, 1987; LaGreca, 1990; Offer & Schonert-Reichl, 1992, cit. por Bizarro, 1999).

A partir destas limitações, e de acordo com Bizarro (2001), sentiu-se a necessidade de criar um instrumento de BEP que possa ser aplicado à população adolescente, que tenha um modelo teórico como suporte (ao contrário dos instrumentos anteriores, que eram baseados em evidências empíricas), e que avalie a perspectiva do próprio adolescente.

Com base nestas considerações, Bizarro (2001) optou por um modelo cognitivo-comportamental-desenvolvimentista para fundamentar a Escala de Bem-estar Psicológico em Adolescentes (EBEPA), por diversas razões: (1) este modelo tem como base a perspectiva de que o BEP é composto por aspectos subjetivos (e.g., Diener, 1994, cit. por Bizarro, 2001), e enfatiza os aspectos cognitivos e a sua relação com diferentes padrões de comportamento e a expressão emocional do indivíduo (e.g., Beck, 1976; 1991; Ellis, 1962, cit. por Bizarro, 2001); (2) este modelo permite avaliar o BEP tendo em conta as características da população que se pretende avaliar, sendo assim desenvolvimentista (e.g., Ryff & Keyes, 1995, cit. por Bizarro, 2001); (3) este modelo permite que se estabeleça uma ponte entre a avaliação e a intervenção (e.g., Hart & Morgan, 1993; Zarb, 1992, cit. por Bizarro, 2001) pois, através da avaliação, podemos recolher informação acerca do funcionamento e potenciais dificuldades do sujeito, que poderão depois ser trabalhadas em contexto terapêutico (Bizarro, 2001).

A EBEPA é composta por cinco dimensões, que avaliam tanto as potenciais dificuldades dos adolescentes, como os seus recursos pessoais positivos e que contribuem para o bem-estar psicológico, que são descritas de seguida.

A *Dimensão Ansiedade* considera o facto de a ansiedade ser um sintoma comum na adolescência, normalmente presente como resposta transitória às mudanças típicas e exigentes nesta idade (e.g., Achenbach & Howell, 1993; March, 1995, cit. por Bizarro, 2001). Por outro lado, esta dimensão permite igualmente avaliar a frequência dos sintomas de ansiedade que, se forem muito frequentes e persistentes, poderão afetar o bem-estar psicológico do adolescente e, conseqüentemente, impedir que estes dominem os desafios desenvolvimentistas típicos desta etapa de vida e que cresçam de forma adaptativa e saudável (e.g., Clarke et al., 1994; Kendall, Kortlander, Chansky, & Brady, 1992, cit. por Bizarro, 2001).

As *Dimensões Cognitiva-Emocional Positiva e Cognitiva-Emocional Negativa* evidenciam a importância das variáveis cognitivas para promover o bem-estar ou as dificuldades psicológicas (e.g., Kendall, 1993; Mahoney, 1991, 1993; Meichenbaum, 1995, cit. por Bizarro, 2001). Um exemplo destas variáveis cognitivas é o discurso interno (e.g., Beck, 1976; Ellis, 1962, cit. por Bizarro, 2001), que pode ter influência tanto positiva como

negativa, nos estados emocionais da pessoa e nas suas respostas comportamentais, mediando assim o bem-estar psicológico dos jovens (Bizarro, 2001).

A *Dimensão Apoio Social* foi incluída neste instrumento pois, de acordo com Gotlieb (1991, cit. por Bizarro, 2001), existe uma relação significativamente positiva entre apoio social e bem-estar psicológico. Por outro lado, de acordo com Kalafat (1997), cit. por Bizarro, 2001) e Windle, (1992, cit. por Bizarro, 2001), a ausência de apoio social relaciona-se com as dificuldades psicológicas nesta fase de vida. Assim, esta dimensão pretende avaliar o apoio social que os adolescentes recebem, seja através dos progenitores, dos professores, ou dos pares (Bizarro, 2001).

A *Dimensão Percepção de Competências* tem impacto no bem-estar psicológico e na capacidade de adaptação, influenciando assim a ativação, ou não, do jovem perante diferentes situações com as quais este se depara (Bizarro, 2001). Deste modo, é importante que os adolescentes integrem as suas capacidades pessoais — como por exemplo, criar amizades, ter sucesso na escola, e resolver conflitos quotidianos com os pares ou com os progenitores (e.g., Hartup, 1992; Putallaz & Sheppard, 1992; Quamma & Greenberg, 1994, cit. por Bizarro, 2001) — para que possam operar de forma adequada no seu meio ambiente (e.g., Garmezy, 1992; Shirk & Harter, 1996, cit. por Bizarro, 2001).

Com a construção deste instrumento, foi possível avaliar o bem-estar psicológico numa amostra de adolescentes portugueses. Assim, Bizarro (1999; 2001) verificou a existência de diferenças significativas no bem-estar psicológico dos três grupos avaliados: o grupo 1, que continha adolescentes entre os 12 e os 13 anos e meio; o grupo 2, composto por adolescentes entre os 14 e os 15 anos; e o grupo 3, formado por adolescentes entre os 16 e 17 anos e meio de idade. Tanto no que diz respeito ao bem-estar psicológico total como nas várias dimensões avaliadas pelo modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista, verificou-se que o grupo 1 demonstrou níveis mais elevados de BEP. O grupo 2 evidenciou uma diminuição significativa do BEP, diminuição essa que, embora menos evidente, foi visível no grupo 3. Por outras palavras, Bizarro (1999; 2001) constatou que o bem-estar psicológico diminuiu ao longo da adolescência.

Porém, a dimensão Apoio Social aparenta ser a única que não demonstra diferenças significativas consoante os grupos, ou seja, as idades.

Quanto às diferenças entre os sexos, o sexo masculino tende a experienciar maior bem-estar psicológico (tanto o total como nas diferentes dimensões) do que o sexo feminino. Porém, o sexo masculino tende a reportar níveis mais baixos de BEP na dimensão Apoio Social.

Assim, e como conclusão, podemos afirmar que com a construção da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes, Bizarro (1999) procurou preencher as lacunas existentes na literatura, e criar um modelo que permitisse avaliar de forma válida, fidedigna e coerente o bem-estar psicológico dos adolescentes, atendendo tanto às suas dificuldades como aos aspectos positivos.

2.3 Problemas internalizantes na adolescência

2.3.1 Definição de problemas internalizantes

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento, que se caracteriza por mudanças físicas e psicológicas, que ocorrem a um ritmo acelerado. É nesta etapa que os adolescentes configuram a sua identidade, a sua personalidade e as suas relações interpessoais (Berger, 2007, cit. por Parco & Jó, 2015). Desta forma, a adolescência é um período de vulnerabilidade para comportamentos de risco, sendo importante conhecer as dificuldades e problemas inerentes, que poderão influenciar a transição para a vida adulta (Latimer y Zur, 2010, cit. por Parco & Jó, 2015).

De acordo com Parco e Jó (2015), Achenbach, Edelbrock e Howell (1987) fizeram a distinção entre dois tipos de problemas: (1) *problemas internalizantes*, que se referem à manifestação de comportamentos ansiosos, depressivos, e sintomas somáticos, e (2) *problemas externalizantes*, que se traduzem em problemas relacionados com agressividade, falta de atenção, desobediência e comportamentos desviantes.

Existem diversas definições do termo ‘problemas internalizantes’, parecendo haver um consenso entre elas. Este termo pode ser definido como o ato de controlar e direcionar o comportamento para si mesmo (Đurišić & Gajić, 2016), ou como o ato de desviar a angustia para dentro (para si próprio), tal como acontece nos distúrbios de humor e de ansiedade (Cosgrove et al., 2011; Krueger, 1999; Krueger & Markon, 2011, cit. por Kelly et al., 2015).

Merrell (2008a) fornece uma definição mais detalhada de ‘problemas internalizantes’, referindo que estes são frequentemente incompreendidos e negligenciados, e dizem respeito a um tipo específico de problema emocional e comportamental.

De acordo com este autor, e de uma forma global, os problemas internalizantes consistem em sintomas “supercontrolados” (Cicchetti & Toth, 1991; Merrell, 2007, cit. por Merrell, 2008a). O termo “supercontrolado” é utilizado para salientar que estes problemas se manifestam, em parte, quando os indivíduos tentam controlar ou regulam de forma inadequada o seu estado emocional e cognitivo interno, ou seja, a maneira como pensam sobre como se sentem. O termo “internalizante” indica que estes problemas se desenvolvem e se mantêm, em grande parte, dentro do indivíduo (Merrell, 2008a). Deste modo, os problemas internalizantes foram considerados como ‘doenças secretas’ (Reynolds, 1992, cit. por Merrell, 2008a), por serem difíceis de detetar através da observação externa (Merrell, 2008a).

Apesar de numerosos e complexos, diversos investigadores demonstraram a existência de principalmente quatro tipos de problemas internalizantes (Merrell, 2007; Quay, 1986, cit. por Merrell, 2008a): (1) sintomas depressivos, (2) sintomas de ansiedade, (3) isolamento social, e (4) queixas somáticas (Merrell, 2008a). Cada um destes problemas será descrito mais à frente.

Segundo Đurišić & Gajić (2016), foi confirmado por diversos estudos teóricos e dados empíricos que os problemas internalizantes consistem num conjunto de três aspectos que se inter-relacionam: os pensamentos negativos irracionais (nível cognitivo), o medo (presença de sintomas de tensão ao nível físico) e o défice de habilidades sociais (componente comportamental). Os indivíduos que sofrem de sintomas internalizantes mostram considerável inibição, dificuldade em comunicar, e relutância em abordar outras pessoas, mesmo que o desejem (Kingery et al., 2010, cit. por Đurišić & Gajić, 2016). Frequentemente, estes indivíduos evitam situações em que a sua falta de competência social e autoeficácia possam ser evidentes (Alfano, Beidel & Turner, 2006; Smari, Pétursdóttir & Þorsteinsdóttir, 2001, cit. por Đurišić & Gajić, 2016), dificultando assim a aquisição de uma auto-imagem positiva (Oland & Shaw, 2005, cit. por Đurišić & Gajić, 2016). Estes indivíduos são extremamente cuidadosos com as normas sociais, demonstram um auto-controlo excessivo (Hannesdóttir & Ollendick, 2007, cit. por Đurišić & Gajić, 2016), são retraídos, e mostram falta de auto-confiança (Greco & Morris, 2005, cit. por Đurišić & Gajić, 2016). O sentimento de impotência, o medo do fracasso, a rigidez, a auto-crítica excessiva, as expectativas negativas e a baixa auto-estima contribuem para evitar o contato com os outros (Mahon et al., 2006, cit. por Đurišić & Gajić, 2016). Nestes casos, a diminuição da interação com os pares pode impedi-los de desenvolver capacidades e mecanismos socio-cognitivos,

que fundamentam a confiança e o comportamento socialmente competente (Kingery et al., 2010, cit. por Đurišić & Gajić, 2016).

Os problemas internalizantes aparentam ser relativamente estáveis durante a infância, e tendem a aumentar e desenvolverem-se na adolescência (Đurišić e Gajić, 2016). Ainda, estes problemas estão associados a diversos efeitos negativos, tais como a diminuição do rendimento escolar e a rejeição por parte dos pares, entre outros (Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge, & Petit, 2003; Losel & Slemming, 2012; Masten et al., 2005, cit. por Rabinowitz, Osigwe, Drabick, & Reynolds, 2016).

Por fim, e de acordo com Parco e Jó (2015), a literatura afirma a existência de diferenças entre sexos no que diz respeito à prevalência de perturbações psicopatológicas na adolescência (Rutter, Caspi & Moffitt, 2003; Sancerni, 2012; Zahn-Waxler, Shirtcliff & Marceau, 2008, cit. por Parco & Jó, 2015). Neste sentido, os rapazes apresentam duas ou quatro vezes mais de probabilidade de manifestarem problemas de conduta (externalizantes) (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002; Odgers et al., 2008; Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff & Woods, 2006, cit. por Parco & Jó, 2015), enquanto as raparigas apresentam mais sintomas emocionais (internalizantes) (Rutter et al., 2003; Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff & Woods, 2006, cit. por Parco & Jó, 2015). As razões para estas diferenças poderão ser tanto biológicas, devido a diferenças estruturais e funcionais do cérebro (Cahail, 2005, cit. por Parco & Jó, 2015) como ambientais, tais como diferentes padrões de socialização e diferenças na exposição a factores de risco, consoante o sexo (Zahn-Waxler et al., 2006, cit. por Parco & Jó, 2015).

Dado o impacto negativo que o desenvolvimento destes problemas poder ter nos adolescentes e conseqüentemente na vida adulta, considera-se necessário explorar cada um destes problemas de forma mais detalhada e aprofundada.

2.3.2 Os problemas internalizantes mais comuns na adolescência

Em todo o mundo, milhões de adolescentes são afetados por problemas internalizantes e externalizantes, tais como os problemas de conduta, o comportamento anti-social, a ansiedade, a depressão, e o abuso de substâncias (Magai, Malik, & Koot, 2018).

Neste capítulo o foco será posto primeiramente nos problemas internalizantes mais comuns no período da adolescência, e será fornecida uma descrição breve de cada um deles.

2.3.2.1 *Depressão*

A depressão é um dos problemas internalizantes mais reconhecidos e mais comuns, tanto nas crianças e adolescentes, como nos adultos (Merrell, 2008a). De acordo com o DSM-5 (2014), a depressão é caracterizada pelos seguintes sintomas: (1) *Humor deprimido ou tristeza excessiva*; (2) *Acentuada diminuição do interesse nas atividades*; (3) *Perda ou ganho significativo de peso/ redução ou aumento do apetite*; (4) *Problemas de sono*; (5) *Agitação ou lentificação psicomotora*; (6) *Cansaço ou falta de energia*; (7) *Sentimento de culpa excessiva ou de inutilidade*; (8) *Dificuldade em pensar, concentrar ou em tomar decisões*; (9) *Pensamentos recorrentes de morte*.

Para que o diagnóstico da depressão seja estabelecido, pelo menos cinco destes critérios devem ser identificados na pessoa, de forma sistemática, por pelo menos duas semanas. Ainda, um destes critérios deve ser humor deprimido ou perda de interesse (Merrell, 2008a).

Para o diagnóstico da depressão nos adolescentes, existem certas alterações: (1) de todos os critérios, o humor deprimido ou a perda de interesse são os sintomas mais marcantes, (2) os adolescentes tendem a demonstrar outros sintomas como a irritabilidade e as queixas somáticas (sintomas considerados específicos da sintomatologia depressiva na adolescência), (3) as raparigas tendem a exibir mais sintomas do que os rapazes após o início da adolescência (Merrell, 2008a).

As teorias contemporâneas encaram a adolescência como um período de alto risco para o desenvolvimento da depressão. De acordo com diversos autores, a frequência das perturbações e dos sintomas depressivos começa a aumentar no final da infância ou início da adolescência, e atinge o pico numa fase mais avançada deste período (Costello, Copeland, & Angold, 2001; Holsen, Kraft, & Vitterso, 2000; Petersen et al., 1993; Hankin et al., 1998; Rudolph, 2009; Wichstrom, 1999, cit. por Nilsen, 2012). Ainda, estes sintomas depressivos estão associados à depressão a longo prazo, na vida adulta, que poderá afetar diversas áreas de funcionamento da pessoa (Fergusson & Woodward, 2002; Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999; Shankman et al., 2009; Rutter, Kim -Cohen & Maughan, 2006; Needham, 2009, cit. por Nilsen, 2012). Deste modo, o período da adolescência constitui um momento crítico para a análise dos preditores e das consequências dos sintomas depressivos (Nilsen, 2012).

No que diz respeito à perturbação depressiva, presume-se que esta afete entre 4 a 5% dos adolescentes, sendo estes dados similares aos encontrados na população adulta (Thapar, Stephan, Pine, & Thapar, 2012). Quanto aos sintomas depressivos, a prevalência é mais elevada com resultados que indicam que entre 20 e 50% dos jovens experienciaram níveis

significativos de sintomas depressivos com uma duração de uma semana a seis meses. (Kessler et al., 2001, cit. por Nilsen, 2012). Em Portugal, um estudo realizado por Cardoso, Rodrigues, e Vilar (2004) revelou que 11.2% dos adolescentes portugueses experienciam sintomas depressivos indicadores de sofrimento psicológico, sendo mais prevalente no sexo feminino (Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004).

Segundo Merrell (2008b), existem diferentes fatores que influenciam o desenvolvimento de sintomas depressivos e de perturbações depressivas na adolescência, nomeadamente os fatores biológicos, familiares, o stress psicológico e os eventos de vida, os fatores cognitivos, e os fatores comportamentais.

No que diz respeito às influências biológicas, anomalias nos neurotransmissores acetilcolina, norepinefrina, serotonina e neuropeptídeo estão associadas à depressão (Dopheide, 2006; Harrington, 1993, cit., por Merrell, 2008b). Presume-se que as anomalias nestas áreas possam ser herdadas de forma genética, aumentando assim a vulnerabilidade para a depressão (Merrell, 2008b). Também, anomalias no funcionamento de determinadas glândulas endócrinas podem promover sintomas da depressão (Harrington, 1993, cit. por, Merrell, 2008b), tais como humor deprimido, dificuldades de concentração, e lentificação da fala e do movimento (Merrell, 2008b).

Outra influência importante deve-se aos fatores familiares, que exercem um impacto importante no desenvolvimento e manutenção da depressão e dos sintomas depressivos em crianças e jovens. Conflitos familiares intensos, incapacidade de resolução de conflitos, padrões de comunicação pobres, e historial de perturbação mental na família, são alguns dos aspectos que aumentam o risco de depressão nos adolescentes. Assim, os adolescentes podem modelar comportamentos, sintomas emocionais, e padrões cognitivos dos seus pais, entrando assim no ciclo vicioso da depressão (Merrell, 2008b).

Um elevado grau de stress psicológico e a exposição a eventos altamente stressantes aumentam claramente o risco de depressão em pessoas de todas as idades. Eventos como morte de um membro da família, o divórcio dos progenitores, doenças crónicas e o abuso físico e/ou sexual aumentam a probabilidade do adolescente desenvolver sintomas depressivos (e possivelmente, perturbação depressiva), assim como outros tipos de problemas internalizantes (Merrell, 2008b).

Os estilos de pensamento que as crianças desenvolvem ao longo do crescimento podem ter uma forte influência no aparecimento de sintomas depressivos ou depressão na adolescência. Foram desenvolvidos três modelos relativos às influências cognitivas na depressão (Merrell, 2008b). O modelo do *desamparo aprendido* estipula que o reconhecimento da incapacidade em influenciar ou modificar certos eventos ou situações na sua própria vida pode levar a que os adolescentes acreditem que são responsáveis por todos os seus problemas, o que por sua vez pode levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Seligman, Reivich, Jaycox, & Gillham, 1995, cit. por Merrell, 2008b). O segundo modelo, da *triade cognitiva*, propõe que as pessoas que tendem a ter uma visão negativa de si mesmas, do mundo e do futuro, podem desenvolver uma visão negativa geral das coisas, assim como numa baixa auto-estima, o que está associado a sintomas depressivos (Merrell, 2008b). Por fim, o *modelo do auto-controlo* (Rehm, 1977, 1990, cit. por Merrell, 2008b), propõe que as pessoas deprimidas tendem a (1) prestar mais atenção a eventos negativos do que a eventos positivos, (2) prestar mais atenção às consequências imediatas do seu comportamento, e não às futuras, (3) avaliar-se usando padrões irrealistas e excessivamente rígidos, (4) fazer atribuições negativas sobre responsabilidades pelo seu comportamento e (5) punir-se a si mesmos mais do que se recompensarem (Merrell, 2008b).

Por fim, os padrões de comportamento que os adolescentes adoptam podem influenciar fortemente o aparecimento ou a manutenção de sintomas depressivos. Comportamentos como o isolamento social, e o não envolvimento nas atividades que os outros adolescentes fazem pode levar a uma falta de reforço social, o que por sua vez pode causar ou manter sintomas depressivos, solidão e baixa auto-estima (Lewinsohn, Clarke, Hops e Andrews, 1990; Seeley e cols. 2002, cit. por Merrell, 2008b). Este padrão de comportamento pode transformar-se num ciclo vicioso, no qual a criança ou o adolescente evita fazer aquilo que o pode ajudar a começar a sentir-se melhor (Lewinsohn et al., 1990, cit., por Merrell, 2008b).

Finalmente, é possível concluir que a depressão e os sintomas depressivos na adolescência são um tema de extrema relevância, que podem ser causados por diferentes contextos da vida do adolescente, e afetar as suas diferentes áreas de funcionamento. Esta problemática assume ainda maior importância devido ao facto de que a depressão na adolescência pode levar a uma série de perturbações mentais na vida adulta, tais como ansiedade, consumo de substâncias, perturbação bipolaridade, ideação suicida, entre outros

(Thapar, Stephan, Pine, & Thapar, 2012). Deste modo, considera-se essencial detetar eventuais sintomas depressivos na adolescência, de modo a impedir que se transformem numa perturbação mais grave.

2.3.2.2 *Ansiedade*

As perturbações da ansiedade são dos problemas mentais mais relevantes e comuns na adolescência (Siegel & Dickstein, 2012), e constituem uma ampla categoria de problemas (Merrell, 2008a). Apesar de existirem diferentes tipos de perturbações da ansiedade, existem também características comuns, pois estes problemas tendem a envolver três áreas de sintomas, nomeadamente, sentimentos subjetivos (tais como o desconforto e o medo), comportamentos observáveis (como o evitamento e o isolamento), e respostas fisiológicas (como os suores, tremores e as náuseas) (Merrell, 2008a).

Uma das formas mais comuns de ansiedade apresenta-se através de pensamentos negativos e irrealistas, de uma má interpretação de sintomas/eventos, de ataques de pânico, de comportamento obsessivo ou compulsivo, de excitação fisiológica, de grande sensibilidade a estímulos físicos, de medos ou ansiedade face a situações/eventos específicos, e de excesso de preocupação em geral.

A ansiedade pode ser útil e adaptativa, servindo como um aviso de que algo perigoso pode estar presente, e que a pessoa deve evitar. A resposta adrenérgica que ocorre simultaneamente (frequência cardíaca elevada, respiração rápida, suores) pode permitir ao corpo funcionar de forma adequada numa situação de perigo (*fight or flight*). Porém, em certos casos, a ansiedade pode não ser adaptativa. Os adolescentes podem demonstrar ansiedade excessiva que afecta o seu funcionamento normal (por exemplo, pode impedir que o adolescente se concentre na escola) (Wilkinson, 2009).

As perturbações da ansiedade, tal como as depressivas, situam-se num espectro, desde o sentimento comum de ansiedade leve (que é considerada normativa), até à ansiedade excessiva, que afeta o funcionamento do indivíduo (Wilkinson, 2009).

Existem outros dois conceitos que estão relacionados com a ansiedade: os medos e as fobias. Existem semelhança entre estes conceitos e a ansiedade, mas também diferenças. Comparando com a ansiedade, os medos são reações específicas a situações/eventos específicos (como a percepção de uma ameaça), enquanto a ansiedade envolve uma tipo de reação mais generalizada (como o desconforto) a um estímulo ou a uma situação mais vaga. As fobias são semelhantes aos medos no sentido em que envolvem uma reação a uma ameaça

específica, mas são mais intensas, persistentes, e não adaptativas (Merrell, 2008a). No presente estudo, o foco será posto na ansiedade de uma forma generalizada, e não nos medos ou fobias.

Devido ao facto de a ansiedade ser uma categoria tão ampla, e por muitas das suas características serem comuns, considera-se difícil desenvolver uma estimativa precisa de quantos adolescentes sofrem de sintomas ou perturbações da ansiedade. Porém, é sabido que os sintomas de ansiedade, mais do que as perturbações em si, são muito comuns na população adolescente (Merrell, 2008a).

Parece existir um certo paradoxo no que diz respeito à ansiedade na adolescência. Por um lado, sabemos muito sobre este tipo de problemas, incluindo o facto de que são os distúrbios psiquiátricos mais comuns na adolescência, com uma prevalência de 31% (Merikangas, He, Burstein et al., 2010, cit. por Siegel & Dickstein, 2012). Por outro lado, os problemas de ansiedade são dos problemas mentais menos tratados nos adolescentes, com evidências que sugerem que apenas 18% dos adolescentes recebem tratamento para a ansiedade (Merikangas, He, Burstein et al., 2011, cit. por Siegel & Dickstein, 2012). Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de perturbações da ansiedade (Wang et al., 2011). De acordo com um estudo realizado pela Direção Geral da Saúde, estima-se que cerca de 16,5% dos portugueses sofrem de sintomas de ansiedade, com maior prevalência no sexo feminino e nos indivíduos mais jovens (DGS, 2013).

Deste modo, considera-se essencial uma maior exploração e estudo da presença tanto de sintomas como de perturbações de ansiedade na população adolescente, de modo a prevenir que os sintomas se transformem em perturbações, e evitar assim que estas dificuldades cheguem à vida adulta.

2.3.2.2 Isolamento social

A adolescência é um período único de desenvolvimento, e é caracterizado por um desejo intenso de independência, combinado com a necessidade crescente de apoio social dos pares. Um dos indicadores mais fortes do bem-estar psicológico nos adolescentes é a sensação de ter ligações significativas com os pares (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995; Rubin & Mills, 1988; Rubin & Stewart, 1996; Qualter & Munn, 2002, cit. por (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Neumark-Sztainer, 2007)). Deste modo, a adolescência pode ser um período de vulnerabilidade psicológica a riscos associados com sentimentos de

isolamento social face aos pares (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Neumark-Sztainer, 2007).

O isolamento social refere-se à exibição consistente de comportamentos solitários em diferentes situações e ao longo do tempo (Coplan & Rubin, 2010, cit. por Kalutskaya & Buhs, 2015). Crianças e adolescentes que se isolam socialmente tendem a evitar ativamente a companhia dos outros. Estes indivíduos podem não ter capacidade para responder às iniciações sociais de outras crianças/adolescentes, e demonstram défices comportamentais nas habilidades necessárias para fazer e manter amizades. O isolamento social pode ser uma característica temporária, ou ser um problema a longo-prazo.

Tendo em consideração que o isolamento social não é tradicionalmente considerado como um tipo de problema internalizante específico, torna-se impossível ter uma estimativa da percentagem de jovens que tenham dificuldades significativas nesta área. Porém, é sabido que se trata de um problema comum, do qual muitos jovens sofrem (Merrell, 2008a).

De acordo com Rubin, Wojslawowicz-Bowker, e Gazelle (2010), a interação com os pares leva a (1) desenvolvimento de competência sociais, (2) compreensão do *self* em relação aos outros, (3) aceitação pelos pares, e (4) amizades que fornecem apoio. Deste modo, é possível considerar que os jovens que não possuem interações com os pares podem estar em risco para o desenvolvimento de dificuldades nas áreas acima mencionadas. Para além disto, o isolamento social pode também ser visto como um factor de risco para o desajustamento psicológico, estando assim associado a dificuldades intrapessoais, tais como a baixa auto-estima e a ansiedade (e.g., Hymel et al., 1993; Rubin et al., 1993, cit. por Oh, Rubin, Bowker, Booth-LaForce, Rose-Krasnor, & Laursen, 2008). Assim, é possível deduzi que o isolamento social na infância está associado ao desenvolvimento de problemas internalizantes (tais como a solidão e a depressão) na adolescência (Oh, Rubin, Bowker, Booth-LaForce, Rose-Krasnor, & Laursen, 2008).

2.3.2.3 *Queixas somáticas*

Os problemas somáticos consistem em queixas de desconforto físico, dores, ou doença que, por definição, não têm uma causa médica, orgânica ou física conhecida. Presume-se que este tipo de sintomas são causados por sofrimento emocional e têm uma origem mais psicológica do que física.

Assim como o isolamento social, os problemas somáticos são normalmente considerados como uma parte auxiliar dos problemas internalizantes (tais como a depressão e a ansiedade), mais do que um tipo de problema internalizante específico. Deste modo, é difícil fazer uma estimativa da prevalência destes sintomas somáticos. Porém, é sabido que os sintomas somáticos são extremamente comuns na infância e na adolescência (Merrell, 2008a).

As queixas somáticas mais comuns na infância e na adolescência são: (1) dores de estômago, (2) náuseas, (3) dores de cabeça, (4) dores nos olhos, (5) dores nas articulações, (6) sensação de formigamento ou dormência nas extremidades, (7) erupções cutâneas ou comichão, e (8) problemas de respiração (falta de ar, sintomas de asma, ou hiperventilação) (Merrell, 2008a).

Em certos casos, estes sintomas somáticos são inconvenientes e desconfortáveis, mas não são debilitantes. Porém, noutros casos a severidade com que estes sintomas são experienciados pode afetar de forma significativa o funcionamento adaptativo da pessoa em diferentes áreas. Indivíduos com problemas somáticos significativos e duradouros podem desenvolver uma hipersensibilidade a sinais fisiológicos, ou seja, podem focar-se excessivamente nestes, o que leva a uma maior consciencialização, ao contrário da maioria das pessoas que não estão conscientes destes sinais, ou não os consideram relevantes. A forma como a pessoa pensa sobre estas sensações somáticas desconfortáveis define quais problemáticas são (Merrell, 2008a).

Deste modo, considera-se importante ter os sintomas somáticos em consideração no estudo dos problemas internalizantes, pois permitem detetar um possível mal-estar ou desconforto que o adolescente possa estar a sentir, e de forma a prevenir o desenvolvimento de dificuldades mais severas.

Existe grande evidência de que as consequências dos problemas internalizantes não se limitam aos sintomas sentidos pelo indivíduo, podendo também ter repercussões a longo prazo. De acordo com Merrell (2008b), as consequências dos problemas internalizantes consistem numa diminuição da auto-estima, problemas académicos, relações interpessoais pobres e escassas, problemas mentais crónicos, abuso de substâncias, e pensamentos/tentativas de suicídio. Deste modo, podemos concluir que os problemas internalizantes são problemas sérios, que requerem uma identificação precoce e tratamento de forma a prevenir consequências mais prejudiciais (Merrell, 2008b).

Na literatura é evidente que os problemas internalizantes e os problemas externalizantes são dois domínios distintos. Porém, é comum que os indivíduos experienciem estes dois tipos de problemas simultaneamente. Por outras palavras, os adolescentes podem ter sintomas depressivos e ansiosos, ao mesmo tempo que exibem comportamentos delinquentes. Deste modo, é importante ter em consideração que a presença de sintomas internalizantes não impede a existência de problemas externalizantes (Merrell, 2008a). Dada esta comorbidade, o seguinte tópico será dedicado aos problemas externalizantes na adolescência, que constituirão objeto de estudo nesta investigação.

2.4 Os problemas externalizantes na adolescência

2.4.1 Definição de problemas externalizantes

De acordo com Parco e Jó (2015), e como referido anteriormente no presente estudo, Achenbach, Edelbrock e Howell (1987) fizeram a distinção entre problemas internalizantes, e problemas externalizantes, sendo que estes últimos se referem a comportamentos agressivos, dificuldades ao nível da atenção, desobediência, e comportamentos desviantes.

O constructo de problemas externalizantes refere-se a um conjunto de problemas que se manifestam em comportamentos ou atos negativos do indivíduo perante o seu contexto social (e.g., família, professores, pares) (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Eisenberg et al., 2001, cit. por Liu, 2004). Por outras palavras, o adolescente que sofre de algum tipo de problema externalizante, tende a envolver-se, de certa forma, num conflito com o ambiente que o rodeia (Pacheco et al., 2005). Teoricamente, os problemas externalizantes incluem agressão, delinquência, hiperatividade, assim como dificuldades no auto-controlo (Mason et al., 1994, cit. por White & Renk, 2011) e na auto-regulação (Merrell, 2008a). Estes problemas têm frequentemente origem na infância e, em certos casos, desenvolvem-se na adolescência e na vida adulta (Beyers et al., 2003, cit. por White & Renk, 2011). De uma forma global, os problemas externalizantes traduzem-se em comportamentos diretamente observáveis que possuem um efeito negativo, tanto para o indivíduo, como para o meio ambiente que o rodeia (Liu, 2004, cit. por White & Renk, 2011)

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2001, cit. por Ara, 2016) estima que aproximadamente 20% dos adolescentes tem um ou mais tipos de problemas de comportamento externalizante. Ainda, estudos com adolescentes demonstraram que 14.34% dos adolescentes exibem elevados problemas de comportamento externalizante (Ramzan, Yasin, Ahmad, & Faroq, 2015, cit. por Ara, 2016). Deste modo, e tendo em conta

a prevalência deste tipo de problemas na população adolescente, considera-se essencial um aprofundamento dos problemas externalizantes mais relevantes durante a adolescência.

2.4.2 Os problemas externalizantes mais comuns na adolescência

Parecem existir diferentes tipos de definições e classificações dos problemas externalizantes o que, de acordo com Bolsoni-Silva e Prette (2003), dificulta a sua compreensão. Porém, parece haver concordância relativamente a uma característica comum a todos os tipos de problemas externalizantes: todos implicam “desvios do comportamento social”, o que se traduz em comportamentos pautados por agressividade e hiperatividade (Brioso & Sarrià, 1995, cit. por Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

No presente estudo, será tida em consideração a classificação feita pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5- (APA, 2014). De todos os problemas externalizantes referidos no manual, os mais relevantes e comuns na adolescência aparentam ser a Perturbação da Personalidade Anti-Social, a Perturbação Desafiante de Oposição, a Perturbação do Comportamento, e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (APA, 2014).

A Perturbação da Personalidade Anti-Social tem como principal característica um padrão de indiferença e de desrespeito pelos direitos dos outros indivíduos, sendo os indivíduos descritos como falsos e manipuladores. Esta perturbação surge geralmente na infância ou no começo da adolescência, e pode prolongar-se e agravar-se na vida adulta. Para que o diagnóstico desta perturbação possa ser estabelecido, o indivíduo tem de ter no mínimo 18 anos, e ter evidenciado sintomas de problemas de comportamento desde os 15 anos (APA, 2014).

O DSM-5 (2014) apresenta como característica essencial do diagnóstico da Perturbação Desafiante de Oposição, um padrão frequente e persistente do humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante ou comportamento vingativo. Os sintomas da perturbação fazem parte de um padrão de interações problemáticas, hostilidade e comportamentos desafiantes perante figuras de autoridade, que interferem e perturbam significativamente o funcionamento diário da criança ou adolescente (Kelsberg, 2006).

A Perturbação do Comportamento reflete-se num *padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade* (APA, 2014). Para que esta perturbação seja diagnosticada, e tendo por base o DSM-V (APA, 2014), esta tem de causar um défice clinicamente significativo no funcionamento académico, ocupacional ou social do indivíduo.

Por fim, a Perturbação de Déficit de Atenção/Hiperatividade consiste num *padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e desenvolvimento do indivíduo*, tendo início na infância, sendo necessário que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade (APA, 2014). Ainda, e de acordo com a mesma fonte, os sintomas desta perturbação devem ser evidentes e afetar mais do que um contexto do indivíduo (e.g., família, professores, pares)

De todas as perturbações mencionadas, o foco será colocado apenas em sintomas relativos a problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os pares, e sintomas associados aos problemas de atenção e hiperatividade. Deste modo, e para uma melhor compreensão destes sintomas, de seguida será fornecida uma breve descrição das perturbações que são relevantes para o foco da presente investigação.

2.4.3 As perturbações relevantes para o presente estudo

2.4.3.1 Perturbação do Comportamento

A Perturbação do Comportamento (PC) implica padrões de comportamento que contrariam as regras sociais adequadas, desde birras frequentes e intensas, desobediência persistente, até atos de delinquência graves, tais como a agressão ou o roubo (Cohen-Salmon et al., 2005). Este tipo de perturbação é das mais prevalentes na infância e na adolescência (Thomas, 2010, cit. por López-Romero & Romero, 2015), e está associado a um prejuízo funcional e psicossocial grave, podendo provocar consequências a longo prazo no indivíduo (López-Romero & Romero, 2015).

De forma mais detalhada, e de acordo com DSM-5 (APA, 2014), os critérios de diagnóstico para a perturbação do comportamento assentam num padrão repetitivo e persistente de condutas, onde são violados os direitos básicos dos indivíduos, bem como as principais normas sociais, manifestando-se pela ocorrência, nos últimos 12 meses, de pelo menos 3 dos seguintes critérios, onde pelo menos um deles esteve presente nos últimos 6 meses: (1) *Agressão a pessoas e animais* (insultos, ameaças, agressão física e/ou sexual, uso

de armas, roubo); (2) *Destruição de propriedade* (por exemplo, incendiar a propriedade de outrem); (3) *Falsificação ou roubo* (mentir, furtar); (4) *Violação grave de normas* (fugir de casa, faltar à escola frequentemente).

Para ser diagnosticada a perturbação do comportamento, esta tem de causar um défice clinicamente significativo no funcionamento académico, ocupacional ou social do indivíduo (APA, 2014).

Ainda de acordo com a mesma fonte, a prevalência da Perturbação do Comportamento situa-se entre os 2% e os 10%, sendo a média de 4%. Não parecem existir diferenças significativas consoante as diferentes etnias. Esta prevalência aumenta da infância para a adolescência, e é mais elevada no sexo masculino, comparativamente com o feminino (APA, 2014).

Segundo Frick & McMahon (2008), a maioria dos investigadores concorda com a ideia de que a Perturbação do Comportamento consiste no resultado de uma complexa interação de múltiplos fatores causais (Frick, 2006; Hinshaw & Lee, 2003; McMahon, Wells, & Kotler, 2006, cit. por Frick & McMahon, 2008), sendo eles (1) *fatores biológicos* (irregularidades neuroquímicas); (2) *fatores cognitivos* (estilos de aprendizagem mais sensíveis a recompensas do que a punições, o que leva a que os jovens mantenham os seus comportamentos desajustados, e défices na cognição social, ou seja, na forma como interpretam os sinais sociais e a forma como os usam para responder a situações sociais (Crick & Dodge, 1994; Webster-Stratton e Lindsay, 1999, cit. por Frick & McMahon, 2008)); (3) *contexto familiar* (práticas parentais como a disciplina inconsistente, falhas na supervisão, falta de envolvimento parental (Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi, & Fisher, 1997, cit. por Frick & McMahon, 2008)); (4) *contexto dos pares* (por exemplo, a rejeição entre pares na escola primária é preditiva de uma associação com um grupo de pares desviantes no início da adolescência (Fergusson, Swain, & Horwood, 2002, cit. por Frick & McMahon, 2008)); (5) *contexto sócio-ecológico* (por exemplo, estatuto sócio-económico baixo, escola, casa, e bairros desfavorecidos) (Frick & McMahon, 2008).

Por fim, é importante salientar que a Perturbação do Comportamento é raramente encontrada de forma isolada, podendo haver comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente com a Perturbação do Déficit de Atenção/Hiperatividade (ADHD). Um estudo meta-analítico, realizado por Waschbusch (2002, cit. por Frick & McMahon, 2008), demonstrou que 36% dos rapazes e 57% das raparigas com Perturbação do Comportamento evidenciaram também uma Perturbação do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Ainda, a

Perturbação do Comportamento pode ser comórbida com a Depressão (que pode estar envolvida no desenvolvimento e na persistência da PC e vice-versa), e com a Ansiedade (que tem um efeito moderador nas PCs, excepto nas severas) (Cohen-Salmon et al., 2005)

No presente estudo considera-se importante averiguar e identificar eventuais sintomas de Perturbação de Comportamento, designados por ‘problemas de comportamento’, de modo a compreender se estes estão presentes nos adolescentes avaliados, e se sim, como poderão afetar o seu bem-estar psicológico.

2.4.3.2 *Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade*

A Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade (ADHD) consiste numa perturbação do neurodesenvolvimento, que se caracteriza por um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (APA, 2014). Por outras palavras, trata-se de uma perturbação mental crónica, com manifestações comportamentais distintas na infância, adolescência, e vida adulta (Barkley, 2006; Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002, cit. por Sibley et al., 2012). De uma forma geral, e de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), existem três principais características nesta perturbação, sendo elas: (1) *Desatenção* (divagação, dificuldade em organizar-se e concentrar-se e em ser persistente); (2) *Hiperatividade* (inquietação e atividade motora em excesso) e *impulsividade* (consiste em agir de forma precipitada sem refletir sobre as eventuais consequências, podendo provocar danos à pessoa ou a terceiros). A ADHD é mais frequente nas crianças do que nos adultos (com uma prevalência estimada de 5.0% das crianças na maioria das culturas), e é mais frequente no sexo masculino comparativamente ao feminino. Esta perturbação tem início na infância, devendo vários sintomas ser experienciados antes dos 12 anos de idade, e deve afetar uma ou mais áreas de funcionamento (e.g., casa, escola, ou outros contextos sociais) (APA, 2014). Em Portugal, e de acordo com a Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (APCH), estima-se que muitas crianças e adolescentes sofram desta perturbação, com uma prevalência entre trinta e cinco mil e cinquenta mil (Júlio, 2009, cit. por Saraiva, 2015)

A investigação científica caracteriza as crianças com ADHD como disruptivas na sala de aula, que se envolvem em conflitos comportamentais com os pares e com os familiares, e têm dificuldades ao nível do desempenho escolar (Atkins, Pelham, & Licht, 1985; Johnston & Mash, 2001; Loe & Feldman, 2007; Pelham & Bender, 1982, cit. por Sibley, 2012). Ainda,

crianças com ADHD têm uma probabilidade significativamente maior de desenvolverem uma Perturbação do Comportamento na adolescência, comparativamente com aquelas que não têm (APA, 2014).

Outros estudos sugerem que a ADHD na vida adulta se caracteriza por incompatibilidades no contexto laboral, problemas na condução, dificuldades ao nível das relações íntimas e interpessoais, níveis mais elevados de criminalidade, e risco para o uso de substâncias (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Mannuzza, Gittelman-Klein, Bessler, Malloy, & LaPadula, 1993; Satterfield & Schell, 1997; Thompson, Molina, Pelham, & Gnagy, 2007; Weiss & Hechtman, 1993, cit. por Sibley, 2012). No período de transição entre a infância e a vida adulta, os adolescentes com ADHD continuam a experienciar as dificuldades que sentiam na infância (referidas acima), e começam a experienciar os sintomas que caracterizam os adultos (igualmente referidos acima). Os adolescentes evidenciam sobretudo comportamentos impulsivos e de falta de atenção, o que pode provocar consequências negativas a longo prazo (Wolraich et al., 2005, cit. por Sibley, 2012), tais como menor sucesso académico, rejeição social, e conflitos interpessoais (APA, 2014). Deste modo, podemos concluir que a adolescência é um período de grande desafio para os indivíduos que sofrem de ADHD (Sibley, 2012), constituindo-se, assim, um dos focos do presente estudo.

3.METODOLOGIA

3.1 Objetivos e hipóteses do estudo

O presente estudo utiliza uma metodologia quantitativa de natureza não-experimental, pois não se baseia em condições experimentais e manipulação de variáveis (Pallant, 2011), mas sim na descrição e observação dos fenómenos em foco. Para tal, foram escolhidos dois questionários de auto-avaliação, aferidos e adaptados à população portuguesa, pois procura-se aceder à visão dos adolescentes acerca do seu próprio bem-estar psicológico, e potenciais dificuldades que poderão sentir.

De uma forma geral, no presente estudo pretende-se avaliar os problemas internalizantes, os problemas externalizantes, e o bem-estar psicológico na adolescência. Mais concretamente, e em primeiro lugar, o objetivo consiste em analisar os diferentes tipos de problemas internalizantes e de problemas externalizantes, de forma a perceber em que grau são percepcionados pelos adolescentes. Em segundo lugar, pretende-se avaliar os níveis de bem-estar psicológico experienciados por estes adolescentes. Em terceiro lugar, pretende-se analisar se há uma relação entre estes dois tipos de problemas (separadamente) e o bem-estar psicológico.

Com base na revisão bibliográfica realizada, foram estabelecidos diferentes objetivos e hipóteses, que se seguem:

Objetivo 1: Analisar a prevalência de sintomas internalizantes nos adolescentes.

Hipótese: Na Escala de Sintomas Emocionais, espera-se confirmar a tendência revelada para a população adolescente portuguesa (80% dos participantes no nível ‘Normal’, 10% no nível ‘Limítrofe’, e os restantes 10% no nível ‘Clínico’).

Objetivo 2: Analisar a prevalência de problemas externalizantes nos adolescentes.

Hipótese: Espera-se que, nas Escalas Problemas de Comportamento, e Hiperatividade, se encontre a tendência revelada para a população adolescente portuguesa (80% dos participantes no nível ‘Normal’, 10% no nível ‘Limítrofe’, e os restantes 10% no nível ‘Clínico’).

Objetivo 3: Analisar a prevalência de sintomas internalizantes nos adolescentes, consoante o

gênero.

Hipótese: Espera-se os adolescentes do gênero feminino apresentem maior prevalência de sintomas internalizantes, comparativamente com o gênero masculino.

Objetivo 4: Analisar a prevalência de sintomas internalizantes nos adolescentes, consoante o grupo etário.

Hipótese: Espera-se que a prevalência de sintomas internalizantes seja menor na adolescência inicial (12-13 anos), e que aumente nos anos seguintes (14-16 anos).

Objetivo 5: Analisar a prevalência de problemas externalizantes nos adolescentes, consoante o gênero

Hipótese: Espera-se os adolescentes do gênero masculino apresentem mais sintomas externalizantes, comparativamente com o gênero feminino.

Objetivo 6: Analisar a prevalência de problemas externalizantes nos adolescentes, consoante o grupo etário.

Hipóteses:

- Espera-se que os problemas de comportamento sejam mais evidentes no grupo etário 14-16 anos, comparando com o grupo etário 12-13 anos.
- Espera-se que os sintomas de hiperatividade sejam mais evidentes no grupo etário 12-13 anos, comparando com o grupo 14-16 anos.

Objetivo 7: Analisar e comparar os níveis de bem-estar psicológico entre os dois gêneros.

Hipóteses:

- Espera-se que, de uma forma global, o gênero feminino apresente níveis menores de bem-estar psicológico total, comparativamente com o gênero masculino.
- Espera-se que os adolescentes do gênero feminino tenham um menor nível de bem-estar psicológico nas dimensões Cognitiva-Emocional Positiva, Percepção de Competências, Cognitiva-Emocional Negativa, e Ansiedade.
- Espera-se que o gênero masculino apresente níveis menores de bem-estar psicológico na dimensão *Apoio Social*, comparativamente com o gênero feminino.

Objetivo 8: Analisar e comparar os níveis de bem-estar psicológico total entre os grupos

etários.

Hipótese: Espera-se que os adolescentes do grupo etário 12-13 anos apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico total comparativamente com o grupo etário 14-16 anos.

Objetivo 9: Avaliar a correlação entre os sintomas internalizantes e o bem-estar psicológico total nos adolescentes

Hipótese: Espera-se encontrar uma relação negativa e significativa entre os sintomas internalizantes e o bem-estar psicológico total do adolescente.

Objetivo 10: Avaliar a correlação entre os problemas externalizantes e o bem-estar psicológico total dos adolescentes.

Hipótese: Espera-se encontrar uma relação negativa e significativa entre as subescalas que avaliam os problemas externalizantes (Escala de Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade) o bem-estar psicológico total dos adolescentes.

3.2 Instrumentos

3.2.1 *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (Goodman, 1997)*

Tendo em conta que no presente estudo se pretende avaliar os sintomas internalizantes e externalizantes na adolescência, foi escolhido o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), desenvolvido por Goodman (1997), traduzido e adaptado para Portugal por Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005), na versão de auto-avaliação.

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997), consiste num questionário breve, que permite avaliar os sintomas dos adolescentes, tanto a nível emocional como comportamental. O SDQ pode ser preenchido tanto pelos pais como pelos professores de crianças entre os 4 e os 16 anos de idade, como pelos próprios adolescentes, entre os 11 e os 16 anos de idade (Goodman 1997, 1999; Goodman et al., 1998, cit. por Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000).

O SDQ trata-se de um instrumento de avaliação psicológica que tem ganho visibilidade nos últimos anos, tendo sido adaptado e aferido para diversos países. As principais vantagens deste questionário baseiam-se no fato de ser um instrumento breve, abrangente, de simples administração, e por permitir cotar aspetos comportamentais positivos e negativos

(Rothenberg & Woerner, 2004). Ainda, o acesso é livre, podendo ser descarregado na versão portuguesa em www.sdqinfo.com.

O SDQ é composto por 25 itens, organizados por cinco escalas diferentes: Escala de Sintomas Emocionais, Escala de Problemas de Comportamento, Escala de Hiperactividade, Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, e a Escala de Comportamentos Pró-sociais. As quatro primeiras escalas mencionadas avaliam as dificuldades do adolescente, e serão posteriormente agrupadas de modo a formar a Escala Total de Dificuldades. A Escala de Comportamentos Pró-sociais avalia aspectos positivos do funcionamento, nomeadamente as competências do adolescente a nível social. Cada item tem três possibilidades de resposta: ‘*Não é verdade*’, ‘*É um pouco verdade*’, ‘*É muito verdade*’, correspondendo a uma escala tipo *Likert*. A opção ‘*É um pouco verdade*’ é sempre cotada com 1. As outras duas opções de resposta podem ser cotadas com 0 ou 2, dependendo do item. A pontuação total de cada subescala é obtida através da soma das respostas aos itens dessa mesma escala, podendo assim variar entre 0 e 10. A Pontuação Total de Dificuldades é calculada através da soma das pontuações de cada subescala, à exceção da subescala Comportamentos Pró-Sociais. Assim, esta pode variar entre 0 e 40. Para a interpretação dos resultados existem três níveis: Normal, Limítrofe e Clínico, dependendo da soma da pontuação dos itens de cada subescala. Os intervalos para cada um destes níveis foram definidos de forma a que 80% dos indivíduos se inserem na categoria Normal, 10% na categoria Limítrofe, e os restantes 10% no nível Clínico (Fleitlich et al., 2005). A cotação deste instrumento segue as normas portuguesas, acessíveis em www.sdqinfo.org.

No presente estudo, os sintomas internalizantes serão avaliados através da subescala Sintomas Emocionais. Por outro lado, os problemas externalizantes serão analisados através das subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade. Considera-se que as restantes escalas deste instrumento, a saber, a Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, que avalia dificuldades, e a Escala de Comportamentos Pró-sociais, que avalia competências, não se enquadram nos conceitos de problemas internalizantes e externalizantes propostos. Deste modo, estas subescalas não serão utilizadas na análise do estudo.

3.2.2 Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) (Bizarro, 1999; 2001)

A Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (Bizarro, 1999; 2001) consiste

num questionário composto por 28 itens, que se dividem em cinco subescalas: Escala Cognitiva-Emocional Positiva, que avalia componentes cognitivas e emocionais positivas do bem-estar; Escala Apoio Social, que avalia o apoio emocional recebido pelo indivíduo no seu contexto relacional; Escala Percepção de Competências, que avalia a percepção que o adolescente tem das suas competências de uma forma geral, no contexto escolar e na resolução de problemas; Escala Cognitiva-Emocional Negativa, que avalia componentes cognitivas e emocionais negativas do bem-estar; e a Escala Ansiedade, que avalia as queixas somáticas subjacentes à ansiedade (Bizarro, 2001).

As respostas aos itens são escolha múltipla do tipo *rating scale*, com seis alternativas de resposta, sendo cotadas com valores de 1 a 6: ‘‘1- Nunca; ‘‘2- Raras vezes’’; ‘‘3-Algumas vezes’’; ‘‘4-Bastantes vezes’’; ‘‘5-A maior parte das vezes’’; ‘‘6-Sempre’’. Assim, esta ordenação corresponde a uma sequência crescente para um maior bem-estar para as três primeiras escalas (valência positiva), e para um menor bem-estar nas últimas duas escalas (valência negativa). Para cotar este instrumento soma-se as resposta aos itens de cada subescala, a dividir pelo número de itens dessa subescala, podendo assim os resultados oscilar entre 1 e 6 (Bizarro, 2001)

A EBEPa permite igualmente obter um indicador de bem-estar psicológico total, que pode ser obtido ao fazer a media das medias de cada subescala. Nesta situação, os valores das subescalas com uma componente negativa (Cognitiva-Emocional Negativa e Ansiedade) são invertidos, para que todos os itens sejam pontuados na mesma direção. Assim, este indicador de bem-estar psicológico total é cotado numa ordem crescente, de 1 a 6, no sentido de um maior bem-estar psicológico (Bizarro, 2001)

A EBEPa foi escolhida para esta investigação, pois permite obter um indicador de bem-estar psicológico mais específico para cada uma das subescalas, mas também um indicador de bem-estar psicológico no total. Ainda, este instrumento permite avaliar aspetos negativos e positivos do bem-estar psicológico.

3.3 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por um total de 233 adolescentes, entre os 12 os 16 anos de idade ($M= 14,03$; $dp = 1,131$). Da amostra total, 125 (53,6%) participantes são do género feminino, e 108 (46,4%) do género masculino. Ainda, foram recolhidas as

idades dos participantes e divididas em dois grupos, com o objetivo de estudar possíveis diferenças face às variáveis em estudo. O primeiro grupo corresponde à adolescência inicial, e é composto por 80 (34,3%) alunos entre os 12 e os 13 anos de idade. O segundo grupo diz respeito à adolescência intermédia, e é constituído por 153 (65,7%) estudantes com idades entre os 14 e os 16 anos.

Na Tabela 1 consta um resumo da estatística descritiva da amostra em estudo

Tabela 1

Caracterização da amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	108	46.4
Feminino	125	53.6
Idade		
12-13 anos	80	34.3
14-16 anos	153	65.7

3.4 Procedimento

3.4.1 Recolha de dados

Os questionários utilizados no presente estudo foram aplicados presencialmente a turmas do 3º Ciclo de uma escola na zona urbana de Lisboa, mais concretamente a alunos do 7º, 8º e 9º ano, tendo estes idades entre 12 e 16 anos. Foi solicitada uma autorização à Direção Geral da Educação para aplicação dos questionários do estudo e proceder à recolha de dados. Após concebida esta autorização, e devido ao fato dos participantes serem menores de idade, procedeu-se à entrega dos consentimentos informados aos Encarregados de Educação, esclarecendo que o preenchimento é voluntário, anónimo e confidencial, acompanhado do endereço electrónico do investigador para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Estes consentimentos, a pedido da Direção Geral da Educação, ficaram a cargo da escolar onde foram aplicados, tendo sido armazenados em local seguro pela administração.

Após a recolha dos consentimentos, procedeu-se à aplicação dos questionários pela investigadora em contexto de sala de aula, em Abril de 2018. A duração do preenchimento dos questionário foi em media entre 10 a 15 minutos, e foi realizado numa única sessão. Antes da aplicação, foi fornecida aos participantes uma breve explicação do estudo, as instruções para o preenchimento dos questionários, e foi sublinhado o carácter anónimo, confidencial e voluntário dos resultados, sendo possível desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização.

De forma a respeitar a privacidade e a proteger dos sujeitos avaliados, os questionários foram entregues e recolhidos unicamente pela investigadora, e foram utilizados apenas para o presente estudo. Foram apenas recolhidos dados sociodemográficos relevantes para a investigação (idade e sexo), não tendo sido recolhidos dados que permitissem identificar os alunos. Por fim, e de forma a reforçar a proteção da identidade dos alunos, foi atribuído um código em número a cada protocolo, de forma a facilitar a análise e a assegurar que os nomes dos participantes não eram recolhidos. Uma vez introduzidas as respostas na base de dados, os protocolos foram guardados em local seguro.

3.4.2 Metodologia de Análise de Dados

A análise dos dados do presente estudo foi realizada através do programa *IMB SPSS Statistics* na versão 25.

Inicialmente, foi utilizado o *Teste de Kolmogorov-Smirnov* para analisar a normalidade da distribuição da amostra para as escalas Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA). Neste teste, resultados não significativos (cujo nível de significância é maior que .05- $p > .05$) indicam que a distribuição da amostra segue uma curva normal. Porém, no presente estudo, verificam-se níveis de significância $p < .05$, para as escalas SDQ ($p = .00$) e EBEPA ($p = .003$), o que indica que a distribuição da amostra não segue uma curva normal, o que pode ser comum em amostras grandes (Pallant, 2011). Deste modo, serão utilizados testes não paramétricos para a análise das variáveis em estudo.

Para a análise da consistência interna dos instrumentos aplicados no presente estudo, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. De acordo com Pestana e Gageiro (2008), existem diferentes níveis para a consistência interna de um instrumento: a partir de .90 é considerada excelente, entre .80 e .90 é boa, entre 0.70 e .80 é aceitável, entre 0.60 e .70 é questionável, entre .50 e .60 é pobre, e abaixo de .50 é considerado inadmissível. Segundo DeVilles (cit. por Pallant, 2011), este coeficiente Alfa de Cronbach deve encontrar-se sempre acima de .70.

Dado que a distribuição da presente amostra não segue o parâmetro da normalidade, foi utilizado o coeficiente de *Spearman* para correlacionar as variáveis em estudo. Mais concretamente, com este teste não-paramétrico pretende-se descrever a relação entre variáveis, em termos de direção e de força. A direção pode ser positiva (se a pontuação numa

variável aumenta, a pontuação da outra variável também), ou negativa (uma pontuação elevada numa das variáveis está associada a uma pontuação baixa na outra variável). A força da relação pode variar entre os valores -1 e +1, e consequentemente ser considerada forte (entre .50 e 1.0), moderada (entre .30 e .49), ou fraca (entre .10 e .29) (Cohen, 1988, cit, por Pallant, 2011). O valor 0 representa a ausência de correlação variáveis em estudo (Pallant, 2011).

Para estudar a prevalência de sintomas internalizantes e problemas externalizantes, foi realizada a estatística descritiva das subescalas que compõem estas variáveis, de modo a obter a frequência e percentagem de cada uma delas na amostra em estudo. A informação estatística será organizada consoante os níveis de cotação do SDQ, a saber, o Normal, o Limítrofe, e Clínico.

De seguida, para analisar as diferenças entre os grupos avaliados neste estudo foi utilizado o teste não-paramétrico *Mann-Whitney U Test*. Este teste permite comparar as diferenças entre dois grupos independentes (e.g., género (masculino-feminino) e idade (12-13 anos; 14-16 anos)) numa variável contínua (e.g., sintomas internalizantes, sintomas externalizantes, bem-estar psicológico). Para tal, este teste compara as medianas, convertendo as pontuações na variável contínua em ‘ranks’ de forma transversal nos dois grupos. Por fim, este teste permite avaliar se os ‘ranks’ para os dois grupos diferem significativamente. De acordo com Pallant (2011), na apresentação dos resultados será mais indicado avaliar os valores das medianas de cada grupo, procedimento que será adoptado no presente estudo.

Por fim, foi utilizado o coeficiente de *Spearman* novamente, para avaliar a correlação entre os sintomas internalizantes e os sintomas externalizantes (respectivamente) e o bem-estar psicológico total.

4. RESULTADOS

4.1 Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida

4.1.1 Análise descritiva, consistência interna, e inter-correlações no SDQ

Como referido anteriormente, a consistência interna do SDQ foi avaliada através do Alfa de Cronbach (α). Na Tabela 2, é possível ver que de uma forma global, esta escala apresenta níveis baixos de consistência interna, com valores entre .26 e .66. De acordo com os diferentes níveis do coeficiente Alfa de Cronbach mencionados por Pestana e Gageiro (2008), as subescalas Problemas de Comportamento, e Problemas de Relacionamento com os Colegas são consideradas inadmissíveis ao nível da consistência interna. A Escala de Hiperatividade é considerada pobre, e as escalas Sintomas Emocionais, Comportamentos Pró-Sociais e Pontuação Total de Dificuldades são consideradas como questionáveis.

Na Tabela 2 é possível ver as médias e os desvios-padrão para cada uma das subescalas e pontuação total das dificuldades, assim como as correlações encontradas entre elas.

Tabela 2.

Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas do SDQ e da pontuação total de dificuldades

	M	dp	α	1	2	3	4	5	6
1. ESE	3,49	1,99	.60	–	.205**	.257**	.235**	.074	.692**
2. EPC	1,94	1,13	.26		–	.377**	.185**	-.240*	.623**
3. EH	3,83	1,96	.56			–	.111	-.287**	.710**
4. EPRC	1,72	1,52	.27				–	-.021	.515**
5. ECPS	8,15	1,74	.66					–	-.183**
6. PTD	10,97	4,43	.66						–

Nota: ESE = Escala de Sintomas Emocionais; EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade; EPRC = Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas; ECPS = Escala de Comportamentos Pró-Sociais; PTD= Pontuação Total de Dificuldades

** $p < .01$

No que diz respeito às correlações entre as subescalas, foi utilizado o coeficiente de *Spearman* para avaliar a força e a direção destas correlações. Como é possível verificar na Tabela 2, a Escala de Sintomas Emocionais apresenta um relação positiva fraca

com as escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Colegas, e com Comportamentos Pró-Sociais, não sendo esta última significativa. A Escala Problemas de Comportamento apresenta uma relação positiva moderada com a subescala Hiperatividade, uma correlação positiva fraca com a subescala Problemas de Relacionamento com os Colegas, e uma relação negativa fraca com a Escala de Comportamentos Pró-Sociais. Na Escala de Hiperatividade, verificou-se uma correlação positiva fraca não significativa com a subescala Problemas de Relacionamento com os Colegas, e uma relação negativa moderada com a subescala Comportamentos Pró-Sociais. No que diz respeito à Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, esta apresenta uma correlação negativa fraca e não significativa com a Comportamentos Pró-Sociais. Por fim, todas as subescalas têm uma relação positiva forte significativa com a Pontuação Total de Dificuldades, à exceção da Escala de Comportamentos Pró-Sociais, com a qual se verifica uma correlação negativa fraca.

Deste modo, podemos afirmar que todas as correlações positivas indicam que quando uma das subescalas aumenta, as outras também, com diferentes níveis de força (fraca, moderada, forte). Contrariamente, quando existem correlações negativas, estamos perante situações em que uma pontuação elevada numa das variáveis está associada a uma pontuação baixa na outra variável. Assim, e de forma global, podemos concluir que quando as subescalas ESE, EPC, EH e EPRC aumentam, a Pontuação Total de Dificuldades também. Quando a Escala de Comportamentos Pró-Sociais aumenta, a Pontuação Total de Dificuldades diminui.

4.1.2 Análise descritiva, consistência interna, e inter-correlações no EBEP

Como é possível observar na Tabela 3, e ao contrário do SDQ, a EBEP apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach bom em todas as subescalas, com valores que oscilam entre .75 e .93. Todas as subescalas revelam uma boa consistência interna, à exceção da subescala Percepção de Competências, na qual o valor é um pouco mais baixo ($\alpha = .75$), mas todavia aceitável.

Tal como na tabela anterior, na Tabela 2 encontram-se igualmente as médias e desvios-padrão de cada subescala da EBEP, assim como as correlações entre elas.

Tabela 3.

Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da EBEP e do índice de bem-estar psicológico total

	M	dp	α	1	2	3	4	5	6
1. ANS	2,73	1,07	.85	–	-.507**	-.226**	.764**	-.402**	-.782**
2. CEP	4,57	0,95	.83		–	.456**	-.578**	.680**	.827**
3. AS	4,91	1,08	.86			–	-.280**	.264**	.554**
4. CEN	2,44	1,16	.87				–	-.477**	-.835**
5. PC	4,25	1.07	.75					–	.732**
6. BEPT	4,51	0,81	.93						–

Nota. ANS= Ansiedade; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa; PC = Percepção de Competências; BEPT= Bem-estar Psicológico Total.

** $p < .01$

Relativamente às correlações entre as subescalas, a escala Ansiedade apresenta uma correlação negativa forte com a subescala Cognitiva-Emocional Positiva, uma relação negativa fraca com a subescala Apoio Social, e uma correlação negativa moderada com a subescala Percepção de Competências. Ainda, a Ansiedade demonstra uma relação positiva forte com a subescala Cognitiva-Emocional Negativa. Já a subescala Cognitiva-Emocional Positiva apresenta uma relação positiva moderada com a subescala Apoio Social, e positiva forte com a subescala com a subescala Percepção de Competências. Ainda, esta subescala tem uma correlação negativa forte com a subescala Cognitiva-Emocional Negativa. A subescala Apoio Social apresenta uma correlação negativa fraca com a subescala Cognitiva-Emocional Negativa, e uma relação positiva forte com a subescala Percepção de Competências. No que diz respeito à subescala Cognitiva-Emocional Negativa, esta apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala Percepção de Competências. Por fim, todas as subescalas demonstram uma correlação positiva forte com o índice de Bem-Estar Psicológico Total, à exceção das subescalas Cognitiva-Emocional Negativa e Ansiedade, com as quais tem uma relação negativa forte.

Deste modo, e de uma forma geral, podemos concluir que quando as subescalas Ansiedade, Cognitiva-Emocional Negativa aumentam, o índice de Bem-Estar Psicológico Total diminui. Por outro lado, quando as subescalas Cognitiva-Emocional Positiva, Apoio Social, e Percepção de Competências aumentam, o índice de Bem-Estar Psicológico Total aumenta também.

4.2. Análise das Correlações entre Variáveis

A análise das correlações entre as variáveis foi realizada através do coeficiente de *Spearman*. Como é possível observar na Tabela 4, foi analisada a correlação entre o Pontuação Total de Dificuldades (SDQ), e o índice de Bem-Estar Psicológico Total. Em termos de direção, esta relação é negativa, e em termos de força é forte. Por outras palavras, é possível afirmar que quando a Pontuação Total de Dificuldades aumenta, o índice de Bem-estar Psicológico diminui, e vice-versa.

Tabela 4.

Correlações entre a Pontuação Total de Dificuldades e o índice de Bem-Estar Psicológico Total

	1	2
1. Pontuação Total de Dificuldades	–	-.663**
2. Bem-estar Psicológico Total		–

** $p < .01$

No que diz respeito às correlações entre cada subescala do SDQ e o índice de Bem-Estar Psicológico Total, a subescala Sintomas Emocionais revelou uma correlação negativa forte, e as escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade, e Problemas de Relacionamento com os Colegas uma relação negativa moderada. Por fim, a subescala Comportamentos Pró-Sociais evidenciou uma relação positiva fraca com o índice de Bem-Estar Psicológico Total (Tabela 5)

Tabela 5.

Correlações entre as subescalas do SDQ e índice de Bem-Estar Psicológico Total

	SES	EPC	EH	EPRC	ECPS
Bem-estar Psicológico Total	-.503**	-.354**	-.440**	-.388**	.227**

Nota: ESE = Escala de Sintomas Emocionais; EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade; EPRC = Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas; ECPS = Escala de Comportamentos Pró-Sociais;

** $p < .01$

No que concerne as correlações entre as subescalas da EBEPa e a Pontuação Total de Dificuldades (SDQ), foi possível verificar uma correlação positiva forte com as subescalas

Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa. Ainda, foi encontrada uma relação negativa forte com a subescala Cognitiva-Emocional Positiva, uma correlação negativa moderada com a subescala Percepção de Competências, e por fim, uma relação negativa fraca com a subescala Apoio Social (Tabela 6).

Tabela 6.

	ANS	CEP	AS	CEN	PC
Pontuação Total de Dificuldades	.618**	-.533**	-.256**	.631**	-.444**

Correlações entre as subescalas da EBEPa e a Pontuação Total de Dificuldades (SDQ)

Nota. ANS= Ansiedade; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa; PC = Percepção de Competências; BEPT= Bem-estar Psicológico Total.

** $p < .01$

Por fim, no que toca às correlações entre as subescalas dos dois instrumentos de medida, observou-se que a subescala Sintomas Emocionais tem uma correlação positiva forte com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa, uma correlação negativa moderada com a subescala Cognitiva-Emocional Positiva, uma correlação negativa fraca com a subescala Apoio Social, e uma correlação negativa moderada com a subescala Percepção de Competências. Já a subescala Problemas de Comportamento apresenta relações positivas moderadas com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa, correlações negativas fracas com as subescalas Cognitiva-Emocional Positiva e Percepção de Competências, e por fim, uma correlação negativa fraca não significativa com a subescala Apoio Social. No que toca à subescala Hiperatividade, esta apresenta correlações positivas moderadas com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa, correlações negativas moderadas com as subescalas Cognitiva-Emocional Positiva e Percepção de Competências, e uma correlação negativa fraca com a subescala Apoio Social. Na subescala Problemas de Relacionamento com os colegas, observa-se uma correlação negativa fraca com a subescala Percepção de Competências, correlações negativas moderadas com as subescalas Cognitiva-Emocional Positiva e Apoio Social. Ainda, existe uma correlação positiva moderada com a subescala Ansiedade, e uma correlação positiva fraca com a subescala Cognitiva-Emocional Negativa. Por fim, no que diz respeito à subescala Comportamentos Pró-Sociais, esta tem uma correlação positiva moderada com subescala Cognitiva-Emocional Positiva, correlações positivas fracas com as subescalas Apoio Social e Percepção de

Competências, e correlações negativas fracas não significativas com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa (Tabela 7).

Tabela 7.

Correlações entre as subescalas do SDQ e as subescalas da EBEPA

	ANS	CEP	AS	CEN	PC
ESE	.557**	-.378**	-.130*	.520**	-.293**
EPC	.405**	-.259**	-.055	.346 **	-.264**
EH	.322**	-.411**	-.134*	.425**	-.359**
EPRC	.300**	-.293**	-.386**	.288**	-.216**
ECPS	-.021	.313**	.232 **	-.098	.226**

Nota. ANS= ESE = Escala de Sintomas Emocionais; EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade; EPRC = Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas; ECPS = Escala de Comportamentos Pró-Sociais; Ansiedade; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa; PC = Percepção de Competências.

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

4.3 Análise da prevalência de sintomas internalizantes e externalizantes na amostra em estudo

Como referido anteriormente no presente estudo, a presença de dificuldades na amostra em estudo é avaliada através do SDQ. Mais concretamente, os sintomas internalizantes serão analisados através da subescala Sintomas Emocionais, e os problemas externalizantes através das subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade. A interpretação da pontuação nestas subescalas está dividida em três categorias: Normal, Limítrofe, Clínico. Com a estatística descritiva pretende-se perceber que percentagem de participantes se insere em cada uma destas categorias, de forma a perceberem a prevalência de estudantes que apresentaram uma pontuação normal, no limite, ou clínica, em cada uma das subescalas mencionadas.

Na Tabela 8 é possível visualizar a frequência (N) e percentagem (%) de sintomas internalizantes na amostra em estudo. Verifica-se uma percentagem de 81.5% de adolescentes com uma pontuação considerada normal, 10.3% com uma pontuação que se encontra no limite do normal, e 8.2% com uma pontuação clínica, ou seja, que é indicadora de presença de problemas internalizantes.

Tabela 8

Prevalência de sintomas internalizantes na amostra

		F	%
ESE	Normal	190	81.5
	Limítrofe	24	10.3
	Clínico	19	8.2
	Total	233	100,0

Nota. ESE= Escala de Sintomas Emocionais

Na Tabela 9 estão representadas a frequência e percentagem para as subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade, que indicam a prevalência de problemas externalizantes na amostra em estudo.

No que diz respeito à subescala Problemas de Comportamento, verifica-se que 8.6% da amostra encontra-se no limite do normal, e 3.9% apresenta níveis clínicos de problemas de comportamento. Os restantes 87.6% estão inseridos no nível normal.

Quanto à subescala Hiperatividade, foi encontrada uma percentagem de 9.4% de adolescentes que se enquadram no limite do normal, e 9.3% revelam níveis clínicos de Hiperatividade. Os restantes 80.7% revelam níveis normativos de Hiperatividade.

Tabela 9.

Prevalência de problemas externalizantes na amostra

		F	%
EPC	Normal	204	87.6
	Limítrofe	20	8.6
	Clínico	9	3.9
	Total	233	100,0
EH	Normal	188	80.7
	Limítrofe	22	9.4
	Clínico	23	9.9
	Total	233	100.0

Nota. EPC= Escala de Problemas de Comportamento; EH= Escala de Hiperatividade.

4.4 Análise Desenvolvimentista dos problemas internalizantes e externalizantes:

4.4.1 Problemas internalizantes

De forma a procurar diferenças entre os grupos etários e os géneros relativamente aos sintomas internalizantes, foi utilizado o *Mann-Whitney U Test*. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados das diferenças entre a variável independente género e a variável dependente sintomas internalizantes. De seguida, o mesmo procedimento será realizado para a variável independente idade.

Observando a Tabela 10, é possível verificar a existência de diferenças significativas entre os géneros relativamente aos sintomas internalizantes. Na subescala Sintomas Emocionais, o género feminino apresentou valores significativamente mais elevados relativamente à mediana, comparativamente com o género masculino (MdFeminino=4,00 e dpFeminino= 1,90; MdMasculino=2,00 e dpMasculino=1,92)

Tabela 10.

Diferenças entre o género masculino e feminino na variável dependente

Nota: ESE = Escala de Sintomas Emocionais; M = Masculino; F = Feminino.

	Género	N	M	Md	dp	Z	Sig.
ESE	M	108	2,89	2,00	1,90	-4,465	.000*
	F	125	4,01	4,00	1,92		

* $p < .05$

No que diz respeito à comparação dos grupos etários, não existe uma diferença significativa ($p = .517$) entre os grupos 12-13 anos, e 14-16 anos, como é possível ver na Tabela 11. Efetivamente, se compararmos as médias podemos ver que esta diferença não existe (M12-13 anos=3,60 e dp12-13 anos=1,99; Md14-16 anos=3,43 e dp14-16 anos=1,98). Deste modo, podemos afirmar os dois grupos etários apresentaram níveis semelhantes de sintomas internalizantes, não sendo a diferença significativa.

Tabela 11.

Diferenças entre os grupos etários na variável dependente

	Grupo etário	N	M	Md	dp	Z	Sig.
ESE	12-13	80	3,60	4,00	1,99	-.648	.517
	14-16	153	3,43	3,00	1,98		

Nota: ESE = Escala de Sintomas Emocionais.

4.4.2 Problemas externalizantes

O mesmo procedimento, a saber, o *Mann-Whitney U Test*, foi utilizado para procurar as diferenças entre os grupos etários e os géneros e os sintomas externalizantes. Primeiramente, serão apresentados os resultados das possíveis diferenças entre os géneros e os sintomas externalizantes, e de seguida serão descritos os resultados das diferenças entre os grupos etários na mesma variável dependente.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o género masculino e o feminino no que diz respeito aos Problemas de Comportamento. Como é visível na Tabela 12, as medianas são semelhantes nos dois géneros (MdMasculino=2,00 e dpMasculino= 1,34; MdFeminino=2,00 e dpFeminino= 1,29), e a diferença não é estatisticamente significativa ($p = .233$ para um nível de significância $p < .05$).

No que diz respeito à Escala de Hiperatividade, também não foram encontradas diferenças significativas ($p = .685$ para um nível de significância $p < .05$). Nesta subescala, foram igualmente encontradas medianas semelhantes (MdMasculino=4,00 e dpMasculino= 2,08; MdFeminino=2,00 e dpFeminino= 1,86).

Deste modo, é possível afirmar que, na amostra em estudo, não existem diferenças significativas entre o género masculino e o feminino no que diz respeito aos sintomas externalizantes (Tabela 12).

Tabela 12.

Diferenças entre os géneros na variável dependente

	Género	N	M	Md	dp	Z	Sig.
EPC	Masculino	108	2,05	2,00	1,34	-1.193	.233
	Feminino	125	1,84	2,00	1,29		
EH	Masculino	108	3,92	4,00	2,08	-.405	.685
	Feminino	125	3,76	4,00	1,86		

Nota: EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos etários relativamente à Escala Problemas de Comportamento ($p = .233$ para um nível de significância $p < .05$). Na Tabela 13 é possível observar que as medianas são semelhantes nos dois grupos etários (Md12-13 anos=2,00 e dp12-13 anos= 1,26; Md14-16 anos=2,00 e dp14-16 anos= 1,35). Do

mesmo modo, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entres os grupos etários na Escala Hiperatividade ($p = .810$ para um nível de significância $p < .05$). Observando as medianas do grupo etário 12-13 anos ($Md_{12-13 \text{ anos}} = 2,00$ e $dp_{12-13 \text{ anos}} = 1,26$) e 14-16 anos ($Md_{14-16 \text{ anos}} = 2,00$ e $dp_{14-16 \text{ anos}} = 1,35$), é possível verificar que são semelhantes. Deste modo, e de uma forma global, é possível afirmar que, na amostra em estudo, não existem diferenças significativas entre grupos etários no que concerne os problemas externalizantes

Tabela 13

Diferenças entre grupos etários na variável dependente

	Grupo etário	N	M	Md	dp	Z	Sig.
EPC	12-13 anos	80	2,88	2,00	1,26	.241	.810
	14-16 anos	153	1,92	2,00	1,35		
EH	12-13 anos	80	4,13	4,00	2,12	-1.575	.115
	14-16 anos	153	3,76	4,00	1,86		

Nota: EPC = Escala de Problemas de Comportamento; EH = Escala de Hiperatividade.

4.5 Análise Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico

De modo a descobrir se existem diferenças entre géneros e entre grupos etários face ao bem-estar psicológico foi, uma vez mais, utilizado o *Mann-Whitney U Test*.

Começou-se por avaliar a existência ou não de diferenças entre o género masculino e feminino na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total. Na Tabela 14 é possível verificar que existem diferenças significativas entre os dois géneros ($p = .003$ para um nível de significância $p < .05$). através da comparação das medianas, é possível ver que o género feminino ($Md_{\text{Feminino}} = 4,50$ e $dp_{\text{Feminino}} = .852$) apresenta menores níveis de bem-estar psicológico total, comparativamente com o género masculino ($Md_{\text{Masculino}} = 4,70$ e $dp_{\text{Masculino}} = .711$).

Tabela 14

Diferenças entres géneros na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total

	Género	N	M	Md	dp	Z	Sig.
BEPT	Masculino	108	4,70	4,70	.71	-2,99	.003*
	Feminino	125	4,35	4,50	.85		

* $p < .05$

De seguida, procedeu-se à procura de diferenças entre os géneros em cada subescala da EBEPA, a saber, *Ansiedade*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Apoio Social*, *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Percepção de Competências*.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 15, é possível observar que existem diferenças significativas ($p < .05$) entre géneros nas subescalas *Ansiedade*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Cognitiva-Emocional Negativa*, e *Percepção de Competências*. Na subescala *Ansiedade*, comparando as medianas, constata-se que o género masculino ($Md_{\text{Masculino}}=2,33$ e $dp_{\text{Masculino}}= 1,04$) apresenta níveis menores de ansiedade, comparativamente ao género feminino ($Md_{\text{Feminino}}=2,76$ e $dp_{\text{Feminino}}= 1,07$), com um nível de significância $p= .004$ (para um nível de significância $p < .05$). Na subescala *Cognitiva-Emocional Positiva*, o género feminino ($Md_{\text{Feminino}}=4,50$ e $dp_{\text{Feminino}}= .98$) apresenta valores mais baixos comparativamente com o sexo oposto ($Md_{\text{Masculino}}=4,83$ e $dp_{\text{Masculino}}= .87$), havendo assim uma diferença estatisticamente significativa ($p=.002$). Já na subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*, o género feminino apresenta níveis mais elevados ($Md_{\text{Feminino}}=2,33$ e $dp_{\text{Feminino}}= 1,16$), comparativamente com o sexo masculino ($Md_{\text{Masculino}}=2,00$ e $dp_{\text{Masculino}}= 1,12$), com um nível de significância de $p=.021$ (para um nível de significância $p < .05$). Por fim, foram ainda encontradas diferenças significativas ($p=.000$ para um nível de significância $p < .05$) entre géneros na subescala *Percepção de Competência*, na qual os indivíduos do sexo masculino ($Md_{\text{Masculino}}=4,50$ e $dp_{\text{Masculino}}= 1,01$) pontuaram mais alto, comparativamente com o sexo feminino ($Md_{\text{Feminino}}=4,00$ e $dp_{\text{Feminino}}= 1,06$).

Contrariamente às restantes subescalas da EBEPA, a subescala *Apoio Social* não revelou diferenças significativas ($p=.655$ para um nível de significância $p < .05$) entre o género masculino ($Md_{\text{Masculino}}=5,16$ e $dp_{\text{Masculino}}= 1,01$), e o género feminino ($Md_{\text{Feminino}}=2,66$ e $dp_{\text{Feminino}}= 1,06$). Deste modo, os níveis de *Apoio Social* são semelhantes para os dois sexos, apesar das respectivas médias e medianas serem diferentes.

Tabela 15

Diferenças entre géneros em cada uma das subescalas da EBEPA

	Género	N	M	Md	dp	Z	Sig.
ANS	Masculino	108	2,51	2,33	1,04	2,90	.004*
	Feminino	125	2,91	2,76	1,07		
CEP	Masculino	108	4,78	4,83	.87	-3,03	.002*
	Feminino	125	4,37	4,50	.98		
AS	Masculino	108	4,96	5,16	1,01	-.447	.655
	Feminino	125	2,90	2,66	1,06		
CEN	Masculino	108	2,26	2,00	1,12	2,31	.021*
	Feminino	125	2,59	2,33	1,16		
PC	Masculino	108	4,53	4,50	1,01	-3,66	.000*
	Feminino	125	4,01	4,00	1,06		

Nota. ANS= Ansiedade; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa; PC = Percepção de Competências

* $p < .05$

Por fim, foram procuradas diferenças entre os grupos etários e o Bem-Estar Psicológico Total. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 16, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = .875$ para um nível de significância $p < .05$) entre o grupo etário 12-13 anos (Md12-13 anos = 4,51 e dp12-13 anos = .81), e o grupo etário 14-16 anos (Md14-16 anos = 4,66 e dp14-16 anos = .81). Deste modo, é possível afirmar que estes dois grupos apresentam valores semelhantes na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total

Tabela 16

Diferenças entre grupos etários na variável dependente Bem-Estar Psicológico Total

	Grupo etário	N	M	Md	dp	Z	Sig.
BEPT	12-13 anos	80	4,52	4,58	.81	.158	.875
	14-16 anos	153	4,51	4,66	.81		

4.6 Análise das correlações entre as variáveis em estudo

Por último, procedeu-se novamente à análise de correlações através do coeficiente de *Spearman*. Começou-se por avaliar a correlação entre os sintomas internalizantes e o Bem-

Estar Psicológico Total (BEPT). De seguida, o mesmo procedimento foi utilizado para analisar a correlação entre os problemas externalizantes e o BEPT.

Na Tabela 17 está representada a correlação entre os sintomas internalizantes e o BEPT. Verifica-se uma correlação negativa forte e significativa ($p=.000$ para um nível de significância $p<.01$) entre as duas variáveis. Por outras palavras, podemos afirmar que quanto maior for a pontuação na variável SES (que representa os sintomas internalizantes), menor será o BEPT, e vice versa.

Tabela 17.

Correlações entre a Escala de Sintomas Emocionais e o Bem-Estar Psicológico Total

	EPC	EH
Bem-estar Psicológico Total	-.354**	-.440**

** $p<.01$

De seguida, procedeu-se à análise da correlação entre as duas subescalas do SDQ que constituem a variável problemas externalizantes (Escala de Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade), e o Bem-Estar Psicológico Total.

Os resultados na Tabela 18 indicam-nos que existem correlações negativas moderadas entre as subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade e o Bem-Estar Psicológico Total. Tal significa que, quanto mais elevada for a pontuação na variável sintomas externalizantes, menor será o Bem-Estar Psicológico Total, e vice versa.

Tabela 18

Correlações entre os sintomas externalizantes e o Bem-Estar Psicológico Total

	1	2
1. ESE	–	-.503**
2. Bem-estar Psicológico Total		–

** $p<.01$

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como principal objetivo aprofundar o conhecimento existente em três domínios: os problemas internalizantes, os problemas externalizantes, e o bem-estar psicológico na adolescência, e a possível relação entre estes.

A adolescência constitui uma etapa do desenvolvimento humano na qual ocorrem, a um ritmo acelerado, transformações físicas e psicológicas, e durante a qual os adolescentes devem atingir tarefas desenvolvimentistas exigentes. A rapidez e exigência destas mudanças pode levar a que os adolescentes não sejam capazes de acompanhar o seu ritmo o que, por sua vez, pode criar uma vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Parco & Jó, 2015). De acordo com Achenbach, Edelbrock e Howell (1987, cit. por Parco & Jó, 2015), existem dois tipos de problemas na adolescência: internalizantes e externalizantes, que constituem domínios independentes, mas podem ser comorbidos. O eventual desenvolvimento destes problemas poderá afetar as diversas áreas de funcionamento do adolescente (Thapar, Stephan, Pine, & Thapar, 2012) diminuindo conseqüentemente o seu bem-estar psicológico.

Devido à escassez de estudos desenvolvimentistas que explorem a relação entre estes dois tipos de problemas e o bem-estar psicológico, considerou-se relevante realizar uma investigação neste domínio, de forma a melhor compreender como os problemas internalizantes e externalizantes poderão, ou não, afetar o bem-estar psicológico na adolescência. Para tal, optou-se por realizar uma análise desenvolvimentista, considerando o género e a idade dos participantes.

Antes de proceder à análise consoante os objetivos do estudo, optou-se por realizar uma análise psicométrica dos instrumentos de medida SDQ e EBEP, de forma a obter os valores da consistência interna (através do coeficiente Alfa de Cronbach) e das correlações entre as subescalas dos mesmos (através do coeficiente de Spearman).

Da análise da consistência interna do SDQ, é possível constatar que os valores são baixos, situando-se entre .26 e .66. Estes valores encontrados são mais baixos do que esperado inicialmente, pois de acordo com a literatura, a consistência interna média das subescalas situa-se entre .60 e .65 (Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). As subescalas Problemas de Comportamento e Problemas de Relacionamento com os Colegas foram as que revelaram uma consistência interna mais baixa, ficando aquém do expectável. No entanto, a maioria das restantes escalas está enquadrada no intervalo esperado, à exceção

da Escala de Hiperatividade, que se encontra ligeiramente abaixo ($\alpha = .57$). Deste modo, a precisão do instrumento não correspondeu inteiramente àquilo que era esperável. Apesar dos números encontrados, estudos realizados em Portugal demonstraram a fiabilidade, validade e consistência deste instrumento, tendo a sua utilidade sido confirmada (Marzocchi, et al., 2004).

No que diz respeito à análise da consistência interna da EBEPA, esta revelou uma boa precisão do instrumento. Foram encontrados valores que oscilam entre .75 e .93 o que, de acordo com os critérios descritos por Pestana e Gageiro (2008), revelam uma boa consistência interna do instrumento. Surge uma exceção, a subescala Percepção de Competências ($\alpha = .75$), que apresenta um valor considerado aceitável. De uma forma global, é possível afirmar que a consistência interna deste instrumento é considerada boa, ou mesmo excelente no caso do índice de bem-estar psicológico total ($\alpha = .93$). Os valores encontrados para a consistência interna da EBEPA vão ao encontro daqueles encontrados por Bizarro (1999; 2001), que se situam entre .85 e .90.

Como referido anteriormente nos resultados do presente estudo, a maioria das correlações entre as subescalas do SDQ e da EBEPA são significativas. Tal valores não são inesperados.

Começando pelos sintomas internalizantes, a Escala de Sintomas Emocionais (SDQ) apresenta correlações positivas significativas com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa (EBEPA). Quer isto dizer que, quanto maior o nível de sintomas internalizantes, maiores serão os níveis nas subescalas da EBEPA com valência negativa, indicando assim um menor bem-estar psicológico. Estes dados vão ao encontro do que era esperado, pois a presença de sintomas internalizantes pode ser devida a fatores biológicos, familiares, cognitivos e sociais (Merrell, 2008b). Deste modo, faz sentido que a subescala ESE se correlacione positivamente com as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa, pois os pensamentos negativos e os sintomas de tensão física e psicológica são factores que constituem os problemas internalizantes (Đurišić & Gajić, 2016). Por outro lado, os níveis de ansiedade e as variáveis cognitivas são importantes promotores do bem-estar psicológico (Bizarro, 2001), pelo que, se os adolescentes evidenciarem dificuldades neste domínio, poderão também sentir um menor bem-estar psicológico.

No que diz respeito aos problemas externalizantes, as subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade correlacionam-se de forma positiva e significativa com as

subescalas da EBEPa com valência negativa, mencionadas acima. Estes resultados vão igualmente ao encontro do que era expectável, pois uma das maiores influências no desenvolvimento de problemas externalizantes são os factores cognitivos, nomeadamente uma tendência para dificuldades ao nível da inteligência verbal (Loney, Frick, Ellis, & McCoy, 1998; Moffitt, 1993, cit. por Frick & McMahon, 2008), para desenvolver estilos de aprendizagem mais sensíveis a recompensas do que a punições, e para ter défices na cognição social. (Crick & Dodge, 1994; Webster-Stratton e Lindsay, 1999, cit. por Frick & McMahon, 2008). Ainda, adolescentes com problemas externalizantes evidenciam, em certos casos, uma grande impulsividade e agitação interna (APA, 2014). Deste modo, faz sentido que a correlação entre os problemas externalizantes (Escala de Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade) e as subescala Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa seja positiva e significativa, contribuindo assim para um menor bem-estar psicológico.

Foram encontradas correlações negativas entre os problemas internalizantes (Escala de Sintomas Emocionais), os problemas externalizantes (Escala de Problemas de comportamento e Escala de Hiperatividade), a subescala Problemas de Relacionamento com os Colegas (SDQ – não utilizada na análise do estudo) e as subescalas da EBEPa com valência positiva (Cognitiva-Emocional Positiva, Apoio Social, Percepção de Competências). Querem estes resultados dizer que, quando os problemas internalizantes ou externalizantes aumentam, as subescalas com valência positiva diminuem, e conseqüentemente, o bem-estar psicológico. Estes dados vão igualmente ao encontro do que era esperado. Começando pelos problemas internalizantes, os indivíduos que os sentem tendem a evitar situações em que a sua falta de competência social e auto-eficácia sejam evidentes (Alfano, Beidel & Turner, 2006; Smari, Pétursdóttir & Þorsteinsdóttir, 2001, cit. por Đurišić & Gajić, 2016), sentem-se impotentes, são excessivamente auto-críticos, têm baixa auto-estima, e evitam o contacto com os outros (Mahon et al., 2006, cit. por Đurišić & Gajić, 2016), criando por vezes um grande isolamento. Deste modo, parece fazer sentido que quando existem problemas internalizantes, as subescalas Cognitiva-Emocional Positiva, Apoio Social e Percepção de Competências diminuam, pois são das áreas mais afetadas por estes problemas, e que contribuem para uma diminuição do bem-estar psicológico. Na mesma linha de pensamento, os problemas externalizantes também se correlacionam negativamente com as subescalas da EBEPa com valência positiva. Estes caracterizam-se por padrões de comportamentos agressivo, desobediência, violação das normas, entre outros (Cohen-Salmon et al., 2005), e estão associados a um prejuízo funcional e psicossocial grave (López-Romero & Romero, 2015). Deste modo, estes critérios não vão ao encontro das dimensões positivas do funcionamento

estabelecidas por Bizarro (1999;2001) e promotoras do bem-estar psicológico, tais como as variáveis Cognitiva-Emocional positiva, Apoio Social, e Percepção de Competências.

Por fim, foram encontradas correlações não significativas entre a subescala Problemas de Comportamento e Apoio Social. Tal resultado indica que os jovens, mesmo tendo problemas de comportamento, não alteram a sua percepção de Apoio Social, e vice versa. Por outras palavras, mesmo que os adolescentes tenham uma percepção de apoio social, a presença ou não de problemas de comportamento não se altera, o que significa que cada uma das dimensões não é influenciada pela outra. Ainda, foi encontrada uma correlação não significativa entre a subescala Comportamentos Pró-Sociais e as subescalas Ansiedade e Cognitiva-Emocional Negativa. O facto da correlação não ser significativa indica que os comportamentos pró-sociais destes adolescentes não são influenciados por sintomas de ansiedade e por factores cognitivo-emocionais negativos, e vice versa. As correlações não significativas mencionadas referem-se ao domínio social do adolescente, que é de extrema relevância nesta etapa de vida, pois as relações interpessoais do adolescente permitem o desenvolvimento do sentido de identidade, a aquisição de valores morais (Stantrock, 2001, cit. por Joiner, 2009), o crescimento pessoal (Hartup, 1989, cit. por Jackson & Goossens, 2006) e o desenvolvimento de competências sociais (Jackson & Goossens, 2006). Deste modo, a dimensão social assume uma enorme importância na vida do adolescente, o que leva a que, provavelmente, não se deixe influenciar por outras variáveis, tais como a ansiedade, os problemas de comportamento, e os factores cognitivo-emocionais negativos.

Quanto aos objetivos do presente estudo, começou-se por analisar a prevalência de problemas internalizantes na amostra em estudo, através da subescala Sintomas Emocionais (SDQ). De acordo com a hipótese estabelecida para este objetivo, com base na literatura, esperava-se que 80% dos alunos se enquadrasse no nível 'Normal', 10% no nível 'Limítrofe', e os restantes 10% no nível 'Clínico' (Fleitlich et al., 2005). Os resultados revelaram que 81.5% dos participantes se encontram no nível Normal, 10.3% no nível Limítrofe, e 8.2% no nível Clínico. Verifica-se que os resultados encontrados se aproximam dos resultados esperados, embora fosse expectável uma maior percentagem de adolescentes no nível Clínico. Esta diferença poderá ser devida a uma certa desejabilidade social nas respostas aos itens, pois a adolescência constitui um período em que os indivíduos se focam mais nos pares, naquilo que estes pensam e sentem em relação a si (Joiner, 1009). De uma forma global, devido ao facto dos valores observados se aproximarem dos esperados, a hipótese foi confirmada.

O segundo objetivo da presente investigação teve como intenção analisar a prevalência de problemas externalizantes na amostra em estudo, através da Escala Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade (SDQ). Tal como no objetivo anterior, era esperado que 10% da amostra apresentasse se encontrasse no nível Limítrofe, que 10% apresentasse problemas externalizantes a um nível Clínico, e que os restantes se inserissem no nível Normal (Fleitlich et al., 2005).

No que diz respeito à Escala de Problemas de Comportamentos, os resultados encontrados indicam que 87.6% da amostra se apresenta num nível Normal, 8.6% no nível Limítrofe, e 3.9% no nível Clínico. Estes valores encontrados não vão ao encontro do que era expectável, pois eram esperadas percentagens mais elevadas para os níveis Limítrofe e Clínico. Na Escala de Hiperatividade, os resultados encontrados estão muito próximos dos esperados, com 9.4% da amostra inserida no nível Limítrofe, e 9.9 no nível Clínico.

Parece haver um aumento da prevalência de problemas externalizantes nos adolescentes, com os valores a aumentar ao longo dos anos. De acordo com Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2001, cit. por Ara, 2016), estima-se que cerca de 20% dos adolescentes evidencia algum tipo de problema externalizante. Mais recentemente, estudos com adolescentes evidenciaram que 14.34% dos adolescentes exibiram elevados problemas de comportamento externalizante (Ramzan, Yasin, Ahmad, & Farooq, 2015, cit. por Ara, 2016). Deste modo, e de uma forma global, esperava-se uma maior percentagem de problemas externalizantes na amostra em estudo. É importante ter em consideração o efeito de desajustabilidade social pois, como referido anteriormente, poderá existir a preocupação dos jovens com aquilo que os seus pares poderão pensar acerca das suas respostas, apesar do anonimato e confidencialidade dos questionários.

O terceiro objetivo da investigação pretendeu analisar as diferenças entre géneros na variável sintomas internalizantes. Para este objetivo, foi colocada a hipótese de que este tipo de sintomas são mais prevalentes no sexo feminino. Os resultados da análise indicam que, efetivamente, na amostra em estudo, o género feminino demonstrou uma maior prevalência de sintomas internalizantes, comparativamente com o sexo masculino, pelo que a hipótese foi confirmada. Estes resultados vão ao encontro daquilo que era esperado, com base na literatura. De acordo com diversos estudos, foram encontradas diferenças significativas entre sexos no que diz respeito aos sintomas internalizantes, tendo o sexo feminino maior tendência para apresentar sintomas emocionais (Rutter et al., 2003; Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff &

Woods, 2006, cit. por Parco & J6, 2015), e problemas internalizantes (Merrell, 2008a; Oliveira-Monteiro, Nascimento, Montesano, e Azmar-Farias, 2013; DGES, 2013). Estas diferenças podem ser explicadas por fatores biol6gicos, devido ao facto de existirem diferenças estruturais e funcionais do c6erebro nos dois sexos (Cahail, 2005, cit. por Parco & J6, 2015). Tamb6m, estas diferenças podem ser explicadas por fatores ambientais, pois as raparigas possuem diferentes padr6es de socializao comparativamente com os rapazes (Parco & J6, 2015).

O quarto objetivo desta investigao prendeu-se com a an6lise das diferenças entre grupos et6rios (e.g., 12-13 anos e 14-16 anos), relativamente 6 preval6ncia de sintomas internalizantes. Como hip6tese, esperava-se que estes sintomas fossem mais prevalentes na adolesc6ncia interm6dia, ou seja, no grupo et6rio 14-16 anos de idade. No entanto, os resultados n6o revelaram diferenças significativas entre os grupos et6rios, dando a entender que a preval6ncia de sintomas internalizantes 6 semelhante nos dois grupos, refutando-se assim a hip6tese estabelecida. Estes dados contrariam aquilo que era esperado, pois os problemas internalizantes tendem a desenvolver-se ao longo da adolesc6ncia (Đurišić e Gajić, 2016). Por exemplo, no caso dos sintomas depressivos (que correspondem a um tipo de problemas internalizantes), estes t6m in6cio no fim da inf6ncia ou começo da adolesc6ncia, e atingem o seu pico numa fase mais avançada desta etapa. (Costello, Copeland, & Angold, 2001; Holsen, Kraft, & Vitterso, 2000; Petersen et al., 1993; Hankin et al., 1998; Rudolph, 2009; Wichstrom, 1999, cit. por Nilsen, 2012). Esta diferença entre os resultados esperados e os dados observados pode ser devida ao facto do grupo et6rio 12-13 anos constituir apenas 34.3% da amostra total. Deste modo, existe uma grande diferença no n6mero de participantes entre os grupos et6rios, sendo que a maioria se enquadra no grupo 14-16 anos. Considera-se que seria poss6vel que os resultados se aproximassem do esperado se houvesse um maior equil6brio no que concerne o *n* de cada grupo et6rio.

O quinto objetivo do estudo pretendeu analisar as diferenças entre os sexos no que diz respeito 6 preval6ncia de problemas externalizantes. Com base na literatura existente, foi estabelecida a hip6tese de que os adolescentes do g6nero masculino apresentam uma maior preval6ncia de problemas externalizantes, comparativamente com o sexo feminino. Os resultados desta an6lise n6o revelaram diferenças significativas, em nenhuma das subescalas que avaliam estes problemas (Escala de Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade). Assim, os valores encontrados sugerem que a preval6ncia de problemas

externalizantes é a mesma em adolescentes dos dois sexos, o que contraria a hipótese estabelecida inicialmente. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), os problemas externalizantes (tais como os problemas de comportamento e hiperatividade avaliados neste estudo) são mais prevalentes no sexo masculino. Esta semelhança nos resultados pode revelar uma certa desejabilidade social nas respostas dadas aos itens que avaliam os problemas externalizantes. Em questionários de auto-avaliação é comum haver o fenómeno de desejabilidade social, podendo afetar a validade das respostas (Neeley and Cronley, 2004, cit. por Sârbescu, Rusu, & Costea, 2012). Tendo em conta que a adolescência é um período durante o qual se dá uma grande importância à aceitação por parte dos pares (Joiner, 2009), este fenómeno poderá ser ampliado. Deste modo, considera-se a ideia de que os adolescentes do sexo masculino possam ter apresentado uma imagem de si que não corresponde àquilo que realmente são ou sentem, na tentativa de responder de acordo com aquilo que é socialmente correto, apresentando uma imagem mais positiva de si. Por outro lado, alguns estudos portugueses têm demonstrado que os problemas externalizantes, nomeadamente os comportamentos agressivos, têm vindo a aumentar na população feminina, aproximando-se da população masculina (Matos, 2014)

O sexto objetivo da presente investigação procedeu à procura de diferenças entre grupos etários no que concerne os problemas externalizantes. Foram estabelecidas duas hipóteses: (1) Espera-se que os problemas de comportamento sejam mais evidentes no grupo etário 14-16 anos, comparando com o grupo etário 12-13 anos; (2) Espera-se que os sintomas de hiperatividade sejam mais evidentes no grupo etário 12-13 anos, comparando com o grupo 14-16 anos. No que concerne a hipótese (1), não foram encontradas diferenças significativas entre grupos etários na Escala Problemas de Comportamento, indicando que os dois grupos apresentaram uma prevalência semelhante. Estes resultados são contraditórios com a hipótese estabelecida com base na literatura pois, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), os problemas de comportamento tendem a aumentar da infância para a adolescência. Esta diferença entre o observado e o expectável poderá ser explicada, à semelhança do objetivo anterior, por uma eventual desejabilidade social nas respostas aos itens desta subescala. Tendo em conta que os problemas de comportamento, e os problemas externalizantes no geral se manifestam em comportamentos negativos do indivíduo perante si próprio e o seu contexto social (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Eisenberg et al., 2001, cit. por Liu, 2004), poderá ter havido uma tendência para dar

respostas que sejam socialmente aceitáveis, e uma tentativa de esconder aspecto mais negativos de si (Barros, Moreira, & Oliveira, 2005). A hipótese (2), tal como a primeira, não revelou diferenças significativas entre os grupos etários, sendo que a prevalência de sintomas de hiperatividade é semelhante nos dois grupos. Inicialmente, era esperado que o grupo etário 12-13 anos demonstrasse mais sintomas de hiperatividade, pois de acordo com os critérios definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), para que a Perturbação de Déficit de Atenção/Hiperatividade seja diagnosticada, é necessário que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Embora a presente investigação não pretenda realizar diagnósticos de perturbações, mas sim analisar a prevalência de sintomas, este critério foi utilizado por ser indicador de que sintomas de hiperatividade podem surgir e serem mais salientes na infância e início da adolescência. Como explicação da diferença entre os fenómenos observados e os esperados, presume-se que, à semelhança do quarto objetivo, a diferença de n entre os dois grupos etários poderá ter tido influência nos resultados encontrados.

O sétimo objetivo do estudo prende-se com a análise e comparação dos níveis de bem-estar psicológico entre o sexo masculino e feminino. Foram estabelecidas três hipóteses: (1) Espera-se que, de uma forma global, o género feminino apresente níveis menores de bem-estar psicológico total, comparativamente com o género masculino; (2) Espera-se que os adolescentes do género feminino tenham um menor nível de bem-estar psicológico nas dimensões Cognitiva-Emocional Positiva, Percepção de Competências, Cognitiva-Emocional Negativa, e Ansiedade; (3) Espera-se que o género masculino apresente níveis menores de bem-estar psicológico na dimensão Apoio Social, comparativamente com o género feminino.

No que diz respeito à hipótese (1), os resultados da análise revelaram uma diferença significativa entre sexos, sendo que o género feminino apresenta menores níveis de bem-estar total. Estes resultados são consistentes com os dados da literatura, uma vez que vão ao encontro dos dados encontrados por Bizarro (1999), confirmando-se assim a hipótese (1).

A hipótese (2) estipula que o sexo feminino apresenta menores níveis de bem-estar psicológico em todas as subescalas da EBEP, à exceção da subescala Apoio Social. Os resultados da análise indicam que, efetivamente, existem diferenças significativas entre sexos, no sentido em que as raparigas adolescentes apresentam valores mais elevados nas subescalas Cognitiva-Emocional Negativa e Ansiedade, e valores mais baixos nas subescalas Cognitiva-Emocional Positiva e Percepção de Competências. Estes resultados confirmam que o sexo feminino apresenta um nível menor de bem-estar psicológico, confirmando-se a

hipótese (2). Estes resultados vão ao encontro dos que foram encontrados por Bizarro (1999), e aparentam ser consistentes com a hipótese (1).

No entanto, os resultados da análise da hipótese (3) não são significativos, indicando que os dois sexos apresentam valores semelhantes de bem-estar psicológico na dimensão Apoio Social, contrariamente ao esperado. De acordo com Bizarro (1999), os adolescentes rapazes tendem a apresentar valores mais baixos na dimensão Apoio Social, algo que não se apurou no presente estudo, sendo a hipótese (3) refutada. No entanto, estes resultados poderão ser devidos ao facto de, efetivamente, existir uma percepção de apoio social por parte dos alunos do sexo masculino, devido aos esforços dos pais e colegas, e às iniciativas da escola colaboradora em fornecer este apoio a todos os seus estudantes.

A análise e comparação dos níveis de bem-estar psicológico total entre os diferentes grupos etários constituiu o oitavo objetivo do presente estudo. Previu-se, segundo a literatura, que o grupo etário 12-13 anos apresentaria um maior bem-estar psicológico total, comparativamente com o grupo 14-16 anos. No entanto, os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos, revelando que os dois grupos apresentam níveis semelhantes de bem-estar psicológico total sendo a hipótese, assim, rejeitada. Estes resultados são contraditórios com a literatura encontrada pois, de acordo com um estudos realizados por Bizarro (1999; 2001), existe um maior nível de bem-estar psicológico na adolescência inicial (12-13 anos), que vai diminuindo ao longo deste período. No entanto, nos últimos anos tem sido constatado que o desenvolvimento na adolescência ocorre de forma mais precoce (Jackson & Goossens, 2006), estando os adolescentes sujeitos às transformações típicas deste período mais cedo. De acordo com a UNICEF (2001), a adolescência tende a começar aos 10 anos de idade, momento em que poderão começar a surgir as transformações físicas. Caso os indivíduos experienciem dificuldade em se adaptar a estas mudanças, estes poderão desenvolver sintomas internalizantes, tais como ansiedade (UNICEF, 2011), diminuindo assim o seu bem-estar psicológico. Por outro lado, na adolescência intermédia, os adolescentes já ultrapassaram a fase de maiores transformações físicas, apesar do corpo ainda estar em desenvolvimento ao nível cognitivo, emocional e social (UNICEF, 2011). Deste modo, o facto de na adolescência inicial, os participantes do presente estudo não demonstrarem um nível de bem-estar psicológico total mais elevado pode estar relacionado com o facto de, hoje em dia, a adolescência ser mais precoce.

O nono, e penúltimo objetivo deste estudo consistiu em avaliar a correlação entre os

sintomas internalizantes e o bem-estar psicológico total nos adolescentes. Como hipótese, esperou-se encontrar uma relação negativa e significativa entre as duas variáveis. Os resultados demonstraram a existência de uma correlação negativa forte e significativa, indicando que quanto maior for a pontuação da Escala Sintomas Emocionais, menor será o bem-estar psicológico total do indivíduo, e vice versa, confirmando-se assim a hipótese inicial. Por outras palavras, os resultados indicam que os sintomas internalizantes têm um impacto negativo no bem-estar psicológico do adolescente, e que um maior bem-estar implica uma menor pontuação no que diz respeito aos sintomas emocionais. Estes resultados vão ao encontro do que era esperado pois, de acordo com Merrell (2008b), os problemas internalizantes têm diversas consequências, tais como a diminuição da auto-estima, relações interpessoais escassas, problemas mentais crónicos, entre outros, o que por sua vez, pode diminuir o bem-estar psicológico do adolescente.

O décimo e último objetivo do presente estudo prendeu-se com a análise da correlação entre os problemas externalizantes e o bem-estar psicológico total dos adolescentes. Para este objetivo, estabeleceu-se a hipótese da existência de uma relação negativa e significativa entre as subescalas que avaliam os problemas externalizantes (Escala de Problemas de Comportamento e Escala de Hiperatividade) o bem-estar psicológico total dos adolescentes. Os resultados indicam que, tanto a Escala de Problemas de Comportamento, como a Escala de Hiperatividade correlacionam-se de forma negativa moderada e significativa com a escala de Bem-Estar Psicológico Total, sendo possível confirmar a hipótese proposta. Estes resultados permitem afirmar que, quanto maior a pontuação nestas duas subescalas, menor será o bem-estar psicológico do adolescente, e vice-versa. Os resultados da análise aparentam fazer sentido, devido ao facto dos problemas externalizantes incluírem comportamentos agressivos, delinquência, hiperatividade, e dificuldades no auto-controlo (Mason et al., 1994, cit. por White & Renk, 2011) e na auto-regulação (Merrell, 2008a), causando sofrimento ao adolescente e consequentemente, diminuindo o seu bem-estar psicológico.

5.1 Limitações do Estudo e Considerações Futuras

O presente estudo apresenta diversas limitações que devem ser tidas em consideração. Em primeiro lugar, um dos instrumentos utilizados, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) revelou uma consistência interna baixa, o que poderá afetar a precisão do instrumento, e consequentemente da análise. Propõem-se que, em estudos futuros, seja

utilizado um instrumento com uma consistência interna mais elevada, para a análise deste tipo de problemas.

Outra limitação que se revelou importante na presente investigação consiste na discrepância de percentagem de alunos em cada grupo etário. Como foi possível observar, o grupo etário 12-13 anos era composto por cerca de metade dos alunos do grupo 14-16 anos. Para uma melhor análise desenvolvimentista, propõem-se que se recolha os dados de forma a melhor equilibrar o n em cada grupo ou variável que se pretende analisar.

Uma limitação importante prende-se com o efeito de desejabilidade social, associado ao facto dos questionários serem de auto-relato. Tendo em consideração as características da escola colaborante nesta investigação, era esperado que houvesse uma maior prevalência de sintomas internalizantes e externalizantes. Embora os resultados não se afastassem totalmente daquilo que era esperado, considera-se a hipótese dos adolescentes terem fornecido uma imagem mais positiva de si, não correspondendo totalmente à realidade vivida. Para investigações futuras, propõem-se a utilização de questionários de hetero-avaliação, juntamente com os de auto-avaliação, tentando assim diminuir o efeito de desejabilidade social.

Outra potencial limitação diz respeito ao facto dos dados terem sido recolhidos no terceiro período do ano letivo, tendo sido possível observar um maior cansaço nos alunos (e nos professores), e uma maior distração, devido a todas as exigências que surgem neste período, apesar da brevidade dos questionários aplicados. Propõem-se que, em estudos futuros, a recolha de dados não seja realizada no último trimestre, mas sim mais cedo, de modo a que os alunos não se sintam tão sobrecarregados.

Por fim, sugere-se que em investigações futuras se realize uma análise desenvolvimentista dos problemas internalizantes e externalizantes considerando a adolescência final, e não apenas a adolescência inicial e intermédia, de forma melhor compreender a duração destes problemas, e quão severo e duradouro pode ser o seu impacto no bem-estar psicológico. Poderia igualmente ser interessante realizar um estudo longitudinal, para avaliar se estes problemas perduram na vida adulta, e se sim, de que forma.

5.2 Conclusões e Implicações

A presente investigação cumpriu o seu objetivo principal: aprofundar os conhecimentos relativamente aos problemas internalizantes e externalizantes que poderão surgir na adolescência, e as respectivas relações com o bem-estar psicológico. Das análises

realizadas, é possível concluir que estes problemas afetam e diminuem efetivamente o bem-estar psicológico na adolescência. Considera-se essencial que seja dada a devida importância a esta problemática, de forma a descobrir novas estratégias e formas de promover o bem-estar psicológico, e de prevenir que estes problemas se transformem em perturbações clínicas. Esta necessidade deve-se ao facto do desenvolvimento na adolescência tender a ocorrer de forma mais precoce e a prolongar-se mais tardiamente (Jackson & Goossens, 2006), sendo importante que os adolescentes sejam educados e preparados para as transformações rápidas e exigentes que este período implica. Por outras palavras, dadas as prevalências destes tipos de problemas na adolescência, salienta-se a importância da psicoeducação, de forma a prevenir e reduzir dificuldades não normativas, que aparentam surgir cada vez mais. Refere-se como exemplo a ansiedade, que constitui um dos problemas mentais mais comuns na adolescência (Siegel & Dickstein, 2012) e, paradoxalmente, um dos menos tratados (Merikangas, He, Burstein et al., 2011, cit. por Siegel & Dickstein, 2012). De acordo com Wang et al. (2011), Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de perturbações da ansiedade, reforçando-se assim a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos, causas, intervenções clínicas e preventivas neste tipo de problemas, assim como nos outros estudados na presente investigação.

Salienta-se igualmente existe a necessidade de reavaliar instrumentos tais como o SDQ, cuja consistência interna é baixa. Deste modo, considera-se importante a existência de instrumentos de avaliação psicológica breves mas consistentes e precisos, de maneira a que possam ser utilizados na prática clínica e na deteção de problemas internalizantes e externalizantes.

De uma forma global, conclui-se que os objetivos do estudo foram cumpridos, no sentido de um maior aprofundamento das variáveis em estudo, da consciencialização da prevalência de problemas internalizantes e externalizantes e o poder que possuem no bem-estar psicológico na adolescência. Considera-se que os resultados obtidos podem ser úteis no sentido de alertar pais, professores, e profissionais de saúde acerca das consequências que as dificuldades não normativas na adolescência poderão ter no bem-estar psicológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

Ara, E. (2016). Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents: Analysing the Gender Difference. *International Journal of Research in Social Sciences* , 6 (1), 328-337.

Barros, R., Moreira, P., & Oliveira, B. (2005). Influência da Desejabilidade Social na Estimativa da Ingestão Alimentar obtida através de um Questionário de Frequência de consumo Alimentar. *Acta Médica Potuguesa* , 18, 241-248.

Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência* (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.

Bolsoni-Silva, A., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 91-103. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1517-55452003000200002&lang=pt>

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

Cloutier, R. (1985). *Psychologie de l'adolescence*. Québec, Canada: Gaetan Morin

Cohen-Salmon, C., Cote, S., Fournier, P., Gasquet, I., Guedeney, A., Hamon, M., ... Wohl, M. (2005). Conduct disorders in children and adolescents. *National Institute for Health and Medical Research*, 1-46.

Retrieved from:
http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=ZAZXkBFXUakC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Conduct+disorder+in+children+and+adolescents&ots=M-OULnkc9q&sig=xA9IJK6CjKY_AqEr5gJaYGrxTVg%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=ZAZXkBFXUakC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Conduct+disord

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An introduction. *Journal of Happiness Studies* (9), 1-11.

DGS - Direção Geral de Saúde (2013). Portugal: *Saúde Mental em Números* - 2013.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annu.Rev.Psychol.* , 54, 403-25.

Durišić, M. M., & Gajić, J. (2016). Social Functioning of Students with Internalizing Behavioral Problems. *Research in Psychology* , 6 (2), 32-42.

Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version].

Retrieved from: www.sdqinfo.org

Frick, P. J., & McMahon, R. J. (2008). Child and adolescent conduct problems. *A Guide to Assessments That Work.*, 41–66.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195310641.003.0003>

Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo — factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15, 166–172.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046128>

Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social Isolation, Psychological Health, and Protective Factors in Adolescence. *Adolescence*, 42 (166), 1-2.

Henderson, L.W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 196-221. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.3>

Jackson, S., & Goossens, L. (2006). *Handbook of Psychological Development*. Great Britain: Psychological Press.

Joiner, T. (2009). American Psychological Association. *The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status*. Retrieved from <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx>

Kalutskaya, I. N., & Buhs, E. S. (2015). Social withdrawal in Russian youth: Using the Extended Class Play to examine socio-emotional and academic adjustment. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(4), 485–500. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.806270>

Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J., et al. (2015). Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Preventive Medicine* (73), 100-105.

Kelsberg, G. (2006). What are effective treatments for oppositional defiant behaviors in adolescents? *The Journal of Family Practice*, 55(10).

Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93–103. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>

López-Romero, L., & Romero, E. (2015). Conduct Problems in Childhood and Adolescence: Developmental Trajectories, Predictors and Outcomes in a Six-Year Follow Up. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 762773.

<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0518-7>

Magai, D. N., Malik, J. A., & Koot, H. M. (2018). Emotional and Behavioral Problems in Children and Adolescents in Central Kenya. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-13.

<http://doi.org/10.1007/s10578-018-0783-y>

Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., et al. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 40-46.

<https://doi.org/10.1007/s00787-004-2007-1>

Merrell, K. W. (2008a). Understanding Internalizing Problems: Depression and Anxiety in Children and Adolescents. In K. W. Merrell, *Helping Students Overcome Depression and Anxiety, Second Edition: a Practical Guide* (pp. 1-18). New York: Guilford Publications. Retrieved from:

https://books.google.pt/books?id=pfQcAgAAQBAJ&pg=PA19&lpg=PA19&dq=How+Internalizing+Problems+Develop+and+Are+Maintained+merrell&source=bl&ots=0sF3b_tv8a&sig=LmDEAtO5arH15hzh8YaYpKbA&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjFv_X5xoDbAhXELFAKHXTMDgEQ6AEIMjAC#v=onepage&q=How%20Internalizing%20Problems%20Develop%20and%20Are%20Maintained%20merrell&f=false

Merrell, K. W. (2008b). How Internalizing Problems Develop and are Maintained. In K. W. Merrell, *Helping Students Overcome Depression and Anxiety, Second Edition: a Practical Guide* (pp. 1-18). New York: Guilford Publications. Retrieved from:

https://books.google.pt/books?id=pfQcAgAAQBAJ&pg=PA19&lpg=PA19&dq=How+Internalizing+Problems+Develop+and+Are+Maintained+merrell&source=bl&ots=0sF3b_tv8a&sig=LmDEAtO5arH15hzh8YaYpKbA&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjFv_X5xoDbAhXELFAKHXTMDgEQ6AEIMjAC#v=onepage&q=How%20Internalizing%20Problems%20Develop%20and%20Are%20Maintained%20merrell&f=false

Newman, B. M., & Newman, P. R. (2018). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (13th ed.). Boston, EUA: CENGAGE Learning.

Nilsen, W. (2012). *Depressive Symptoms in Adolescence: a longitudinal study of predictors, pathways, and consequences*. (Tese de doutoramento, University of Oslo. Retrieved from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/34376>

Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.

Oh, W., Rubin, K. H., Bowker, J. C., Booth-LaForce, C., Rose-Krasnor, L., & Laursen, B. (2008). Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 553–566. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9199-z>

Oliveira-Monteiro, N. R., Nascimento, J., Montesano, F. T., & Azmar-Farias, M. (2013). Competência, problemas internalizantes e problemas externalizantes em quatro grupos de adolescentes. *Bragança Paulista*, 18 (3), 427-436.

Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55–61. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100008>

Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). Allen & Unwin.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8th ed.). Rio Grande do Sul: Artmed.

Parco, D. A., & Jó, P. S. (2015). Conductas Internalizantes y Externalizantes en Adolescentes. *Liberabit*, 21 (2), 253-259.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.

Rabinowitz, J. A., Osigwe, I., Drabick, D. A., & Reynolds, M. D. (2016). Negative emotional reactivity moderates the relations between family cohesion and internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *Journal of Adolescence* (53), 116-126.

Ramos, M. M. (2017). *Autoestima, Autocompaixão e Bem-estar Psicológico na Adolescência* (Tese de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa). Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10451/32861>

Rice, F. P. (1996). *The Adolescent: Development, Relationships, and Culture* (8th ed.). Massachusetts: Allyn & Bacon.

Rothenberger, A., & Woerner, W. (2004). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - Evaluations and applications: Editorial. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 13(2), 1–2. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-2001-7>

Rubin, K. H., Wojslawowicz-Bowker, J. C., & Gazelle, H. (2010). Social withdrawal in childhood and adolescence: Peer relationships and social competence. In K.H. Rubin & R. Coplan (Eds.), *The Development of Shyness and Social Withdrawal* (pp. 131-156). Guilford.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review on Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.* (52), 141-166.

Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* , 1069-1081.

Ryff, C. D., & Keyes, C. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* , 69 (4), 719-727.

Saraiva, C. (2015). Como percebem os Docentes a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Estudo a Docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico. (Tese de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências)

Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21564/1/Tese%20-%20CI%C3%A1udia%20Susana%20Albino%20Alves%20Saraiva.pdf>

Sârbescu, P., Rusu, S., & Costea, I. (2012). The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale in Romania: The Development of a 13 item Short Form. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 3 (2), 37-44.

Sibley, M. H., Pelham Jr., W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Garefno, A. C., et al. (2012). Diagnosing ADHD in Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 139-150. <https://doi.org/10.1037/a0026577>

Siegel, R. S., & Dickstein, D. P. (2012). Anxiety in Adolescents: Update on its Diagnosis and Treatment for Primary Care Providers. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* (3), 1-16.

Retrieved from: <http://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=11727%5Cnhttp://0-ovidsp.ovid.com.lib.exeter.ac.uk/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed14&NEWS=N&AN=368631747>

Siqueira, M. M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

Sprinthall, N. & Collins, A.W. (1994). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Thapar, A., Stephan, C., Pine, D., % Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4). Depression

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011). *The State of the World's Children 2011*. Nova Iorque: Hatteras Press.

Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*, 281-289.

<https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>

Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Kessler, R. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & R. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 50-66). New York: Oxford University Press.

Wilkinson, P. (2009). Conceptualization about Internalizing Problems in Children and Adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14* (2), 373-381. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200007>

White, R., & Renk, K. (2012). Externalizing behavior problems during adolescence: and ecological perspective. *Journal of Child and Family Studies*, *21*, 158-171.

World Health Organization. (1986). Young people's health - a challenge for society. In T. R. Series (Ed.), *Report of WHO Study Group on Young People and "Health for All by year 2000"*. 731. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0634400001

6 mensagens

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

3 de abril de 2018 às 16:15

Para: carlota.oliveira@campus.ul.pt

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0634400001, com a designação A relação entre os problemas internalizantes e externalizantes na adolescência e o bem-estar psicológico., registado em 27-03-2018, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Carlota Jardim de Oliveira

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público [REDACTED], a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e revelando alguma sensibilidade, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.

b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.

c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo B- Requerimento à Direcção da escola para colaboração na investigação



Exmo(a). Senhor(a) Director(a).

O meu nome é Carlota Jardim de Oliveira, e frequento actualmente o 5º ano Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Enquanto aluna desta instituição estou, de momento, a realizar a parte prática da minha dissertação, sob orientação da Professora Doutora Luísa Bizarro, e cujo tema é ‘A relação entre os problemas internalizantes e externalizantes na adolescência e o bem-estar psicológico’. O objectivo deste projeto consiste em estudar o bem-estar psicológico na adolescência. Para tal, procura-se avaliar as diferentes dificuldades a que os jovens estão sujeitos nesta etapa de vida, e o impacto que estas têm no seu bem-estar psicológico.

Para a concretização deste objectivo, solicito a vossa autorização para a aplicação de três questionários, com a duração aproximada de **30 minutos** e em contexto de sala de aula., aos alunos da vossa instituição.

Os dados recolhidos através dos questionários serão totalmente confidenciais, e nenhum dos alunos será identificado. As informações recolhidas serão unicamente utilizadas para fins de investigação académica. A participação dos alunos é totalmente voluntária, e apenas será possível com a autorização dos respectivos Encarregados de Educação.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá entrar em contacto com a investigadora através do seguinte endereço e-mail: XXXXXXXX@campus.ul.pt.

Desde já, agradeço a vossa atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

(Professora Orientadora)

(Discente)



Participação em Investigação

Caro(a) Exmo(a). Sra(a). Encarregado(a) de Educação,

Venho por este meio solicitar a participação do seu educando(a) num projeto de investigação, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, realizado por Carlota Jardim de Oliveira, sob a coordenação da Professora Doutora Luísa Bizarro. A dissertação de mestrado intitula-se “A relação entre os problemas internalizantes e externalizantes na adolescência e o bem-estar psicológico”, e tem como intenção estudar o bem-estar psicológico na adolescência. Para este efeito, pretendemos averiguar que tipo de dificuldades (com que os jovens se deparam nesta fase de grandes mudanças a nível desenvolvimentista) têm um maior impacto no seu bem-estar psicológico. Neste sentido, solicito a participação do seu educando(a) no preenchimento de dois questionários em sala de aula, com a duração aproximada de 30 minutos, numa única sessão.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. A informação recolhida no questionário é totalmente anónima e destina-se apenas a fins de investigação académica, pelo que é completamente confidencial. Para qualquer esclarecimento adicional ou se desejar conhecer os resultados da investigação, poderá contactar a investigadora através do seguinte endereço e-mail: XXXXXXXX@campus.ul.pt.

Desde já, agradeço a vossa atenção e valiosa colaboração,

A aluna de mestrado,

A orientadora,

Carlota Jardim de Oliveira

Professora Doutora Luísa Bizarro

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do aluno(a) _____, declaro que tomei conhecimento do objectivo do estudo e compreendo que a participação do meu educando(a) é estritamente voluntária, anónima e confidencial. Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido(a) em todos os aspectos que considero importantes e autorizo a participação nesta investigação.

Data: ___/___/___

(Assinatura do(a) Encarregado de Educação)

Anexo D: Instrumentos de medida
utilizados
SDQ e EBEPA

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Muito obrigado pela tua ajuda

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO PARA ADOLESCENTES (EBEPA)
(Bizarro, 2001)

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____

INSTRUÇÕES

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que representam sentimentos, pensamentos e opiniões que possas ter tido, em relação a ti próprio, **durante as últimas semanas** (3 a 4 semanas). Assinala, no quadrado respectivo, a frequência com que os tiveste, durante esse período de tempo.

Não há respostas certas nem erradas. Responde com sinceridade, pensando apenas em ti.

USO SUJEITO AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES

Sempre A maior Bastantes Algumas Raras Nunca
 parte das vezes vezes vezes vezes
 vezes

Durante as últimas semanas...

1 - Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Senti-me tão triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Gostei de mim próprio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Andei irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Consegui ver o lado positivo das coisas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Achei a minha vida sem qualquer interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Gostei das coisas que fazia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Senti-me nervoso, tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Senti-me uma pessoa feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Estive empenhado nas coisas que fazia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Senti-me a ponto de explodir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

USO SUJEITO A AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES

Sempre A maior Bastantes Algumas Raras Nunca
 parte das vezes vezes vezes vezes
 vezes

Durante as últimas semanas ...

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 - Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 - Achei que nada aconteceu como eu esperava | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 - Tive dores de cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 - Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia a dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 - Achei que tinha alguém com quem podia desabafar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 - Senti-me ansioso, preocupado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 - Achei que não tinha nada a esperar do futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 - Achei que não era capaz de fazer nada bem feito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 - Senti dificuldade em me acalmar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 - Aconteceram na minha vida coisas de que gostei . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 - Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 - Senti-me tão em baixo que nada me conseguia animar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 - Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 - Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

USO SUJEITO A AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES