

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



VINCULAÇÃO, RELIGIOSIDADE E APROVEITAMENTO ESCOLAR
COMO DETERMINANTES DA DEPRESSÃO E DO BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

Anabela da Silva Santos Franco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



VINCULAÇÃO, RELIGIOSIDADE E APROVEITAMENTO ESCOLAR
COMO DETERMINANTES DA DEPRESSÃO E DO BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

Anabela da Silva Santos Franco

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2014

«Eu sou o Alfa e o Ómega, o Primeiro e o Último, o Princípio e Fim»

(Apocalipse 22:13)

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Bruno Gonçalves, pela disponibilidade, paciência e compreensão com que pautou a possibilidade de concretização da minha dissertação.

À directora da escola, aos directores de turma e aos encarregados de educação que autorizaram a realização deste trabalho.

Aos adolescentes que aceitaram participar e que, com o seu contributo pessoal, constituem o cerne do presente estudo.

Aos colegas de dissertação de mestrado Paulo Lopes, Sandra Dias, Tânia Dias, Vanessa Rodrigues e Neiridénia Delgado, pela participação conjunta neste percurso de vida.

À Ana Paula e à Luísa, pela presença amiga.

Aos meus pais, Ermelinda e Germénio, e aos meus filhos, Ana Rita e João Pedro, pelos laços de afecto que, do passado ao presente, têm sido fonte de segurança e catalisadores de determinação e coragem.

A todos, bem-haja!

Resumo

A adolescência é uma das fases de risco para o desenvolvimento da depressão, um crescente e preocupante problema da saúde pública. Considerando a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, é pertinente articular o estudo da sintomatologia depressiva com o estudo do bem-estar psicológico.

Este estudo visa verificar de que forma a vinculação, a religiosidade e o aproveitamento escolar se relacionam com a sintomatologia depressiva e o bem-estar psicológico nos adolescentes portugueses.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Prática Religiosa Actual (Gonçalves & Fagulha, 2012); Versão portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2004) da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D); Versão portuguesa (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997) das *Scales of Psychological Well-Being* (EBEP), *short form*; *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSOF) (Plante & Boccaccini, 1997, adaptado por Gonçalves & Fagulha, 2012); Versão portuguesa (Ribeiro & Sousa, 2002) do *Adolescent Attachment Questionnaire* (AAQ).

Verificou-se uma correlação negativa e forte entre a vinculação e o bem-estar psicológico ($r = -0,57$), indicando que um melhor ajustamento ao nível da vinculação, correspondente a resultados baixos no AAQ, se relaciona com níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Observou-se que a religiosidade avaliada pelo SCSOF, se correlaciona positivamente com o bem-estar psicológico ($r = 0,17$). Não se verificaram correlações significativas entre o aproveitamento escolar e o bem-estar psicológico. A correlação entre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva é negativa e forte ($r = -0,72$).

Utilizando a análise de regressão múltipla, é possível verificar que a sintomatologia depressiva, o género feminino e a religiosidade avaliada pelo SCSOF são preditores significativos do bem-estar psicológico.

Palavras - chave: Depressão; bem-estar psicológico; religiosidade; vinculação, adolescência.

Abstract

Adolescence is one of the phases of risk for the development of depression, a growing and worrying public health problem. According to World Health Organization – WHO - health definition, is pertinent to articulate the study of depressive symptomatology with the study of psychological well-being.

This study aims to verify how the attachment, religiousness and school performance relate with depressive symptomatology and psychological well-being in Portuguese teenagers.

The instruments used were: Current Religious Practice (Gonçalves & Fagulha, 2012); Portuguese Version (Goncalves & Fagulha, 2004) of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); Portuguese Version (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997) of the Scales of Psychological Well-Being (EBEP), short form; Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSOF) (Plant & Boccaccini, 1997, adapted by Gonçalves & Fagulha, 2012); Portuguese Version (Ribeiro & Sousa, 2002) of the Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ).

There was a strong and negative correlation between attachment and psychological well-being ($r = -0,57$), indicating that a better adjustment in terms of attachment, corresponding to low scores on AAQ, relates to higher levels of psychological well-being. It was observed that religion evaluated by SCSOF, is positively correlated with psychological well-being ($r = 0,17$). There were no significant correlations between school performance and psychological well-being. The correlation between psychological well-being and depressive symptomatology is strong and negative ($r = -0,72$).

Using multiple regression analysis, it is possible to verify that depressive symptomatology, female gender and religiousness, evaluated by SCSOF, are significant predictors of psychological well-being.

Key words: Depression; psychological well-being; religiousness; attachment; adolescence.

Índice Geral

Introdução.....	1
Capítulo 1 – Revisão de Literatura.....	2
1.1 Adolescência.....	2
1.2 Depressão.....	4
1.3 Bem-Estar Psicológico.....	8
1.4 Teoria da Vinculação.....	12
1.5 Religiosidade.....	16
Capítulo 2 – Delimitação do Problema e Definição dos Objectivos e Hipóteses.....	20
Capítulo 3 – Metodologia.....	22
3.1 Participantes.....	22
3.1.1 Caracterização sociodemográfica.....	22
3.1.2 Estatuto e Educação Religiosa.....	23
3.2 Instrumentos.....	23
3.2.1 Questionário.....	23
3.2.2 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	24
3.2.3 Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) – (Versão Reduzida)	25
3.2.4 Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF)	26
3.2.5 Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ).....	26
3.3 Procedimento para recolha de dados.....	28
3.4 Procedimento estatístico.....	28
Capítulo 4 – Resultados	30
4.1 Estatísticas descritivas.....	30
4.1.1 Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) – (Versão Reduzida).....	30
4.1.2 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	30
4.1.2.1 A associação entre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva... ..	30
4.1.3 Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ).....	31
4.1.4 Questionário de Prática Religiosa (QPRA).....	31
4.1.5 Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF).....	31
4.1.6 Aproveitamento escolar.....	31
4.2 Estatística inferencial.....	32
4.2.1 Estudo das Hipóteses	32
4.2.1.1 Hipótese 1	32
4.2.1.2 Hipótese 2.....	32
4.2.1.3 Hipótese 3.....	32
4.2.1.4 Hipótese 4.....	32

4.2.2	Análise dos Objectivos Exploratórios.....	33
4.2.2.1	Objectivo 1	33
4.2.2.2	Objectivo 2.....	33
	Capítulo 5 – Discussão dos resultados.....	35
	Capítulo 6 – Conclusões.....	39
	Referencias Bibliográficas.....	40
	Anexos	46
Anexo 1	Questionário	47
Anexo 2	Consentimento informado (Direcção da Escola)	49
Anexo 3	Consentimento informado (Encarregados de Educação)	50

Índice de Quadros

Quadro 1	- Características sociodemográficas da amostra.....	22
Quadro 2	- Estatuto Religioso.....	23
Quadro 3	- Média e desvio padrão das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff	30
Quadro 4	- Média e desvio padrão do Questionário de Vinculação para Adolescentes...	31
Quadro 5	- Bem-Estar Psicológico e habilitações escolares do pai.....	33
Quadro 6	- Regressão múltipla hierárquica: Bem-Estar Psicológico.....	33

Introdução

A adolescência é um período da vida com contínuas mudanças e desafios ao nível físico, cognitivo, emocional, familiar, escolar e social, não necessariamente negativas ou problemáticas, com vista à autonomia e à responsabilidade pessoal.

Na literatura, a adolescência é referida como o período de maior risco para o desenvolvimento da depressão, associada a múltiplas áreas da vida de um adolescente, nomeadamente familiar, social e escolar e com impacto no seu quotidiano, designadamente o aproveitamento escolar. Reportando-nos à definição de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS, salienta-se a necessidade de investigar e compreender a sintomatologia depressiva nos adolescentes, com referência não apenas aos sinais de sofrimento ou doença, mas também aos sinais de funcionamento psicológico positivo.

A ideia de que o desenvolvimento da depressão está associado a uma perturbação das relações do sujeito com as figuras significativas propõe-nos uma forma de compreender essa psicopatologia na perspectiva da teoria da vinculação, enunciada por John Bowlby em 1958, com sequentes contribuições de Mary Ainsworth e Mary Main.

Sendo a religião uma dimensão importante da pessoa humana, indissociável da sua existência e objecto de estudo científico (Barros, 2000), tem vindo a ser reforçado pela investigação científica o interesse pelo estudo da sua relação com a saúde, em particular a saúde mental, incluindo-se a depressão e o bem-estar psicológico (Levin, 2010).

Neste enquadramento o presente trabalho visa estudar o bem-estar psicológico, com referência à vinculação, à religiosidade e ao aproveitamento escolar, tendo como finalidade contribuir para o estudo da depressão em adolescentes. O efeito de variáveis sociodemográficas, como sejam o género e o nível socioeconómico, será também objecto de estudo.

O trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro, correspondente à revisão de literatura, integra o tema da adolescência, da depressão, do bem-estar psicológico, da teoria da vinculação e da religiosidade. No segundo capítulo procede-se à delimitação do problema e à definição dos objectivos e hipóteses. No terceiro e quarto capítulo, apresenta-se a metodologia e os resultados. Finalmente, no quinto e no sexto capítulo procede-se à análise e discussão dos resultados obtidos e à apresentação das conclusões do estudo, incluindo-se as suas limitações e possíveis sugestões para trabalhos futuros.

Capítulo 1 – Revisão de Literatura

1.1. Adolescência

A adolescência corresponde a um período de maturação entre a infância e a idade adulta, iniciado pelas mudanças fisiológicas da puberdade. A etimologia da palavra (do latim: *adolescere*, que significa crescer), reporta para um processo inacabado, incompleto, em curso para a idade adulta. A Organização Mundial de Saúde - OMS, definindo cronologicamente a adolescência, considera dois períodos: o inicial entre os 10 e os 14 anos e o final, entre os 15 e os 19 anos.

Na generalidade, a sociedade espera por um adulto competente e capaz de estabelecer relações próximas com os outros para que a sua intervenção, qualquer que seja a natureza e contexto, seja um contributo para os demais (Guevara, Cabrera & Barrera, 2007, cit. in Gómez- Bustamante & Cogollo, 2010). Segundo Coimbra de Matos (2007), a adolescência é uma das épocas mais admiráveis e fecundas da vida, um tempo de acelerada expansão da mente, de criatividade e aventura – que comporta a coragem e a ousadia.

Retrospectivamente a ideia de adolescência esteve entre os filósofos, os cientistas e os romancistas que, a seu modo, retrataram a personalidade de muitos adolescentes como sendo impulsivos, imprevisíveis, apaixonados, pouco resilientes e desrespeitadores. Contudo, até ao século XIX o conceito de adolescência era vago ou mesmo inexistente e a transição para o mundo do trabalho que ocorria precocemente e por necessidade, principalmente nas famílias desfavorecidas, constituía o marco para a adultícia. A industrialização e a progressiva migração das famílias para os centros urbanos promoveram o prolongamento da escolaridade e protelaram o início da actividade laboral. Segundo Sampaio (2006), estava criado o período de transição que actualmente corresponde à adolescência.

Se a ideia de adolescência remonta ao século XIX, associada a uma etapa da vida necessária ao estudo, excluindo um número significativo de crianças que cedo se viam forçadas a ingressar no mundo do trabalho, ao longo do século XX perspectivava-se a adolescência associada a um período de regressão e perturbação (Sampaio, 2006). Prevalcia a ideia da inevitabilidade do conflito adolescente, transversal a psicanalistas como Freud, Anna Freud e seus seguidores, incluindo Erikson, que salientou a dimensão social da adolescência.

No final do século XX e início do século XXI as investigações revelam a diversidade de hábitos e de crenças do adolescente, capaz de desempenhar diversos papéis em várias

situações, de viver este período de vida sem conflitos e/ou rupturas significativas e com uma visão mais positiva sobre si do que aqueles que os comentam (Sampaio, 2006).

No seu tempo de mudanças biopsicossociais, o adolescente, um ser em devir, debate-se também com dificuldades várias, frequentemente entendidas como uma crise ao invés de uma oportunidade de crescimento. No contexto relacional e na envolvente sociocultural em que se insere o adolescente experimenta desafios, explora e ensaia estatutos e papéis sociais e, progressivamente, compreende a sua singularidade e o seu papel no mundo.

Referindo-nos ao nascimento psicológico do indivíduo como o processo de separação-individuação, de natureza intrapsíquica e que se reflecte através do ciclo da vida, reportamo-nos a Margaret Malher (1993). Peter Blos (1967), retomando a formulação de Mahler – que descrevera o referido processo na infância, culminando com a aquisição da permanência de objecto - considera a adolescência como um segundo processo de individuação levando à aquisição de um sentido de self autónomo, com limites bem determinados e conferindo-lhe o estatuto particular de estruturador de todo o processo adolescente. O autor postula que as mudanças no *self* e nas representações objectais se desenvolvem numa continuidade relacional.

Subjacente ao processo de separação-individuação, especificamente o segundo processo de individuação (Blos, 1967), estão as perdas características da adolescência, geradoras de sofrimento e angústia, referentes à imagem infantil, aos pais idealizados da infância e à identidade infantil. Segundo Coimbra de Matos (2012), este trabalho de luto é essencial ao crescimento psicoafectivo e ao desenvolvimento social. No presente, o adolescente desinveste o passado para investir no futuro construindo uma imagem de si que lhe confere um sentimento de existência (Levisky 2002; Monteiro & Lage, 2007; Levy, 2007; Outeiral, 2008, cit. in Biazus & Ramires, 2012; Coimbra de Matos 2012).

De acordo com Biazus e Ramires (2012), o processo de separação-individuação é condição necessária para que o adolescente construa a sua identidade e conquiste a sua autonomia. Assim, é essencial que os pais e educadores, face a um eventual sinal de crise atendam às duas faces da mesma (perigo ou desastre, oportunidade e inovação), tolerando, apoiando, motivando e estimulando novas experiências e aprendizagens (Coimbra de Matos, 2007).

Esta identidade própria, centro dinâmico do vivenciar, pensar e agir – e núcleo da psicopatologia da juventude - constrói-se no aproximar do outro e no assimilar das suas qualidades, tão bem como no contraste e no afirmar-se a si próprio (Matos, 2012). Biazus e Ramires (2012), reportando-se a Winnicott (1975/2005) realçam a importância

existencial do olhar materno. Na adolescência o sujeito vive a reedição da experiência vivida aquando criança, procurando, não apenas no olhar materno mas também no olhar social, um contorno para os seus sentimentos e uma sustentação para a reconstrução do seu sistema de representações.

Na perspectiva de Levy (2007), o processo de adolecer é descrito como um reordenamento simbólico, mais do que a construção de uma identidade. O adolescente desligando-se do sistema de representações organizados pelo *self* na infância cria, no encontro com o outro, um novo sistema representacional que dá conta da sua nova subjectividade (Biazus & Ramires, 2012).

Transversalmente às diferentes perspectivas, a qualidade da relação que os adultos estabelecem com o adolescente, na envolvente familiar e socioeducativa, é decisiva para a edificação da sua identidade e conseqüente consolidação da autonomia (Biazus & Ramires, 2012; Coimbra de Matos, 2012; Brito, 2011; Machado, 2009; Sampaio, 2006; Soares, 2006; Ribeiro & Sousa, 2002). Se, por um lado, o adolescente procura diferenciar-se dos seus progenitores afastando-se, por outro lado, é também nos mesmos que procura encontrar as semelhanças, a base das suas identificações. Segundo Gómez-Bustamente e Cogollo (2010), a família, mesmo que frequentemente questionada pelo adolescente, constituiu um dos elementos mais importantes da rede de apoio social, enquanto espaço contendor de ansiedades inerentes ao adolecer.

Como pano de fundo a este *vai e vem* é necessária uma postura dialogante e dialógica. Um espaço de comunicação aberta e fluida entre pais e filhos e de expressão de emoções positivas (Estévez et al., 2005; Jiménez et al., 1999; Pardo et al., 2004, cit. in Moyeda, Velasco & Ojeda, 2009; Sampaio, 2006). Envolvidos na relação parental e reduzindo-se mais à posição de observadores, os pais, empáticos e atentos, não orientam própria e directamente: iluminam o campo (exercem a função de «farol»), deixando tempo e espaço à iniciativa e às escolhas inovadoras (Coimbra de Matos, 2007).

1.2. Depressão

Na literatura a depressão é referida como um crescente e preocupante problema da saúde pública. Tem impacto na qualidade de vida, é uma das causas mais importantes de incapacidade, é responsável pela maioria dos suicídios, perturba a vida familiar e parece afectar o sistema imunológico (Mori & Caballero, 2010; Campos, 2009). Constitui uma das formas clínicas psiquiátricas mais comuns e, hoje, a de mais larga difusão em todos os povos e etnias (Fonseca, 1985, cit. in Campos, 2009).

A prevalência da depressão ao longo da vida está estimada em 17% da população, é maior nos países ocidentais, comparativamente aos do extremo oriente, é maior nas

mulheres, comparativamente aos homens, mais frequente nos sujeitos menos escolarizados, incidindo a idade de início da depressão, predominantemente, na quarta década de vida (Mori & Caballero, 2010; Campos, 2009).

O reconhecimento oficial da depressão em adolescentes, como doença comum, ocorreu em 1975, pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (Bhatara, 1992, cit. in Bahls, 2002). Actualmente, a adolescência é referida na literatura, como uma das fases de risco para o desenvolvimento da depressão. A sua prevalência nesta fase da vida varia entre 0,4% a 10%, com predomínio das raparigas comparativamente aos rapazes. Relativamente à idade a literatura destaca um aumento significativo na passagem da infância para a adolescência (Bahls & Bahls, 2002). Segundo Brito (2011), os adolescentes com depressão estão em alto risco de desenvolverem dependências de drogas, doenças físicas, dificuldades no trabalho académico, na inserção social e de terem problemas com a lei.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, no ano de 2020 a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral sendo prioritária no que respeita à intervenção, prevenção e tratamento (Campos, 2009; Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011).

Em Portugal, segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º relatório (2009) e no que respeita à prevalência anual de perturbações psiquiátricas, a perturbação depressiva foi a segunda mais frequentemente encontrada (6,8%), com respectivamente 11,7%, 59% e 29,3% de gravidade ligeira, moderada e grave. Ainda de acordo com o mesmo estudo e em relação ao risco de sofrer de perturbações depressivas, as mulheres são as que apresentam maior risco, comparativamente aos homens, bem como o grupo de menor idade, especificamente dos 18 aos 34 anos, comparativamente aos grupos dos mais idosos.

O estudo de Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), realizado com adolescentes, estudantes de escolas públicas na região de Setúbal, concluiu que a percentagem de jovens (11%) que evidenciam sintomas depressivos é considerável, observando-se diferenças significativas quanto ao género, maior prevalência de sintomas nas raparigas, e quanto à profissão da mãe, maior prevalência de sintomatologia depressiva nos jovens cujas mães são menos escolarizadas. De acordo com os seus autores, o estudo baseou-se conceptual e metodologicamente no trabalho de Marujo (1994) e utilizou como instrumento de avaliação o Inventário de Depressão para Crianças (CDI), na adaptação de Marujo (1994), do original Children's Depression Inventory (Kovacs & Beck, 1977; Kovacs, 1985).

Acrescente-se ainda o estudo realizado por Salle, et al. (2012), cujos resultados reflectem, segundo os autores, que a depressão é mais prevalente entre as raparigas, comparativamente aos rapazes. A população alvo deste estudo foram estudantes de idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos e os instrumentos de avaliação da depressão foram os seguintes: CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BDI – Beck Depression Inventory, CRS – Carrol Rating Scale e SRQ -20 – Self-Report Questionnaire.

Na perspectiva psicodinâmica, a depressão é a doença da perda, perda afectiva na infância, do amor do objecto (pessoa significativa, aquele(a) que cuida) e o sofrimento daí resultante (Campos, 2009; Coimbra de Matos, 2007).

Segundo Campos (2009), quando as relações interpessoais com as pessoas significativas foram disfuncionais, ficando aquém do necessário e desejado pelo sujeito, estrutura-se uma personalidade dita depressiva, vulnerável a depressão clínica. Estrutura que condiciona e favorece as futuras relações interpessoais e que se vai consolidando pelas consequentes experiências de frustração. De acordo com o autor, o fenómeno depressivo *latu senso* parece ser um fenómeno de espectro, na intensidade e na duração, e não um fenómeno categorial, remetendo-nos assim para a perspectiva dimensional das perturbações depressivas. Entendendo-se o fenómeno depressivo como um contínuo e não como um conjunto de entidades nosológicas distintas e independentes.

A investigação clínica sobre a depressão levanta a questão da natureza e a questão da qualidade da perda. Quanto à natureza, o que se encontra na génese da depressão verdadeira é a perda do amor de objectos (pessoas) significativos e não a perda de objectos (pessoas) significativos. Esta última caracteriza o luto. Quanto à qualidade da perda, na depressão propriamente dita, a perda foi a do amor de objectos (pessoas) significativos, o amor dedicado, generoso e oblativo (Coimbra de Matos, 2007).

No que respeita aos factores de risco na adolescência, a literatura destaca a presença de depressão num dos progenitores, o abuso físico e sexual, a perda do(s) progenitor (es), irmão(s) e/ou amigo(s) íntimo(s), o baixo aproveitamento escolar, a ausência da percepção de apoio por parte do(s) progenitor(es), os problemas de comunicação entre pais e filhos, a percepção por parte do adolescente da existência, no seio familiar, de significativa hostilidade e conflitualidade, o sentimento de rejeição e/ou de falta de afecto e disponibilidade (Shafii & Shafii, 1992; Brent, 1993; Lewinsohn, 2000, cit. in Bahls, 2002; Estévez, Musitu & Herrero, 2005; Jiménez et. al, 1999; Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes & Rivera, 1997; Pardo et al., 2004, cit. in Moyeda, Velasco & Ojeda, 2009).

Realçam-se os estudos que evidenciam uma relação entre a depressão e os problemas escolares, nomeadamente a retenção, o abandono e o fraco aproveitamento escolar (Campo-Arias, González, Sanchez, Rodríguez, Dallos & Díaz-Martínez, 2005; Díaz, Prados & López, 2002; Galicia, Sánchez & Robles, 2007; Pérez & Urquijo, 2001, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011), não se clarificando a natureza da referida relação, quanto ao sentido e significância. A relevância da investigação neste âmbito é ainda reforçada por Moyeda, Velasco e Ojeda (2009), pela diversidade de instrumentos, utilizados na avaliação da depressão, e de critérios, utilizados na análise do aproveitamento escolar.

Segundo Ojeda, Velasco e Moyeda (2011), a investigação realizada aponta para um melhor aproveitamento escolar nas raparigas, comparativamente aos rapazes, principalmente nos níveis de ensino básico. Os autores reportam-nos para comportamentos e atitudes entendidas como “femininas”, nomeadamente a organização dos materiais de estudo, o empenho e participação nas actividades escolares, e para as expectativas da família e dos professores relativamente a um melhor desempenho escolar por parte das raparigas, associando-se, assim, o êxito escolar à valorização pessoal (Cervini & Dari, 2009; Gómez, 2000, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011).

Relativamente ao sexo e a sua relação com o aproveitamento escolar e a depressão Ojeda, Velasco e Moyeda (2011), salientam a existência de estudos cujos resultados apontam para um melhor aproveitamento escolar nas raparigas, comparativamente aos rapazes, sendo que são também as mesmas que apresentam maiores níveis de depressão (Cervini & Dari, 2009; Gomez, 2000). Este facto resultaria, por um lado, de uma maior pressão do contexto social sobre as raparigas, no que respeita ao aproveitamento escolar e, por outro lado, à tendência para atribuir o fracasso a factores internos nas raparigas (pensamentos repetitivos e auto culpabilização face ao insucesso) e a factores externos nos rapazes, com implicações diferenciadas no respectivo estado emocional (Cerezo & Casanova, 2004; Seligman, 2008, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011).

O estudo realizado por Ojeda, Velasco e Moyeda (2011), sugere uma relação negativa entre os níveis de depressão e o nível etário, exceptuando-se, no sexo feminino, a idade dos 16 anos, altura em que se regista um aumento do índice de depressão o que, segundo os autores, pode estar associado ao elevado número de retenções observado nesse grupo. Reportando-se a Díaz, Prados e López (2002), os autores referem que as experiências de fracasso e frustração subjacentes à discrepância entre o nível etário e o nível de escolaridade, associado à susceptibilidade das raparigas ao insucesso, em parte, justificariam a probabilidade de maiores índices de depressão.

Um outro estudo de Moyeda, Velasco e Ojeda (2009), sugere que existe uma fraca relação negativa e significativa, entre o aproveitamento escolar, cujo critério foi a média das classificações por disciplina, e a sintomatologia depressiva, avaliada com o Inventário de Depressão de Kovacs. No mesmo estudo e utilizando o Teste de Depressão de Zung, a relação encontrada foi, igualmente, negativa embora mais fraca e não significativa. O mesmo autor citando Campos-Arias et al. (2005) refere estudos que não encontraram diferenças significativas no aproveitamento escolar entre grupos de adolescentes com depressão e sem depressão, reportando-nos para outros factores eventualmente associados ao baixo aproveitamento escolar, nomeadamente o nível socioeconómico (González-Forteza, Villatoro, Pick & Collado, 1998) e a participação em programas de prevenção do desenvolvimento da sintomatologia depressiva, com resultados positivos no aproveitamento escolar (Pérez & Urquijo, 2001).

No que respeita ao aproveitamento escolar por disciplina e sua relação com a depressão, salientam-se as investigações que apontam para uma associação significativamente negativa entre a depressão e a disciplina de Matemática. (Campo-Arias, et al., 2005, cit. in Moyeda, Velasco & Ojeda , 2009).

Se a investigação sobre a saúde mental visava o estudo das perturbações psiquiátricas, entre as quais a depressão, tem vindo a ser realçada a necessidade de investigar, igualmente, aspectos inerentes ao funcionamento psicológico positivo (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Labiano, 2007; OMS, 2004; Vázquez & Hervas, 2008, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011; Novo, 2005a).

1.3. Bem-Estar Psicológico

No final do século XX e início do século XXI a Psicologia Positiva integrou conceitos muito diversos como sejam a esperança, a responsabilidade, a competência, a sabedoria, a criatividade, o optimismo, a autenticidade, a compaixão e o bem-estar (Novo, 2005ab), com implicações na intervenção e tratamento da sintomatologia depressiva (Peterson & Park, 2004; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011).

O bem-estar, durante séculos alvo de atenção por parte de filósofos e pensadores, veio, sobretudo a partir da última década do século XX, a ser reconhecido como tópico de importância científica (Fernández-Ballesteros, 2003, cit. in Novo, 2005a). Segundo Solano (2009), classicamente o bem-estar estava associado às emoções positivas e à ausência de emoções negativas, a unidimensionalidade do constructo que, segundo o mesmo autor, Carol Ryff (1989) refutava. Numa perspectiva multidimensional, o bem-estar é um

constructo que vai além da estabilidade das emoções positivas, denominada pela sabedoria popular como felicidade (Schumutte & Ryff, 1997, cit. in Solano, 2009).

Ter ou Ser, duas faces da felicidade, duas perspectivas teóricas dominantes em torno do bem-estar, no âmbito da psicologia (Novo, 2005a). A primeira, designada de bem-estar subjectivo, oriunda de estudos sobre o *hedonismo*, reside na identificação do nível de felicidade e satisfação dos indivíduos e visa identificar as condições sociodemográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas. A *satisfação do ter* e a gratificação imediata. A segunda, designada de bem-estar psicológico, oriunda de estudos sobre o *eudaimonismo*, conceito aristotélico centrado em valores humanistas e existenciais. 'A actividade da alma dirigida pela virtude' e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do *daimon* ou verdadeiro *self*. O *desenvolvimento do ser* e a ética subjacente à procura de gratificação diferida. (Fernandes, 2007; Novo, 2005ab).

Neste enquadramento, salientam-se os estudos da dinâmica psicológica do bem-estar, particularmente o modelo de bem-estar psicológico, proposto por Carol Ryff no final dos anos 80 (Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011; Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010; Solano, 2009; Fernandes, 2007; Novo, 2005ab). Baseado em conceitos originários da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental (Ryff, 1989a), o modelo estabelece seis dimensões consideradas nucleares do desenvolvimento e da expressão da normalidade, num sentido positivo e de bem-estar, a saber: aceitação de si, relações positiva com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objectivos na vida e autonomia (Ryff, 1995; Vásquez, Hervas, Rahona & Gómez, 2009, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011; Solano, 2009; Fernandes, 2007; Novo, 2005ab; Ryff & Keyes, 1995).

O bem-estar psicológico está, implicitamente, relacionado com a personalidade e traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento psicológico positivo (Solano, 2009; Novo, 2005b). Abrange a área da percepção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro (Novo, 2005a). Neste modelo, a felicidade é entendida como produto do desenvolvimento e da realização da pessoa humana (Ryff, 1989b, cit. in Novo 2005a), indo além da ideia de que é um fim em si mesma ou um objectivo de vida.

Enquanto processo dinâmico variável com o tempo, à medida que os indivíduos lidam com os desafios existenciais da vida (Novo, 2005ab; Kwan, Love, Ryff & Essex, 2003, cit. in Fernandes, 2007; Solano, 2009), o bem-estar é um importante preditor de saúde física, de longevidade, de relações interpessoais e do normal funcionamento psicológico (Diener & Biswas-Diener, 2008, cit. in Solano, 2009). Na literatura é também referida a relação entre o bem-estar e a qualidade das interações sociais, das relações familiares positivas

e da auto estima (Shek, 2000; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Suedan, 2005, cit. in Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010).

No estudo realizado por Fernandes (2007), com adolescentes portugueses e no que respeita aos níveis médios de bem-estar psicológico, avaliado através das Escalas de Bem-Estar Psicológico de C. Ryff, verificou-se um aumento entre os 12-13 anos, os 14-15 anos e os 16-17 anos, sendo que o decréscimo se observou entre os 13-14 anos, os 15-16 anos e os 17-18 anos. A fase inicial da adolescência foi identificada como o período etário de maior vulnerabilidade, no que respeita ao funcionamento psicológico positivo.

Relativamente à variável género, a maior parte dos estudos sugerem a ausência de diferenças significativas nas diversas dimensões, à excepção das relações positivas com os outros e do crescimento pessoal, em relação às quais o género feminino revela níveis mais elevados (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1989, 1995, Ryff et al., 1991; Ryff et al., 1993, cit. in Novo et al., 1997; Novo, 2005a; Fernandes, 2007). Contudo, outros estudos evidenciaram resultados algo contraditórios a estes, na medida em que o género masculino revelou níveis mais elevados nas dimensões crescimento pessoal (Novo et al. 1997; Novo, 2005a), e aceitação de si (Fernandes, 2007) e mais elevados e significativos em todas as dimensões, à excepção das relações positivas com os outros, cujas diferenças não foram significativas (Ruini, Ottolini; Rafanelli, Tossani, Ryff & Fava, 2003, cit. in Fernandes, 2007).

O nível socioeconómico tem, igualmente, sido alvo de interesse nos estudos relacionados com o bem-estar psicológico (Novo, 2005a; Fernandes, 2007). De acordo com Novo (2005a), as diferenças interindividuais, por referências às variáveis sociodemográficas, têm contribuído para delinear os contornos globais do constructo. Segundo a autora, os dados actualmente disponíveis desafiam o que nos foi dado a conhecer por Wilson (1967), na medida em que salientam a não linearidade das associações entre o bem-estar e os factores sociodemográficos, nomeadamente a idade, o sexo, o estado civil, o nível de educação, a saúde e a riqueza.

A par dos processos de desenvolvimento, das emoções e dos traços de personalidade, referidos na literatura, a sistematização dos dados empíricos em torno do bem-estar sugere, igualmente, a influência dos indicadores de desenvolvimento dos países, das hierarquias sociais, das oportunidades de vida, de liberdade, de escolha e de acesso aos recursos da comunidade (Diener et al., 2003; Keyes & Shapiro, 2004; Ryan & Deci, 2001; Ryff, Magee, Kling, & Wing, 1999, cit. in Novo 2005a).

O estudo de Ojeda, Velasco e Moyeda (2011), realizado com adolescentes, aponta para a ausência de diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas, no que respeita ao

bem-estar psicológico, para uma relação negativa e significativa entre o bem-estar psicológico e a depressão e para uma relação positiva e moderada entre o bem-estar e o aproveitamento escolar. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Inventário de Depressão Kovacas (1992) e as Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff (39 itens). O critério de avaliação do aproveitamento escolar foi a média aritmética das avaliações das disciplinas do plano curricular. Relativamente à variação do bem-estar psicológico em função do género, os autores referem investigações cujos resultados sugerem, igualmente, a ausência de diferenças significativas entre os dois sexos (Chávez, 2006; Casullo, 2002).

O estudo de Gómez-Bustamante e Cogollo (2010), realizado com adolescentes aponta para uma relação positiva e significativa entre o bem-estar (avaliado através do Índice de Bem-Estar Geral, WHO-5), a auto estima (avaliada através da Escala de Rosenberg), a religiosidade, particularmente a atitude face ao cristianismo (avaliada através da Escala de Francis) e as relações interpessoais no seio da família (avaliadas através da Escala de APGAR). O autor refere estudos que são coincidentes com estes resultados, no que respeita à religião como fonte de apoio (Barnes et al, 2001), à relação positiva entre o bem-estar e as relações familiares (Ballesteros, 2006), à relação positiva entre o bem-estar e a qualidade dos vínculos com os pares e com a família (Casullo et al, 2002) e o papel da família enquanto facilitador ou não do bem-estar (Cassidy, 2000).

O estudo realizado por Fernandes (2007), sugere que o efeito da prática religiosa (ir à missa, catequese ou outros actos religiosos públicos) nas diferentes dimensões de bem-estar não é significativo, apesar de os praticantes reportarem níveis médios de bem-estar “tangencialmente” superiores. Segundo o autor, estes resultados são pouco esclarecedores no que respeita à importância do envolvimento religioso dos adolescentes no seu funcionamento psicológico.

De interesse para o cidadão comum, o bem-estar é referido como útil no delineamento de propostas de prevenção e/ou de intervenção, quer no domínio clínico quer no domínio educativo, para promover a mudança no sentido da saúde mental (Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010; Novo, 2005a). Contudo, ainda que seja clara a relação entre o bem-estar psicológico e a depressão, há que considera-los separadamente (Diáz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007; Vázquez, 2009, cit.in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011), dever-se-á, em paralelo, promover estratégias para prevenir ou minimizar os níveis de depressão, atendendo assim de forma integrada à saúde mental do adolescente (Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011).

1.4. Teoria da Vinculação

Na generalidade identificam-se três fases inerentes ao desenvolvimento da teoria e investigação da vinculação (Ramires & Schneider, 2010; Machado, 2009; Sampaio, 2006; Soares & Dias, 2007; Soares, 2006).

A primeira fase corresponde aos estudos de Bowlby, situa-se entre os anos 40 e 60 e evidencia o impacto e os efeitos das experiências de separação e de perda da figura de vinculação. A separação prolongada estaria associada a um tipo específico de psicopatia que Bowlby designou por “vazio de afecto”, expressando-se na incapacidade de exprimir, construir ou compreender uma relação de afecto (Machado, 2007; Soares, 2006).

Na segunda fase, década de 70, os estudos de Mary Ainsworth e colaboradores, constituíram contributo ao nível metodológico, no que se designa como abordagem *multi*, e ao nível conceptual, no papel da figura de vinculação na construção da segurança da vinculação. O contributo metodológico remete-nos para as observações naturalistas e longitudinais realizadas por Mary Ainsworth (1963,1967), numa tribo do Uganda e, posteriormente, no contexto familiar em Baltimore (1978). Na sequência destas observações Ainsworth construiu uma situação de observação controlada, a *Situação Estranha*, que foi o primeiro procedimento laboratorial de operacionalização e avaliação da qualidade da vinculação.

Destacando o papel da figura de vinculação como base segura, relativamente à sensibilidade e à responsividade, a vinculação adquire o estatuto de constructo relacional. A segurança na vinculação é definida como o estado de se sentir confiante ou não perturbado relativamente à disponibilidade da figura de vinculação.

Neste enquadramento, Ainsworth e continuadores (1978, 1986) classificaram as organizações comportamentais da vinculação em quatro categorias: segura (a criança mostra confiança na disponibilidade da figura de vinculação para regular as suas emoções); insegura-evitante (em situações stressantes a criança exprime indirectamente as suas emoções negativas, evitando ou ignorando a figura de vinculação); insegura-resistente ou ambivalente (a criança oscila entre movimentos de aproximação e evitamento da figura de vinculação sendo ineficaz na obtenção de segurança); desorientada/desorganizada (a criança revela comportamentos paradoxais e contraditórios, traduzindo uma resposta de medo, *da* ou *pela* figura de vinculação).

Na década de 80 Mary Main e colaboradoras, trabalhando com a população adulta mudam o foco da investigação do domínio comportamental para o domínio representacional, abrindo o horizonte da vinculação a todo o ciclo de vida. Retomando as noções de Bowlby e Ainsworth, Main e colaboradoras, num estudo longitudinal e com

base na *Adult Attachment Interview* – AAI, identificaram uma associação significativa entre o padrão de organização mental da figura de vinculação e o padrão de organização comportamental do seu bebé, observado na *Situação Estranha*, cinco anos antes. As diferenças na organização da vinculação são entendidas como diferenças individuais na representação mental do *self* em relação à vinculação. Do foco no comportamento para o foco na representação e na linguagem.

Segundo Soares (2006), o movimento conceptual de Bowlby atravessa o contexto biológico/evolutivo, o contexto transgeracional e está no cerne da psicopatologia do desenvolvimento. Contudo e de acordo com a mesma autora, estudos atuais, sublinhando a plasticidade do organismo humano face aos efeitos da adversidade e acentuando a subtilidade do vínculo, oferecem-nos uma visão menos patologizante.

Nesta perspectiva Soares e Dias (2007), destacam conceitos inerentes à teoria e investigação da vinculação no que respeita à relação entre a vinculação e a psicopatologia, nomeadamente: as trajectórias ao longo do desenvolvimento, tal como proposto por Bowlby (1969, 1973, 1980); os modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1969); as estratégias comportamentais e a desorganização da vinculação (Bowlby, 1973, 1980).

Em relação ao primeiro conceito, a psicopatologia é concebida como um desvio no desenvolvimento resultado de sucessivas (des)adaptações, ou seja, a psicopatologia é previsível, face a um padrão de vinculação inseguro iniciado na infância, se o desvio na trajectória adaptativa for continuado (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999, cit. in Soares & Dias, 2007).

Os modelos dinâmicos internos desenvolvem-se durante os primeiros anos de vida, na interacção do bebé/criança com o prestador de cuidados e reflectem os conhecimentos e expectativas sobre a resposta deste último aos pedidos de ajuda e protecção, particularmente a sua sensibilidade e responsividade. Estes modelos actuam sobre o comportamento, interferem na memória e na atenção, têm uma função regulatória, quer ao nível da realidade quer ao nível das emoções, funcionam como referências na interpretação das experiências e dos comportamentos de vinculação (Biazus & Ramires, 2012; Soares & Dias, 2007).

As estratégias comportamentais integram o equipamento comportamental do sujeito e visam a sua adaptação ao meio, podendo distinguir-se entre primárias (os comportamentos de vinculação) e secundárias (o sistema de vinculação). A desorganização da vinculação expressa o colapso das estratégias organizadas (tipo seguro ou inseguro) (Soares & Dias, 2007, Sampaio, 2006).

A partir dos anos 80 e na linha da transgeracionalidade da vinculação, o foco das investigações estende-se à adolescência e à idade adulta. Neste enquadramento, destacam-se, no processo de desenvolvimento pessoal, as relações de vinculação para além da infância (Ainsworth, 1985; Weiss, 1991; West & Sheldon-Keller, 1994, cit. in West et al., 1998).

Na adolescência há uma reorganização da vinculação que ocorre gradualmente, da relação com os pais para as relações e o desenvolvimento de laços com os pares, sendo que o sucesso no desenvolvimento de laços com outras figuras é influenciado pelos padrões de vinculação desenvolvidos na infância. Contudo, a maioria dos adolescentes deseja e necessita manter os pais como figuras de reserva, continuando a procurar o suporte parental em momentos de “*distress*” (West et al. 1998).

O sentimento de segurança traduz-se na confiança/certeza na acessibilidade, disponibilidade e sensibilidade da figura de vinculação, enquanto o sentimento de insegurança se traduz nas dúvidas e receios de que a figura de vinculação não esteja (seja) disponível (Machado, 2007).

Referindo-se a Allen e Land (1999), Machado e Oliveira (2007), salientam o papel das mudanças inerentes à adolescência, particularmente ao nível cognitivo, físico, familiar e social, com implicações nas relações de vinculação, sendo que a concepção do *self* se torna progressivamente mais internalizada e menos dependente. Segundo as autoras, o adolescente acede assim, progressivamente, a uma mais ajustada compreensão da perspectiva ou desejos dos pais e/ou pares.

Estudos realizados permitiram compreender a reorganização da vinculação na adolescência, em torno das relações com os pais e com os pares (Allen & Land, 1999, cit. in Soares, 2006). Se na adolescência os laços com os pais parecem ser ligações que restringem, mais do que ligações que securizam e fixam, a investigação tende a mostrar que a autonomia do adolescente se estabelece mais facilmente, não à custa da vinculação com os pais, a qual é desejável que perdure, mas sim num contexto de relações seguras, promotoras de um sentimento de segurança (Allen & Land, 1999, cit. in Ribeiro & Sousa, 2002). Segundo West et. al. (1998), a qualidade das relações em contexto familiar é referida nas investigações relativas à etiologia das perturbações emocionais em adolescentes.

A partir da adolescência a vinculação passa a ser recíproca, ou seja, cada parceiro é figura de vinculação do outro. Por outro lado, a figura dos progenitores, enquanto figuras de vinculação principais, é substituída, normalmente por um par, realçando-se o papel de

outras pessoas como potenciais figuras de vinculação, nomeadamente irmãos, familiares, professores, treinadores, padres e amigos (Colin, 1996, cit. in Ribeiro & Sousa, 2002).

Se a construção de novas relações significativas vai além da matriz inicial da relação pais - filhos, a dimensão relacional, particularmente entre pais e filhos, não se esgota entre a infância e a adolescência (Allen & Land, 1999, cit. in Soares, 2006; Machado, 2007). Contudo, investigações recentes sugerem que a estabilidade da vinculação, entre a infância e a adolescência, seria mediada por experiências desestruturantes como sejam os maus-tratos infantis, a depressão materna e o mau funcionamento familiar na adolescência (Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000, cit. in Tapia & Bravo, 2006).

De acordo com Machado e Oliveira (2007), a relevância da vinculação aos progenitores na adolescência é documentada em diferentes estudos que encontram relações positivas entre o padrão seguro de vinculação e diversos indicadores psicossociais, nomeadamente o desenvolvimento da identidade/autonomia psicológica (Cicchetti & Rogosch, 2002; Scharf, Mayseless & Kivenson-Baron, 2004), a capacidade para estabelecer relações próximas (Ainsworth, 1991; Cicchetti & Rogosch, 2002; Scharf, Mayseless & Kivenson-Baron, 2004) e o sentimento de bem-estar (Armsden & Greenberg, 1987; Love & Murdock, Raja, McGee & Stanton, 1992). Em relação ao padrão inseguro de vinculação as autoras referem a sua relação com problemas diversos de comportamento interiorizados e/ou exteriorizados (e.g. Cicchetti, Toth & Lynch, 1995; Claes, Lacourse, Ercolani, Pierro, Leone & Presaghi, 2005; Machado, 2004; Soares, 2000).

No que respeita à relação da vinculação com o bem – estar psicológico e a depressão, a investigação tem demonstrado existirem relações positivas entre a vinculação segura às figuras parentais e o bem-estar e relações negativas entre a vinculação segura e a depressão (Kenny et al., 1998, cit. in Ribeiro & Sousa, 2002). No estudo realizado por Bravo e Tapia (2006), verifica-se a existência de uma relação entre a percepção da relação com os pais e a depressão. Maior zanga e menor percepção de disponibilidade está associada a maiores índices de depressão. Para avaliar a depressão e a vinculação foram utilizados os seguintes instrumentos: a Escala CDI, Children's Depression Inventory, para a população espanhola (Del Barrio, Moreno-Rosset & López-Martinez, 1999); o Questionário AAQ, Adolescent Attachment Questionnaire (West et al., 1998).

A literatura clínica sobre adolescentes e adultos aponta para a existência de uma associação entre o padrão inseguro de vinculação e a psicopatologia, incluindo-se a depressão (Soares & Dias, 2007; Machado & Oliveira, 2007; Egeland & Carlson, 2004, cit. in Bravo & Tapia, 2006). A relação entre depressão na adolescência e a vinculação tem

sido objecto de muitas investigações, referindo-se a representação da vinculação aos pais, no decurso da adolescência, como sendo uma das variáveis a ter em consideração no desenvolvimento da depressão (Biazus & Ramires, 2012; Egeland & Carlson, 2004, cit. in Bravo & Tapia, 2006).

1.5. Religiosidade

A religião como fenómeno abrangente, presente em todos os tempos e culturas, tem vindo a ser abordada sob diversos pontos de vista, incluindo-se o psicológico, estando associada a uma multiplicidade de termos, nomeadamente “religiosidade”, “sagrado”, “mistério”, “transcendente”, “espiritualidade”. Enquanto fenómeno natural ao Homem, indissociável da existência humana, a religião (do latim *religare*: que significa atar ou ligar-se a Deus), nasce da tentativa de “relação” com Alguém superior e influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os Homens, a tolerância, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar, social e profissional (Barros, 2000).

Os primeiros estudos sobre a religião numa perspectiva psicológica datam do início século XX, particularmente no que respeita à sua influência no sistema de crenças pessoais e à importância das emoções sentidas durante as experiências religiosas (William James, 1902) e no âmbito da compreensão do período de evolução da adolescência (Stanley Hall, 1904).

Segundo Barros (2000), a psicologia como ciência do comportamento ou da personalidade, pode considerar a religião como a dimensão capaz de dar unidade ao ser humano fragmentado, capaz de o fazer viver em e para a comunidade, devolvendo-lhe, assim, o equilíbrio, a paz interior e a esperança. O autor considera que teólogos e cientistas têm vindo a desenvolver o interesse pela integração da psicologia e da religião, embora com alguma resistência e receios de ambas as partes. Face à complexidade do fenómeno impõe-se uma abordagem multidimensional, que atenda aos seus diferentes aspectos, nomeadamente a crença ou doutrina (dimensão cognitiva), o ritualismo (dimensão comportamental), a moral (o corpo doutrinal) e a comunidade ou consciência de grupo (expressão conjunta de todas as dimensões).

Perdurando a tendência religiosa do ser humano (Elíade, 1956, cit. in Queiroga, 2012) envolvendo a procura do transcendental, na “busca de significado” (Barros, 2000; Queiroga, 2012), a literatura tem vindo a distinguir espiritualidade de religião. Na primeira o foco reside em aspectos que se encontram no âmbito pessoal, individual e íntimo, seja experimentado ou sentido (Queiroga, 2012). É a procura de sentido e significado para a vida (MuraKami & Campos, 2012; Koenig et al. cit. in Stroppa & Moreira- Almeida, 2008; Williams & Sternthal, 2007). A religião é definida como um sistema organizado de crenças,

práticas, rituais e símbolos (Koenig et al., cit. in Stroppa & Moreira- Almeida, 2008; Williams & Sternthal, 2007; Barros, 2000). Trata-se do institucionalizado, determinado por um grupo e externo ao indivíduo (Queiroga, 2012).

De acordo com Barros (2000), para além do ritualismo simbólico e do sentido comunitário, na religião está ainda presente a crença numa força sobrenatural e a ordenação da vida em consonância com a mesma, reportando-nos para o subjectivo, o individual, e o objectivo, o social. Neste enquadramento, o autor diferencia religião de religiosidade, definindo esta última como a tendência para os sentimentos religiosos ou a abertura ao sobrenatural, de forma difusa e descomprometida. A religiosidade reporta-nos para o grau individual de adesão às crenças, doutrinas e práticas de uma determinada religião (Williams & Sternthal, 2007; Miller & Thoresen, 2003) e para o envolvimento religioso e seu reflexo na vida da pessoa, o quanto influencia o seu quotidiano, os seus hábitos e sua relação com o mundo (Levin, 2010; Stroppa & Moreira- Almeida, 2008).

Numa perspectiva psicológica e de entre os autores que no decorrer do século XX contribuíram para o estudo da religião, refira-se Gordon Allport (1950) que, na sequência dos trabalhos de William James, considerou a religião como um fenómeno *normal* (não patológico e/ou imaturo), um factor promotor da saúde mental, de unificação e sentido da vida. O que está em causa é uma religiosidade madura, acentuando-se as variáveis cognitivas e conscientes da religião sobre as meramente afectivas e inconscientes (Barros, 2000).

De acordo com Gordon Allport a religiosidade pode ser intrínseca ou extrínseca (Stroppa & Moreira- Almeida, 2008). A primeira é dinâmica, leva a pessoa a superar-se continuamente, a segunda é estática e provem de necessidades de defesa e protecção (Barros, 2000; Stroppa & Moreira- Almeida, 2008). Segundo Barros (2000), a religião está, dialecticamente, situada entre ambas. Contudo, reforça o autor, não existe um tipo ideal de viver a religião.

O processo de desenvolvimento religioso na adolescência depende, segundo Barros (2000), do respectivo ambiente sociocultural, do desenvolvimento cognitivo, afectivo, e socio-moral. De acordo com o mesmo autor, o adolescente, a par do desenvolvimento cognitivo que lhe é inerente nesta fase da vida, tende a rever as teorias e práticas religiosas da infância e a desenvolver uma atitude crítica face às mesmas. Este processo de revisão pode levar ao progressivo afastamento dos sacramentos religiosos e da oração ou à 'conversão', ou seja, a mudança de uma religiosidade de certo modo inconsciente e objectiva para uma religiosidade mais consciente e subjectiva. O resultado poderá ser o

cepticismo e indiferença com o conseqüente abandono da prática religiosa ou o aprofundamento da fé.

Na linha do desenvolvimento socio-moral, segundo Piaget e Kolberg, o adolescente já deve ter passado da vivência moral baseada nas proibições exteriores para uma consciência motivada pela razão (em termos psicanalíticos, a introjecção de normas parentais), deixando que seja o ego esclarecido a controlar o comportamento. Segundo Kolberg, se por um lado, o adolescente procura a aprovação social, agindo a partir das expectativas de terceiros (conformidade), por outro lado, consegue passar ao nível pós-convencional baseando a sua conduta em princípios gerais e universais. Numa visão positiva e tolerante, a religião pode funcionar como suporte de autonomia moral e/ou como aliviadora da culpa, pautando o adolescente a sua conduta pela própria consciência esclarecida pela fé (Barros, 2000).

Na perspectiva da teoria do desenvolvimento psicossocial (Erikson), o adolescente interroga-se sobre a sua identidade, o sentido da vida e o seu futuro, sentindo-se, em alguns casos, confusos e desorientados (identidade vs confusão). A religião, se apresentada numa perspectiva positiva e promotora do desenvolvimento das potencialidades do adolescente, pode funcionar como factor de estabilidade emotiva ou de equilíbrio da personalidade (Barros, 2000).

No estudo realizado em Portugal Continental, cujos participantes tinham idade igual ou superior a 15 anos verificou-se sinais de uma socialização católica, numa ordem decrescente, do baptismo ao crisma, evidenciando-se a sua diminuição ao longo da adolescência e até à idade dos jovens adultos. Quanto aos que, no mesmo estudo, se auto classificaram como católicos praticantes ou católicos não praticantes, observou-se, percentualmente, uma proximidade entre ambos os grupos, com predomínio dos católicos praticantes, 56,1%, comparativamente aos católicos não praticantes (Teixeira, 2011).

A ideia de que a religião se associa à saúde, em particular a saúde mental, tem vindo a ser reforçada pela investigação científica (Plante & Boccaccini, 1997; Williams & Sternthal, 2007; Koenig, 2007; Stroppa & Moreira- Almeida, 2008; Dalgarrondo, 2006; Ellison & Levin, 1998, cit. in Levin, 2010). Segundo Dias (2011), muitos dos estudos concluem também e com alguma frequência, em favor do seu papel preditivo relativamente ao bem-estar psicológico e às atitudes sociais positivas, acentuando a sua importância quer no domínio pessoal quer no domínio social. De acordo com a literatura este facto resulta de variados factores, nomeadamente o estilo de vida promotor da saúde, o suporte social, o sistema de crenças que propiciam a atribuição de um sentido à vida e ao sofrimento, as práticas religiosas bem como a direcção e a orientação espiritual.

A investigação sugere que a religiosidade se relaciona negativamente com a depressão e positivamente com o bem-estar (Levin, 2010; Stroppa & Moreira- Almeida, 2008; Williams & Sternthal, 2007; Dalgarrondo, 2006). Gómez-Bustamente e Cogollo (2010), referem estudos realizados por Campo-Aria et. al. (2008, 2006) que apontam para uma associação significativa entre a baixa religiosidade e os comportamentos de risco para a saúde e para uma relação negativa entre a religiosidade e a depressão.

Em relação à associação entre a religião e o bem-estar psicológico, Fernandes (2007), reportando-se à literatura e não especificando a natureza da população, refere estudos que sugerem a ocorrência de benefícios ao nível emocional e cognitivo, nomeadamente o estabelecimento de relações positivas, a constituição de uma estrutura interpretativa sobre a qual é atribuído um sentido/significado à vida e a regulação das condutas individuais e colectivas. Segundo o mesmo autor, a evidência empírica específica aos adolescentes, ressaltando a escassez e inconsistência dos estudos, indicia relações contingenciais e específicas entre o envolvimento/participação religiosa (ir à missa, catequese ou outras práticas) e a depressão, estilos de vida activos/saudáveis e comportamentos pró-sociais.

Em Portugal, país eminentemente católico (Menéndez, 2007), observou-se, no período de 1999 a 2011, um decréscimo da percentagem de católicos de 98,9% para 79,5%, verificando-se um aumento, de 8,2% para 14,2%, dos que se dizem não crentes ou sem religião (Teixeira, 2011). Contudo, desconhece-se a existência de estudos realizados com adolescentes portugueses no âmbito da religiosidade, especificamente a força da fé e a prática religiosa actual, e sua associação com a saúde mental.

Capítulo 2 – Delimitação do Problema e Definição dos Objectivos e Hipóteses

A revisão de literatura evidenciou a depressão como um crescente e preocupante problema da saúde pública, com impacto no funcionamento global do indivíduo, salientando-se a adolescência como uma das fases de risco para o seu desenvolvimento. Considerando a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS é pertinente estudar a depressão, enveredando pela abordagem do bem-estar psicológico.

Relativamente à variação da depressão em função do género a revisão de literatura aponta para a existência de diferenças significativas, com uma maior prevalência nas raparigas, comparativamente aos rapazes. Contudo, no que diz respeito ao bem-estar psicológico os resultados são contraditórios. Há estudos que sugerem a ausência de diferenças significativas, à excepção das dimensões relações positivas com os outros e crescimento pessoal, onde se observam diferenças no sentido da superioridade do género feminino. Noutros, observam-se resultados mais elevados no género masculino na dimensão crescimento pessoal e aceitação de si. São ainda referidos na literatura outros estudos que sugerem diferenças significativas, no sentido da superioridade do género masculino, em todas as dimensões, à excepção da dimensão relações positivas com os outros cujas diferenças não são significativas.

No que respeita à religiosidade, à vinculação e ao aproveitamento escolar e respectiva associação com o bem-estar psicológico, de acordo com a revisão de literatura, sintetiza-se o seguinte: a) uma relação positiva entre a vinculação às figuras parentais, particularmente o padrão seguro de vinculação, e o bem-estar psicológico; b) uma relação positiva entre o bem-estar psicológico e a religiosidade, referindo-se estudos que sugerem a religião como fonte de apoio; c) uma relação positiva e moderada entre o bem-estar psicológico e o aproveitamento escolar.

A associação entre a depressão e o bem-estar psicológico é negativa, fortemente significativa e já documentada em estudos realizados.

O presente estudo tem como objectivo verificar de que forma a vinculação, a religiosidade, e o aproveitamento escolar se associam ao bem-estar psicológico. O efeito do nível socioeconómico será também objecto de estudo. Pretendemos igualmente determinar os preditores significativos do bem-estar psicológico, considerando como variáveis independentes a sintomatologia depressiva, a prática religiosa actual, a força da fé e o género.

Desconhecendo a existência de estudos psicológicos sobre a religiosidade em adolescentes portugueses, esperamos clarificar os resultados obtidos no presente estudo, no que respeita à prática religiosa actual, à força da fé e ao género e complementar os

estudos já realizados, referentes à associação entre o bem-estar psicológico e a depressão. Além disso, pareceu-nos importante estudar a vinculação concebida como um fenómeno relacional actual, indo além da relação precoce adulto cuidador – criança.

Assim, formulámos os seguintes objectivos específicos, com hipóteses associadas, e objectivos exploratórios.

2.1 Objectivos específicos e hipóteses associadas

a) Verificar a associação entre a vinculação e o bem-estar psicológico.

Hipótese 1 – Espera-se que haja uma correlação negativa entre a pontuação no Questionário de Vinculação para Adolescentes e a pontuação nas Escalas de Bem-Estar Psicológico.

b) Verificar a associação entre a prática religiosa actual e o bem-estar psicológico.

Hipótese 2 - Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação no Questionário de Prática Religiosa Actual e a pontuação nas Escalas de Bem-estar Psicológico.

c) Verificar a associação entre a religiosidade, especificamente a força da fé, e o bem-estar psicológico.

Hipótese 3 – Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação no Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa e a pontuação nas Escalas de Bem-estar Psicológico.

d) Verificar a associação entre o aproveitamento escolar e o bem-estar psicológico.

Hipótese 4 – Espera-se que haja uma correlação positiva entre o aproveitamento escolar (medido através da média das classificações por disciplina, relativas ao período lectivo anterior àquele em que foram recolhidos os dados) e a pontuação nas Escalas de Bem-Estar Psicológico.

2.2 Objectivos exploratórios

Objectivo 1 - Verificar se o bem – estar psicológico varia em função do nível socioeconómico (avaliado através das habilitações escolares do pai).

Objectivo 2 - Determinar os preditores significativos do bem-estar psicológico em adolescentes, considerando como variáveis independentes a sintomatologia depressiva, o género, a prática religiosa actual e a força da fé.

Capítulo 3 – Metodologia

No presente capítulo procede-se à definição da amostra, à apresentação dos instrumentos utilizados e à descrição dos procedimentos inerentes à concretização do estudo.

3.1. Participantes

A amostra estudada é composta por 161 adolescentes, estudantes do 9º ano de uma escola pública da região de Setúbal. Os critérios de inclusão foram a idade, entre os 14 e os 17 anos, aceitando-se um sujeito com 13 anos e um sujeito com 18 anos. O recrutamento foi realizado de acordo de acordo com o descrito no ponto 3.3.

3.1.1. Caracterização sociodemográfica

A idade média dos participantes é 14,76 (DP= 0,82), variando nos rapazes entre os 14 e os 17 anos (M= 14,76, DP= 0,95) e nas raparigas entre os 13 e os 18 anos (M= 14,37; DP= 0,69). Esta diferença é estatisticamente significativa [$t(93,39) = 2,76; p = 0,007$].

As características sociodemográficas são apresentadas na Quadro 1, observando-se que a habilitação escolar dos pais é, predominantemente, 12 anos de escolaridade, seguida de 9 anos de escolaridade.

Quadro 1
Características sociodemográficas da amostra

	Frequência	Percentagem (%)
Género		
Masculino	59	36,65
Feminino	102	63,35
Habilitações escolares do pai		
Não foi à escola	2	1,24
4 anos	4	2,48
6 anos	27	16,77
9 anos	46	28,57
12 anos	51	31,68
Ensino superior	26	16,14
Omissos	5	3,11
Habilitações escolares da mãe		
Não foi à escola	1	0,62
4 anos	4	2,48
6 anos	17	10,56
9 anos	47	29,19
12 anos	55	34,16
Ensino superior	35	21,74
Omissos	2	1,24

3.1.2. Estatuto e Educação Religiosa

Observa-se na Quadro 2 que os participantes se declaram, maioritariamente, católicos não praticantes.

Quadro 2
Estatuto Religioso

	Frequência	Percentagem (%)
Católico praticante	22	13,66
Católico não praticante	99	61,49
Cristão não católico	10	6,21
Sem religião	30	18,63

Relativamente à educação religiosa, especificamente a questão referente à transmissão de princípios religiosos, do total de participantes 24, 22% assinalaram a resposta “ nenhuns”, 68,95% assinalaram as respostas “poucos” ou “alguns” e 6,83% assinalaram a resposta “muitos”. Quanto aos sacramentos religiosos, o baptismo foi referido por 70,81% dos participantes. A primeira comunhão e o crisma foram referidos por 25,47% e 4,35%, respectivamente nenhuns.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário

O questionário elaborado (Anexo 1) integra a parte I, informação sociodemográfica, e a parte II, prática religiosa. Na parte I as questões referem-se ao sexo e à idade dos participantes e às habilitações escolares e à profissão dos seus pais. Inclui-se uma questão referente ao aproveitamento escolar, especificamente a avaliação final obtida por disciplina do plano curricular, relativa ao período lectivo anterior àquele em que foram recolhidos os dados. O critério utilizado, no presente estudo, para avaliar o aproveitamento escolar foi média das classificações por disciplina, relativas ao período lectivo anterior àquele em que foram recolhidos os dados.

Na parte II integra-se o Questionário de Prática Religiosa elaborado por Gonçalves e Fagulha (2012), cujas questões se relacionam com o estatuto religioso, a educação religiosa, incluindo-se os sacramentos religiosos, e a prática religiosa actual. Esta última integra cinco itens cuja resposta é dada numa escala de 4 pontos (1= nunca a 4= mais do que uma vez por semana ou diariamente; semanalmente). O resultado total, obtido através do somatório dos itens, varia entre 5 e 20. A análise de confiabilidade da escala apresentou, no presente estudo, um valor alfa de Cronbach de 0,77.

3.2.2. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, abreviadamente designada por CES-D) foi construída por Radloff (1977) e visa avaliar o nível actual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afectiva (humor depressivo) (Radloff, 1997), particularmente em estudos epidemiológicos sobre a população geral (Radloff, 1997).

A versão portuguesa da escala utilizada na presente investigação, é da autoria de Gonçalves & Fagulha (2004) e destina-se à população adulta, sendo desejável a realização de estudos que abranjam outras faixas populacionais (Gonçalves & Fagulha, 2006). Adequada para populações clínicas (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977, cit. in Gonçalves & Fagulha, 2004, 2006), a CES-D, à semelhança de escalas análogas, não deve ser utilizada isoladamente para fins diagnósticos (Gonçalves & Fagulha, 2004, 2006).

A CES- D é uma escala sintomática que, implicitamente, tende a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas. É constituída por 20 itens, que representam as componentes mais relevantes da sintomatologia depressiva, nomeadamente: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Radloff, 1997; Gonçalves & Fagulha, 2004, 2006).

No presente estudo a aplicação foi efectuada por questionário escrito, cuja resposta é dada numa escala de quatro pontos, correspondentes à frequência de cada sintoma no decorrer da última semana (0 - “nunca ou muito raramente”; 1- “ocasionalmente”; 2 – “com alguma frequência”; 3 – “com muita frequência ou sempre”). As respostas são cotadas de 0 a 3, tendo quatro itens uma cotação inversa. O resultado total, obtido através do somatório dos itens, varia entre 0 e 60. Quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito. Como ponto de corte, os autores, propõem o valor 20, a partir do qual deve ser tida em consideração a probabilidade da presença de depressão clínica.

A análise factorial dos resultados obtidos com a versão portuguesa permitiu identificar quatro factores correlacionados entre si: “afecto depressivo”, “afecto positivo”, “sintomas somáticos e perturbação da actividade” e “interpessoal”. Esta estrutura é muito semelhante à observada nos estudos com a versão original da escala (Gonçalves & Fagulha, 2004, 2006).

Relativamente à consistência interna o estudo realizado em Portugal, com a versão portuguesa, apresenta um valor alfa de Cronbach de 0,92, ligeiramente superior ao obtido

nos estudos iniciais de Radloff (1977). No presente estudo o valor alfa de Cronbach foi de 0,93.

3.2.3. Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida)

As Escalas de Bem-Estar Psicológico (Scales of Psychological Well-being), foram concebidas por Carol Ryff a par da sua elaboração teórica (Ryff, 1985, 1989) e integram seis escalas, cada uma delas relativa a uma das seis dimensões nucleares do funcionamento psicológico positivo a saber: aceitação de si, relações positiva com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objectivos na vida e autonomia (Ryff & keyes, 1995; Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997; Novo, 2005ab).

Na sua versão original, as escalas foram construídas com 20 itens por dimensão, perfazendo um total de 120 itens (Ryff, 1989a). Os estudos realizados validaram as qualidades psicométricas das escalas. Posteriormente foram desenvolvidas duas versões com catorze e três itens por dimensão, num total de itens equivalente a 84 (Ryff & Essex, 1992) e a 18 (Ryff & keyes, 1995), respectivamente, cujas seis escalas apresentam correlações elevadas com as escalas originais (valores entre 0,70 e 0,89). As versões reduzidas são, actualmente, as mais utilizadas (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997; Novo, 2005ab).

No presente estudo utilizou-se a tradução e adaptação para a língua portuguesa da versão experimental reduzida das Escalas de Bem-Estar Psicológico, 18 itens, três por dimensão, da autoria de Novo, Duarte-Silva & Peralta (1997).

Nas três versões e para cada uma das seis dimensões, os itens são afirmações de carácter descritivo e a modalidade de resposta é de tipo Likert, numa escala de seis pontos (1- “discordo completamente”; 2 – “discordo em grande parte”; 3 – “discordo parcialmente”; 4 – “concordo parcialmente”; 5 – “concordo em grande parte”; 6 – “concordo completamente”). Por questões teóricas, inerentes à natureza do constructo a avaliar, bem como para controlar atitudes de resposta, nomeadamente a tendência à aquiescência, as escalas integram itens positivos e itens negativos. Os primeiros, expressões na forma afirmativa, são cotados de acordo com a resposta assinalada (entre 1 e 6). Aos itens negativos, expressões na forma negativa ou dirigidas a aspectos desfavoráveis do bem-estar, é atribuída uma cotação inversa (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

As escalas fornecem resultados totais por dimensão, resultantes da soma das cotações obtidas nos respectivos itens, e um resultado total de bem-estar psicológico para o conjunto das escalas (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

Relativamente à versão reduzida das escalas (18 itens), realça-se como ponto forte a facilidade de aplicação, a reduzida dimensão temporal necessária para o seu preenchimento e a grande correlação das versões reduzidas com o instrumento original (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997).

Os estudos realizados por Ryff & Keyes (1995), nos Estados Unidos da América e relativos à consistência interna, apresentam um valor alfa de Cronbach baixo a moderado (valores entre 0,33 e de 0,56) o que, segundo os autores, reflecte o número reduzido de itens e o critério utilizado na selecção dos mesmos (Ryff & Keyes, 1995). No presente estudo a consistência interna de cada uma das seis dimensões foi a seguinte: Autonomia 0,59; controlo do meio 0,52; crescimento pessoal 0,47; relações positivas com os outros 0,48; objectivos na vida 0,73; aceitação de si 0,67. Para a escala total o valor alfa de Cronbach foi de 0,93.

3.2.4. Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF)

O Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire, abreviadamente designado por SCSOF), foi desenvolvido por Plante & Boccaccini (1997) e visa avaliar a fé e o envolvimento religioso, independentemente da religião do sujeito. Tem sido utilizado na população geral, incluindo-se estudantes, de várias nacionalidades, de múltiplas culturas e línguas e com ou sem afiliação religiosa (Plante & Boccaccini, 1997; Plante, 2010).

O SCSOF é um questionário de auto resposta, com 10 itens (ou 5 itens, na sua versão reduzida) cuja resposta é dada numa escala de tipo Likert de quatro pontos (1 -“discordo totalmente”, 2 – “discordo”, 3 – “concordo”, 4 – “concordo totalmente”). O resultado total, obtido através do somatório dos itens, varia entre 10 ou 5 (nível mínimo) e 40 ou 20 (nível máximo), dependendo do número de itens do questionário (10 ou 5 itens) (Plante, 2010). No presente estudo utilizou-se o questionário de 10 itens, adaptado por Gonçalves & Fagulha (2012).

No que respeita à consistência interna, os estudos realizados, com o questionário de 10 itens, apresentam um valor alfa de Cronbach entre 0,94 e 0,97 (Plante, 2010). No presente estudo o valor alfa de Cronbach foi de 0,94.

3.2.5. Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ)

O Questionário de Vinculação para Adolescentes (Adolescent Attachment Questionnaire, abreviadamente designado por AAQ), foi desenvolvido por West et.al., (1998), tendo como prova critério o AAI (*Adult Attachment Interview*), e visa avaliar a organização da vinculação nos adolescentes. A Teoria da Vinculação constituiu o quadro de referência

subjacente ao instrumento, particularmente as dimensões que Bowlby (1973, 1982), considerou fundamentais (Ainsworth, 1985; Weiss, 1982, cit. in West et al. 1998). Segundo West et. al. (1998), o instrumento reflecte, apenas, a avaliação consciente da percepção dos adolescentes da sua relação com a figura de vinculação (no que respeita à acessibilidade, disponibilidade e sensibilidade da mesma)

No presente estudo utilizou-se a versão portuguesa do Questionário de Vinculação para Adolescentes, da autoria de Ribeiro & Sousa (2002). O AAQ é um questionário de auto resposta, com três itens por cada uma das três dimensões a saber: disponibilidade (*availability*), avalia a confiança do adolescente na figura de vinculação, enquanto figura acessível e disponível; zanga (*angry distress*), referente às respostas negativas à percepção de indisponibilidade das figuras de vinculação; parceria corrigida por objectivos (*goal-corrected partnership*), avalia em que medida o adolescente tem em consideração as necessidades e sentimentos da figura de vinculação (West et al., 1998; Ribeiro & Sousa, 2002).

Considerando a prova critério, AAI, os sujeitos classificados como seguros diferenciam-se dos restantes na dimensão disponibilidade, com valores mais baixos na respectiva subescala. Os classificados como preocupados diferenciam-se dos restantes na dimensão zanga e os sujeitos classificados como despreocupados diferenciam-se na dimensão parceria corrigida por objectivos, com valores mais altos nas respectivas subescalas (West et al. 1998).

Na versão portuguesa a resposta é dada numa escala de tipo Likert de sete pontos (1 – “discordo totalmente”, 2 – “discordo em grande parte”, 3 – “discordo parcialmente”, 4 – “neutro”, 5 – “concordo parcialmente”, 6 – “concordo em grande parte”, 7 – “concordo completamente”). O resultado total é obtido através do somatório dos itens. Considerando o modo como os itens foram invertidos (itens 2,3,5,6,8 e 9), a um resultado mais baixo corresponde um melhor ajustamento (Ribeiro & Sousa, 2002).

Relativamente à consistência interna o estudo realizado em Portugal, com a versão portuguesa, apresenta um valor alfa de Cronbach, por subescala, entre 0,55 e 0,70, semelhante ao padrão de consistência interna da escala original. O valor 0,55, correspondente ao factor zanga é baixo, tendo em conta o valor de referência limite em psicometria (0,60). Para subescalas com três itens este é um valor aceitável. A consistência interna para a escala total é 0,77. Quanto à estrutura proposta a análise factorial realizada confirma a distribuição dos itens de acordo com a teoria tal como é proposta pelos autores da escala (Ribeiro & Sousa, 2002).

A análise de confiabilidade realizada no presente estudo apresentou, por dimensão, os seguintes valores alfa de Cronbach: Zanga 0,75; disponibilidade 0,77; parceria corrigida por objectivos 0,83. A consistência interna para a escala total foi de 0,84.

3.3. Procedimento para recolha de dados

A amostra da população em estudo foi obtida de acordo com os critérios referidos no ponto 3.1, entre Janeiro de 2014 e Abril de 2014. A amostragem foi de conveniência.

Mediante a autorização prévia da directora da escola e com conhecimento dos directores de turma de todas as turmas do 9º ano, o recrutamento de participantes foi realizado através do pedido de consentimento informado aos respectivos encarregados de educação. Os alunos seleccionados foram aqueles cujos encarregados de educação assinaram o consentimento informado. Os documentos utilizados para o efeito (Anexo 2 e Anexo 3), clarificaram a natureza do estudo, garantiram o anonimato e a confidencialidade bem como a possibilidade de acesso aos respectivos resultados, após a sua conclusão. Esta informação foi, também, explicada oralmente aos participantes, numa linguagem acessível aos mesmos e no momento anterior à recolha de dados.

Realizaram-se onze sessões, numa sala disponibilizada pela escola exclusivamente para esse fim, uma sessão por grupo turma, cada uma delas com a duração aproximada de 20 minutos. Os questionários foram preenchidos autonomamente pelos participantes de acordo com as respectivas instruções de preenchimento e com a seguinte sequência: Questionário; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - CES-D; Escalas de Bem-estar Psicológico de Carol Ryff - Versão Reduzida; Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa - SCSOF; Questionário de Vinculação para Adolescentes - AAQ. Os instrumentos uma vez agrupados por participante, foram sequencialmente numerados.

Aos encarregados de educação foi facultado o endereço electrónico da investigadora, para esclarecimento de eventuais dúvidas e/ou pedido de interrupção de participação.

3.4. Procedimento estatístico

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. Nesta, usou-se o coeficiente de correlação de Pearson para correlacionar variáveis de tipo quantitativo, a Anova *One-Way*, o teste t de Student para amostras independentes e o modelo de regressão linear múltipla. Os pressupostos da Anova *One-Way*, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Como os pressupostos não se encontravam

satisfeitos utilizou-se em alternativa o teste de Kruskal-Wallis. Nas situações em que a dimensão da amostra é superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores, de acordo com o teorema do limite central. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. As variáveis qualitativas (género) foram transformadas em variáveis *Dummy*. O estudo da consistência interna dos instrumentos utilizados foi efectuado a partir do cálculo do coeficiente de precisão dos resultados (alfa de Cronbach).

Usou-se como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância $p \leq 0,05$. No entanto, as diferenças significativas para $p \leq 0,10$, também foram devidamente comentadas.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22 para Windows.

Capítulo 4 – Resultados

4.1. Estatísticas descritivas

4.1.1. Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida)

A Quadro 3 apresenta a distribuição das pontuações médias das Escalas de Bem -Estar Psicológico, para a amostra total e em função do género.

Quadro 3
Média e desvio padrão

	Amostra Total	Rapazes	Raparigas
	M±DP	M±DP	M±DP
Escalas de bem-Estar Psicológico (total)	75,15±15,53	78,38 ±15,67	73,28 ±15,21
Autonomia	11,69±3,50	12,07±3,53	11,47 ±3,48
Controlo do meio	11,12±3,17	11,58±3,03	10,85±3,23
Crescimento pessoal	14,04±2,85	14,32±3,16	13,87±2,66
Relações positivas com os outros	12,61±3,24	12,97±3,33	12,41±3,19
Objectivos na vida	12,83±3,90	13,75±3,56	12,29±4,00
Aceitação de si	12,59±3,57	13,47±3,08	12,08±3,74

Observam-se, na Quadro 3, pontuações médias mais elevadas nas dimensões crescimento pessoal, objectivos de vida e relações positivas com os outros. A dimensão controlo do meio apresenta a pontuação média mais baixa. As pontuações médias dos rapazes, comparativamente à das raparigas, são significativamente superiores no resultado total das escalas [$t(159) = 2,03; p=0,044$] e nas dimensões objectivos na vida [$t(133,03) = 2,38; p= 0,019$] e aceitação de si [$t(140,54) = 2,56; p= 0,012$].

4.1.2. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Na amostra total, a pontuação média na CES-D foi de 20,56 (DP= 13,51). Nos rapazes a pontuação média foi de 13,59 (DP= 9,65) versus 24,59 (DP= 13,81) para as raparigas. Esta diferença é estatisticamente significativa [$t(153,17) = -5,93; p < 0,001$].

4.1.2.1 A associação entre o bem-estar psicológico, avaliado pelas EBEP, e a sintomatologia depressiva, avaliada pela CED-D

A correlação entre as pontuações obtidas com as Escalas de Bem-Estar Psicológico, resultado total, e a Escala de Depressão é negativa e forte ($r = -0,720, p < 0,001$), indicando que quanto mais elevados são os níveis de bem-estar psicológico mais baixos são os níveis de sintomatologia depressiva.

4.1.3. Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ)

A Quadro 4 apresenta a distribuição das pontuações médias do AAQ, incluindo-se as suas três dimensões, para a amostra total e em função do género.

Quadro 4
Média e desvio padrão

	Amostra Total	Rapazes	Raparigas
	M±DP	M±DP	M±DP
AAQ (resultado total)	25,66±10,84	23,05±9,09	27,18±11,50
Zanga	9,68±4,98	8,49±4,39	10,36±5,19
Disponibilidade	9,68±4,81	8,08±3,66	10,13±5,24
Parceria corrigida por objectivos	6,61±3,68	6,47±3,64	6,69±3,72

Observa-se, na Quadro 4, que a parceria corrigida por objectivos é a dimensão que apresenta a pontuação média mais baixa. As pontuações médias das raparigas, comparativamente às dos rapazes, é significativamente superior no resultado total [$t(144,16) = -2,51; p = 0,013$] e nas dimensões zanga [$t(137,88) = -2,44; p = 0,016$] e disponibilidade [$t(153,40) = -2,90; p = 0,004$].

4.1.4. Questionário de Prática Religiosa Actual (QPRA)

Na amostra total, a pontuação média do QPRA foi de 6,84 (DP= 2,18). Nos rapazes a pontuação média foi de 6,84 (DP= 2,15) versus 7,04 (DP= 2,19) para as raparigas. Esta diferença não é estatisticamente significativa [$t(158) = -1,56; p = 0,122$].

4.1.5. Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF)

Na amostra total, a pontuação média do SCSOF foi de 19,75 (DP= 7,45). Nos rapazes a pontuação média foi de 18,29 (DP= 6,91) versus 20,59 (DP= 7,66) para as raparigas 20,59. Esta diferença não é estatisticamente significativa [$t(159) = -1,91; p = 0,058$].

4.1.6. Aproveitamento escolar

Na amostra total, a média global do aproveitamento escolar foi de 3,20 (DP= 0,52), sendo de 3,18 (DP= 0,49) nos rapazes e de 3,21 (DP= 0,53) nas raparigas. Esta diferença não é estatisticamente significativa [$t(159) = -0,41; p = 0,682$].

4.2. Estatística inferencial

4.2.1. Estudo das Hipóteses

4.2.1.1. Hipótese 1

Verifica-se uma correlação negativa, forte e significativa, entre a pontuação obtida no Questionário de Vinculação para Adolescentes e a pontuação nas Escalas de Bem-Estar Psicológico ($r = -0,57$, $p = 0,001$). Salientamos que no Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ) a um resultado mais baixo corresponde um melhor ajustamento. Assim, a correlação negativa verificada sugere uma pontuação elevada nas Escalas de Bem-Estar Psicológico.

Verifica-se portanto a hipótese H4: Os adolescentes que apresentam um melhor ajustamento ao nível da vinculação têm níveis de bem-estar psicológico mais elevados.

4.2.1.2. Hipótese 2

A correlação entre a prática religiosa actual e o bem-estar psicológico não é estatisticamente significativa ($r = 0,01$; $p = 0,912$).

A hipótese H2 não foi confirmada: A religiosidade, especificamente a prática religiosa actual, e o bem-estar psicológico não se associam.

4.2.1.3. Hipótese 3

Verifica-se uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa, entre a pontuação no Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa e a pontuação nas Escalas de Bem-Estar Psicológico ($r = 0,17$, $p = 0,031$).

Verifica-se portanto a hipótese H3: Os adolescentes que apresentam níveis mais elevados de religiosidade, especificamente a força da fé, têm níveis de bem-estar psicológico mais elevados, muito embora a associação seja fraca.

4.2.1.4. Hipótese 4

A correlação entre o aproveitamento escolar e o bem-estar psicológico não é estatisticamente significativa ($r = 0,08$; $p = 0,319$).

A hipótese H1 não foi confirmada: O aproveitamento escolar e o bem-estar psicológico não se associam.

4.2.2. Análise dos objectivos exploratórios

4.2.2.1. Objectivo 1

Observa-se, na Quadro 5, que os adolescentes cujos pais têm baixas habilitações escolares obtêm pontuações médias mais baixas nas Escalas de Bem-Estar Psicológico e que aqueles cujos pais têm a licenciatura obtêm valores mais elevados nas Escalas de Bem-Estar Psicológico. Contudo esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2_{KW}(3) = 2,80, p = 0,423$).

Quadro 5
Bem-Estar Psicológico e habilitações escolares do pai

	6 anos		9 anos		12 anos		Licenciatura		
	M±DP		M±DP		M±DP		M±DP		Sig.
Bem-Estar Psicológico	73,70	14,57	76,42	13,81	73,93	16,04	77,17	20,38	0,423

4.2.2.2. Objectivo 2

Analisar os preditores relacionados com o bem-estar psicológico em adolescentes, considerando como variáveis independentes a depressão, a prática religiosa actual, a força da fé e o género.

Realizou-se uma regressão linear múltipla, método *Backward*, com as variáveis sintomatologia depressiva, prática religiosa actual, força da fé e género como variáveis independentes e a variável bem-estar psicológico como variável dependente.

No total, as variáveis explicam 55,0% da variância do bem-estar psicológico, sendo o modelo estatisticamente significativo [$F(3, 156) = 63,511, p < 0,001$].

Quadro 6
Regressão múltipla hierárquica: Bem-Estar Psicológico

Preditores	Beta
Sintomatologia depressiva (CES-D)	-0,878***
Força da Fé (QSCFR)	0,239*
Género	4,042*
R ²	0,550
F (3, 157)	63,511***

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

No Quadro 6 observa-se que o modelo identificou as variáveis sintomatologia depressiva $[(\beta = -0,878), t(157) = -12,979, p < 0,001]$, força da fé $[(\beta = 0,239), t(157) = 2,097, p = 0,038]$ e género $[(\beta = 4,042), t(157) = 2,103, p = 0,037]$, como preditores significativos do bem-estar psicológico. O coeficiente de regressão positivo da variável força da fé, significa que quanto mais elevados são os níveis da força da fé mais elevados são os níveis de bem-estar psicológico. O coeficiente de regressão negativo da variável sintomatologia depressiva, significa que quanto mais elevados são os níveis de sintomatologia depressiva mais baixos são os níveis de bem-estar psicológico. Quando se tem em conta o efeito da sintomatologia depressiva e da força da fé, o facto de pertencer ao género feminino parece estar ligado a um aumento do bem-estar psicológico. A variável prática religiosa não se revelou um preditor significativo do bem-estar psicológico.

Consideramos de interesse acrescentar que quando se insere, no modelo acima referido, a variável vinculação, o efeito da religiosidade deixa de ser significativo.

Capítulo 5 – Discussão dos resultados

Em relação ao nível etário da amostra verificou-se que a mesma, de acordo com a definição cronológica proposta pela Organização Mundial de Saúde - OMS, se situa, no início do segundo período da adolescência, registando-se um maior número de raparigas, comparativamente aos rapazes. A diferença de idades entre géneros é estatisticamente significativa, sendo a média de idades do grupo masculino superior à do grupo feminino.

Os participantes declararam-se maioritariamente católicos não praticantes, situando-se a transmissão de princípios religiosos a um nível baixo. De entre os sacramentos religiosos, o baptismo é o maioritariamente referido, observando-se um decréscimo acentuado para a primeira comunhão e para o crisma.

No que respeita à associação entre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva, verificou-se que quanto mais elevados são os níveis de bem-estar psicológico mais baixos são os níveis de sintomatologia depressiva. As raparigas, sendo as que apresentam níveis de bem-estar psicológico mais baixos bem como um pior ajustamento ao nível da vinculação, são também aquelas que apresentam níveis de depressão significativamente superiores, comparativamente aos rapazes. Quanto à prática religiosa actual, à força da fé e ao aproveitamento escolar não se observaram diferenças significativas entre géneros.

Na nossa amostra e quanto à diferenciação da sintomatologia depressiva em função do género, os resultados observados são concordantes com a revisão de literatura. Salientamos que a CES – D, escala construída para avaliar o nível actual de sintomatologia depressiva, não deve ser utilizada isoladamente para fins diagnóstico (Gonçalves & Fagulha, 2004, 2006).

Relativamente ao bem-estar psicológico observaram-se diferenças significativas na escala total e nas dimensões objectivos na vida e aceitação de si, com superioridade dos rapazes comparativamente às raparigas. Exceptuando-se a dimensão aceitação de si, aspecto fundamental do funcionamento psicológico positivo traduzido na atitude de aceitação dos múltiplos aspectos do *self* e das qualidades pessoais negativas ou positivas (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1989), os resultados obtidos não são concordantes com alguns estudo mas, na revisão de literatura, encontramos resultados contraditórios. Se por um lado, este facto permite salientar as tendências de diferenciação de resultados quando são considerados os sexos (Novo et al., 1997), por outro lado, a ausência de equivalência entre os rapazes e as raparigas suporta a tendência para a demonstração de certas especificidades na determinação do bem-estar psicológico (Fernandes, 2007).

De acordo com Fernandes (2007), o valor médio superior na dimensão aceitação de si por parte dos rapazes sugere que os mesmos tendem a consolidar de melhor modo as suas auto percepções e a aceitar os múltiplos aspectos inerentes à concepção do eu, quer ao nível diferencial (características positivas/negativas), quer ao nível temporal (passado/presente/futuro). No que respeita às raparigas o resultado pode ser o reflexo das exigências socioculturais a que as mesmas estão propensas (Barker & Galambos, 2003; Papalia et al., 2004, cit. in Fernandes 2007), quer no que respeita à aceitação das alterações corporais, quer no que se refere à formação da sua identidade. Este é um processo particularmente árduo para as raparigas, comparativamente aos rapazes, em parte devido ao facto de, neste período de vida, delimitarem e avaliarem o sentimento de si em maior número de domínios de realização (Harter et al., 1988; Knox et al., 2000; Robins, 2001, cit. in Fernandes, 2007), de entre os quais salientamos o desempenho escolar, inerente ao quotidiano do adolescente. Segundo Ojeda, Velasco e Moyeda, (2011) as expectativas parentais e sociais, relativas a um melhor aproveitamento escolar e os comportamentos e atitudes entendidas como “femininas”, levam, por vezes, as raparigas a realizar um esforço acrescido para se sentirem valorizadas pelos pares, incluindo-se os pais, e por si próprias.

No que respeita à vinculação observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros no resultado total e para as dimensões zanga e disponibilidade, sendo os rapazes os que apresentam pontuações médias mais baixas, traduzindo-se num melhor ajustamento, comparativamente às raparigas. Considerando, por um lado, as diferenças observadas entre géneros ao nível da sintomatologia depressiva e, por outro lado, a associação entre a depressão e o bem-estar psicológico, negativa e forte, infere-se que as diferenças referidas ao nível da vinculação são conformes com o esperado, particularmente no que respeita ao bem-estar geral. Refira-se, igualmente, que segundo West et al., 1998, considerando a prova critério *Adult Attachment Interview* (AAI), os sujeitos classificados como seguros apresentam resultados mais baixos na dimensão disponibilidade. Por outro lado a literatura refere estudos que sugerem uma relação positiva entre o padrão seguro de vinculação e o bem-estar (e.g. Armsden & Greenberg, 1987, cit in. Machado e Oliveira, 2007, Kenny et al., 1998, cit in. Ribeiro & Sousa, 2002).

Ainda em relação à vinculação, especificamente a dimensão parceria corrigida por objectivos, sendo a que, das três dimensões, apresenta a pontuação média mais baixa, é também aquela em que as diferenças entre género não são significativas.

Em relação à hipótese 1, verificou-se que os adolescentes que apresentam um melhor ajustamento ao nível da vinculação, têm níveis de bem-estar psicológico mais elevados, confirmando-se assim a referida hipótese. Os resultados observados sugerem que a

percepção que os adolescentes têm da sua relação com a(s) respectiva(s) figura(s) de vinculação, no que respeita à acessibilidade, disponibilidade e sensibilidade da(s) mesma(s), influencia fortemente o seu bem-estar psicológico, o que está de acordo com o referido na literatura.

Relativamente à segunda hipótese verificou-se que a prática religiosa actual, e o bem-estar psicológico não se associam. Quanto à terceira hipótese verificou-se que os adolescentes que apresentam níveis mais elevados de religiosidade, especificamente a força da fé, têm níveis de bem-estar psicológico mais elevados, embora a associação seja fraca.

Apesar de a identidade nacional continuar intrinsecamente associada a um universo católico (Menéndez, 2007; Teixeira, 2011), verificámos que o envolvimento e a prática religiosa da presente amostra é tendencialmente diminuta, associado a um nível baixo de transmissão de princípios religiosos. A não confirmação da hipótese 2 sugere que a prática religiosa actual, não contribui para a diferenciação do bem-estar psicológico.

Verificou-se que o aproveitamento escolar e o bem-estar psicológico não se associam, pelo que a hipótese 4 não foi confirmada. Este resultado pode estar relacionado com o critério utilizado para medir o aproveitamento escolar, incluindo-se o momento para a recolha de dados. O presente estudo não contemplou a análise das variações dos resultados ao longo de um ano lectivo, tendo em conta, por exemplo, o período anterior e posterior a cada um dos três momentos de avaliação. Este facto poderá ser relevante na medida em que na CES-D a resposta do sujeito corresponde à frequência de cada sintoma no decorrer da última semana e atendendo à associação negativa e significativa entre a sintomatologia depressiva e o bem-estar psicológico.

Quanto ao primeiro objectivo exploratório, verificou-se que o bem-estar psicológico não difere significativamente consoante o nível socioeconómico.

Considerando o processo de desenvolvimento cognitivo, afectivo e socio-moral do adolescente, quadro de referência para o desenvolvimento religioso do mesmo (Barros, 2000), reforça-se a necessidade de clarificar, no presente estudo, o resultado da análise bivariada, inerente às hipóteses 2 e 3. Assim, justifica-se a realização da análise de regressão linear múltipla com as variáveis sintomatologia depressiva, prática religiosa actual, força da fé e género como variáveis independentes e a variável bem-estar psicológico como variável dependente. Pretende-se, deste modo, avaliar o efeito de cada uma das variáveis independentes, atendendo ao efeito das restantes.

No que respeita ao segundo objectivo exploratório, a integração na equação de regressão das variáveis sintomatologia depressiva, prática religiosa actual, força da fé e género

contribuiu para a explicação 55,0% da variância do bem-estar psicológico. O modelo é estatisticamente significativo, assumindo relevância estatística a sintomatologia depressiva, a religiosidade, especificamente a força da fé e o género. A prática religiosa não se revelou um preditor significativo do bem-estar psicológico.

O género feminino, que na análise descritiva e comparativamente aos rapazes, apresenta níveis de sintomatologia depressiva significativamente mais elevados e valores significativamente mais baixos na subescala aceitação de si, é um preditor significativo do bem-estar psicológico, bem como a religiosidade, especificamente a força da fé, e a sintomatologia depressiva.

Segundo Barros (2000), na linha do desenvolvimento religioso e num ambiente sócio-cultural, com uma visão positiva, tolerante e promotora das potencialidades do adolescente, a revisão das teorias e práticas religiosas da infância, inerente ao processo de adolecer, pode levar à mudança de uma religiosidade de certo modo inconsciente e objectiva para uma religiosidade mais consciente e subjectiva, ou seja, ao aprofundamento da fé.

Se as raparigas, comparativamente aos rapazes, delimitam e avaliam o sentimento de si em maior número de domínios de realização (Harter et al., 1988; Knox et al., 2000; Robins, 2001, cit. in Fernandes, 2007), tendendo a atribuir o fracasso a factores internos (e.g. auto culpabilização), com implicações no seu estado emocional (Cerezo & Casanova, 2004; Seligman, 2008, cit. in Ojeda, Velasco & Moyeda, 2011), a vivência religiosa, numa visão positiva, tolerante e promotora das potencialidades do adolescente, pode funcionar como suporte de autonomia moral, como aliviadora da culpa e/ou como factor de estabilidade emotiva ou de equilíbrio da personalidade, pautando as adolescentes a sua conduta pela própria consciência esclarecida pela fé (Barros, 2000).

O resultado da análise de regressão sugere que, quando se tem em conta o efeito da sintomatologia depressiva, o facto de ser rapariga (só por si) tende a estar ligado a um nível mais elevado de bem-estar psicológico. Infere-se, deste modo, que a relação entre o facto de se ser rapariga e a tendência para níveis mais baixos de bem-estar psicológico resulta da sintomatologia depressiva, que parece desempenhar um papel mediador. O mesmo é verdade para a força da fé. Todavia, parecendo-nos este resultado interessante, deve ter-se em conta que o efeito da religiosidade deixa de ser significativo, quando analisado a par da vinculação, facto que constituiu uma dificuldade inerente ao presente estudo, principalmente ao nível da respectiva interpretação. Assim, é necessária a realização de mais estudos para esclarecer o efeito da religiosidade, no bem-estar psicológico e/ou na depressão em adolescentes.

Capítulo 6 – Conclusões

No presente trabalho propusemo-nos estudar o bem-estar psicológico, com referência à vinculação, à religiosidade e ao aproveitamento escolar, tendo como finalidade contribuir para o estudo da depressão em adolescentes.

No que respeita aos resultados observados ao nível do bem-estar psicológico e considerando a metodologia de avaliação utilizada, limitada à auto-avaliação da vivência subjectiva do bem-estar, salienta-se que os mesmos não podem constituir-se como critério de saúde mental. Neste âmbito, é indispensável uma avaliação complementar, com recurso a estratégias e/ou metodologias de avaliação externa, objectiva, funcional ou comportamental (Novo, 2005ab; Solano, 2009).

Os resultados observados enfatizam a ideia de que a qualidade da relação que os adultos estabelecem com o adolescente, indo além da relação precoce adulto cuidador-criança e independentemente do contexto em que se inserem, tem implicações no bem-estar psicológico (e.g Ribeiro & Sousa, 2002). Paralelamente verificou-se que a sintomatologia depressiva, o género e a religiosidade, especificamente a força da fé são preditores significativos do bem-estar psicológico.

De entre as limitações refira-se o facto de se tratar de um estudo transversal e de não se ter tido em consideração outras variáveis eventualmente associadas ao bem-estar psicológico, nomeadamente a satisfação com a escola e as expectativas relativamente ao desempenho escolar. Não obstante, espera-se que o presente trabalho seja um repto para investigações futuras no âmbito do bem-estar psicológico e da depressão em adolescentes, incluindo-se o estudo da sua relação com a religiosidade.

Referências bibliográficas

- Barros, J. O. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Bahls, S.C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bahls, S.C., & Bahls, F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interacção em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Biazus, C. B., & Ramires, V. R. R. (2012). Depressão na adolescência: Uma problemática dos vínculos. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 83-91.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of Child*, 22, 162-186.
- Bowlby, J. (1998). *Separação: Angústia e raiva*. (3ª ed.). Volume 2, da Trilogia apego e perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: A natureza do Vínculo*. (3ª ed.). Volume 1, da Trilogia apego e perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2004). *Perda: Tristeza e depressão*. (3ª ed.). Volume 3, da Trilogia apego e perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bravo, L. G., & Tapia, L.M. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5-14.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 208-214.
- Caldas de Almeida, J.M., & Xavier, M. (cords.). (2009). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Campos, R.C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (12), 667-675.
- Coimbra de Matos, A. (2007). Nota introdutória. In Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão* (2ª ed.), pp. XV-XVIII. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *Varia: Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dalgarrondo, P. (2006). Editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 20(3), 177-178.
- Dias, M.L. (2011). Religiosidade e comportamento desviante na adolescência: Dados de um estudo empírico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 5-23.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. [on-line]. Disponível: <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/63>. (Acedido a 4 de Novembro de 2013).
- Gómez-Bustamante, E. M., & Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 61-70.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (C.E.S.-D.). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339-348.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.). In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C. (Eds.), *Avaliação Psicológica, Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (2ª ed. Revista), (Vol. I, pp.37-45). Coimbra: Quarteto Editora.

- Jatobá, J.V.N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Koenig, H.G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: Uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 5-7.
- Levin, J. (2010). Religion and mental health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. [on-line]. Disponível: http://www.baylorisr.org/wp-content/uploads/levin_religion_mental_health.pdf. (Acedido a 11 de Novembro 2013).
- Machado, T. S., & Oliveira, M. (2007). A vinculação aos pais em adolescentes portugueses: O estudo de Coimbra. *Psicologia da Educação*, VI(1), 97-115.
- Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à universidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(2), 5-28.
- Machado, T. S. (2009). Vinculação aos pais: Retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII(1), 139-156.
- Mahler, M.S. (1993). *O nascimento psicológico da criança: Simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, L.F., & Ferreira, A.I. (2007). *Análise de dados com SPSS. Primeiros passos*. (3ª ed.). Lisboa. Escolar Editora.
- Menéndez, M. A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: Comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*, XLII(184), 757-787.
- Miller, W.R., & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion and health. *American Psychologist*, 58(1), 24-25.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86-90.

- Moyeda, I.X. G., Velasco, A. S., & Ojeda, F. J. R. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafios de integrar a religiosidade ao cuidado do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367.
- Novo, R. F., Silva, M. E. D., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In Gonçalves, M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L., M., & Simões, M. (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. V, pp. 313-324). Braga : Associação dos Psicólogos Portugueses, pp. 313-323.
- Novo, R. F. (2005a). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica (RIADAP)*, 2 (20), 183-203.
- Novo, R. F. (2005b). 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(2), 477-495.
- Ojeda, F. J. R., Velasco, A. S., & Moyeda, I. X. G. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Ibero Americana*, 19(2), 27-37.
- Plante, T.G., & Boccaccini, M. (1997). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*. 45, 375-387.
- Plante, T.G. (2010). The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: Assessing Faith Engagement in a Brief and Nondenominational Manner. *Religions*, vol.1, p. 3-8 [on-line]. Disponível: <http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/3>. (Acedido a 15 de Dezembro de 2013).
- Queiroga, S. (2012). Espiritualidade e cuidados de saúde. *Hospitalidade. Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, 76 (297), 19-25.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ramires, V. R.R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria de apego: Comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25-33.
- Ribeiro, J. L. P., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(XX), 67-75.
- Rodríguez, A. G. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(108), 581-595.
- Ryff, C.D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. [online]. Disponível: <http://jbd.sagepub.com/content/12/1/35.abstract> (Acedido a 28 de Agosto de 2014).
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719,727.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Salle, E., Rocha, N.S., Rocha, T.S., Nunes, C., & Chaves, M.L.F. (2012). Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 39(1), 24-7.
- Soares, I. (2006). Trajectórias dos nossos vínculos: Desenvolvimento, psicopatologia e aplicações clínicas. In Simões, M.C.T., Machado, T.S., et al., (Eds.). *Psicologia do desenvolvimento: Temas de investigação* (pp. 213-241). Coimbra: Edições Almedina.
- Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatologia en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.

- Solano, A.C. (2009). El bienestar psicológico: Cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In Salgado, M.L., & Freire, G. (Orgs). *Saúde e Espiritualidade: Uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede [on-line]. Disponível: (Acedido a 20 de Novembro de 2013).
- West, M., Rose, M. S., Spreng, S., Sheldon-keller, A., & Adam, k. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A Brief Assessment of Attachment in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(5), 661-673.
- Williams, D.R.,& Sternthal, M.J. (2007). Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Medical Journal of Australia (MJA)*, 186 (10), 48-50.
- Teixeira, A. (coord.). (2011). Identidades Religiosas em Portugal: Representações Valores e Práticas – 2011. Resumo do Relatório Apresentado na Assembleia Plenária da Conferência Episcopal Portuguesa, Fátima 16 a 19 de Abril de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro de Estudos e Sondagens de Opinião & Centro de Estudos de Religiões e Culturas. *Conferência Episcopal Portuguesa*. [on-line]. Disponível:
http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf (Acedido a 15 de Julho de 2014).

Anexos

Anexo 1

Nº _____

Questionário

Por favor leia atentamente e responda a todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas o importante é a sua opinião e a sua experiência.

Parte I – Dados sociodemográficos

1. **Sexo** (assinale a resposta fazendo uma cruz no quadrado correspondente)

Feminino

Masculino

2. **Idade:** _____ Anos

3. **Os seus pais** (Indique as habilitações escolares do seu pai e da sua mãe)

Habilitações escolares do pai (assinale a resposta com uma cruz no quadrado correspondente)					
Não foi à escola	Menos de 4 anos	6 anos	9 anos	12 anos	Ensino Superior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilitações escolares da mãe (assinale a resposta com uma cruz no quadrado correspondente)					
Não foi à escola	Menos de 4 anos	6 anos	9 anos	12 anos	Ensino Superior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Os seus pais** (Indique a profissão do seu pai e da sua mãe)

Profissão do pai	
Profissão da mãe	

5. **Avaliação do primeiro período – 2013/2014** (Indique, por disciplina, a sua avaliação)

Matemática	Língua portuguesa	Inglês	Francês	Ciências da Natureza	Ciências Físico - Químicas	História	Geografia	Educação visual	Educação Física	Educação moral e religiosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte II – Prática Religiosa

Nas questões seguintes assinale a sua resposta fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

1. **Em relação à religião considera-se:**

Católico praticante

Cristão não católico

Católico não praticante

Sem religião

2. A sua família transmitiu-lhe princípios religiosos?

Nenhuns Poucos Alguns Muitos

3. É baptizado?

Sim Não

4. Além do baptismo que outros sacramentos recebeu?

1ª Comunhão Crisma

5. Actualmente, com que frequência vai à Igreja, para missa ou outra cerimónia religiosa?

Nunca Semanalmente
De vez em quando ou em datas festivas Mais do que uma vez por semana ou diariamente
(baptismos, casamentos, etc)

6. Com que frequência reza?

Nunca Semanalmente
Ocasionalmente Mais do que uma vez por semana ou diariamente

7. Com que frequência comunga?

Nunca Semanalmente
De vez em quando ou em datas festivas Mais do que uma vez por semana ou diariamente
(baptismos, casamentos, etc)

8. Com que frequência se confessa?

Nunca
Ocasionalmente, na Páscoa, no Natal ou se tiver feito algo de muito errado
Mensalmente
Semanalmente

9. Além da missa participa noutras actividades da paróquia?

Nunca Mensalmente
Ocasionalmente Semanalmente

Anexo 2

Escola Secundária com 3º CEB

Exma. Senhora Directora

P.M.P.

Assunto: Consentimento Informado

O meu nome é Anabela da Silva Santos Franco, sou psicóloga e estou a realizar uma dissertação do mestrado integrado em psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O estudo será sobre o “A depressão, o bem-estar psicológico, o aproveitamento escolar, a religiosidade e a vinculação em adolescentes”.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para junto dos encarregados de educação dos alunos do 9º ano de escolaridade solicitar a colaboração dos respectivos educandos no referido estudo.

A colaboração dos alunos concretiza-se, através do preenchimento de quatro questionários sobre diferentes áreas da vida de um adolescente (a nível individual, relacional e sociofamiliar). Para o efeito o tempo máximo estimado é de 20m.

Os dados serão recolhidos, tratados e analisados colectivamente, garantindo a total confidencialidade e anonimato, sendo apenas utilizados para a realização do presente estudo e cujos resultados finais lhe serão transmitidos.

Poderão ainda os encarregados de educação, caso considerem necessário, aquando do pedido de autorização e/ou durante o estudo, solicitar qualquer esclarecimento adicional e/ou desistir da participação do respectivo educando.

Agradeço a sua atenção e a importante colaboração da escola.

Com os meus cumprimentos,

A responsável pelo estudo



Anexo 3

Consentimento Informado

Exmo(a). Senhor(a) Encarregado(a) de Educação,

O meu nome é Anabela da Silva Santos Franco, sou psicóloga e estou a realizar uma dissertação do mestrado integrado em psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O estudo será sobre “A depressão, o bem-estar psicológico, o aproveitamento escolar, a religiosidade e a vinculação em adolescentes”.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a colaboração do seu educando no referido estudo, através do preenchimento de quatro questionários sobre diferentes áreas da vida de um adolescente (a nível individual, relacional e sociofamiliar). Para o efeito o tempo máximo estimado é de 20m.

Não existem respostas certas ou erradas visto que as mesmas reflectem, simplesmente, a opinião ou a experiência do seu educando.

Os dados serão recolhidos, tratados e analisados colectivamente, garantindo a total confidencialidade e anonimato, sendo apenas utilizados para a realização do presente estudo.

Caso considere necessário poderá, agora e/ou durante o estudo, solicitar qualquer esclarecimento adicional e/ou desistir da participação do seu educando.

Concluído o estudo e caso seja de seu interesse ser-lhe-á concedido o acesso aos respectivos resultados.

Se autorizar a participação do seu educando neste estudo, por favor identifique-o e assine no espaço abaixo.

Tomei conhecimento do tema em estudo, do objectivo, do que o meu educando tem de fazer para participar, da duração, da possibilidade de pedidos de esclarecimentos adicionais, da possibilidade de desistência, da confidencialidade ao nível do tratamento dos dados, da garantia de utilização dos mesmos para um único fim, o presente estudo, e da possibilidade de acesso aos respectivos resultados, após a sua conclusão.

Declaro que autorizo o meu educando _____ a participar no estudo acima referido.

Data ___/___/___ Assinatura do encarregado de educação _____

Agradeço a sua atenção e a importante colaboração do seu educando.

Com os meus cumprimentos,

A responsável pelo estudo



(santos.s.anabela@gmail.com)