



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente

Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia,
especialidade de Psicologia Clínica

Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Orientadores:

Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Constituição do Júri:

Presidente: Reitor da Universidade do Algarve

Vogais: Doutor Saul Neves de Jesus

Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

Doutora Maria Salomé Torres Viera dos Santos

Doutora Maria da Glória Salazar D'Eça Costa Franco

Doutor Luís Miguel Madeira Faísca

Doutora Maria Helena Venâncio Martins

Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

FARO

2007

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do
Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente**

Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia, especialidade de
Psicologia Clínica

Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Orientadores:

Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá
Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Constituição do Júri:

Presidente: Reitor da Universidade do Algarve

Vogais: Doutor Saul Neves de Jesus

Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

Doutora Maria Salomé Torres Viera dos Santos

Doutora Maria da Glória Salazar D'Eça Costa Franco

Doutor Luís Miguel Madeira Faísca

Doutora Maria Helena Venâncio Martins

Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Tese financiada no âmbito da Acção 5.3 Formação Avançada de Docentes no
Ensino Superior, Concurso 2/5.3PRODEP/2003

FARO

2007

Ao Américo

pelo nosso percurso a dois

Agradecimentos

“Como dizer em pouco poema a invicta palma que em tantas folhas de ouro nos entra pela alma.”

(Natália Correia)

Às pessoas que povoaram estes três anos da minha vida, agradeço terem cuidado de mim:

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, orientador científico desta tese, por ter aceite o compromisso e ter acreditado neste projecto, pela orientação e pelo privilégio da sua amizade.

À Professora Doutora Alexandra Reis, co-orientadora científica desta tese, pelo compromisso assumido, pelo empenho que colocou neste trabalho, pelo profissionalismo que a caracteriza, pela correcção atempada e pelas sugestões em todos os momentos.

À minha colega, Helena Martins, agradeço a cedência do HKRA ainda na fase de conclusão do seu próprio trabalho de doutoramento, o meu reconhecimento pela confiança e disponibilidade demonstradas.

À Professora Doutora Cristina Canavarro agradeço a cedência do BSI e a forma afectuosa como se colocou ao meu dispor.

À Professora Doutora Manuela Fleming agradeço a cedência do IPA e à PARS, na figura da Patty Drexler, agradeço a autorização para traduzir e validar o APS-SF.

Ao Luís Faísca, fico eternamente devedora pelos suas sugestões, preocupação, interesse científico, pelos ensinamentos deliciosos sobre estatística e pela pertinência das questões metodológicas que foi levantando ao longo destes anos, a sua disponibilidade sem fim para ler “as minhas coisinhas”, apesar das solicitações de pai com a pequenina Salomé e dos inúmeros afazeres no departamento. Ele sabe que a minha amizade e gratidão são eternas.

Um agradecimento especial ao Dr. João Cunha e à Dr.^a Ana Ilhéu pelo entusiasmo e pelo profissionalismo com que assumiram este compromisso que me ligou ao longo destes anos à Direcção Regional do Sul do Instituto de Reinserção Social.

À Dr. Ana Ilhéu, pelo desafio que me colocou em estudar os “meninos delinquentes”, pelo compromisso que assumiu até ao fim, apesar das dificuldades que foram surgindo, pela enorme ajuda prestada (formal e informal), pela amizade, pela sua curiosidade científica, pelo desejo de tudo melhorar ...

À Dr.^a Dina Henriques, pela ajuda na execução do questionário dirigido aos técnicos de reinserção social do IRS. O seu conhecimento aprofundado da Lei Tutelar Educativa, e a sua disponibilidade, foram importantes para mim nessa fase do trabalho.

Aos técnicos do IRS que reuniram comigo apesar dos inúmeros afazeres profissionais, pela escuta atenta, pelo interesse demonstrado, pelas questões levantadas e pela devolução de informação face às dificuldades que foram sentindo na aplicação dos questionários e na recolha de informação.

Um agradecimento particular à Dr.^a Manuela Guerreiro (Equipa de Portimão), à Dr.^a Andreia Marques (Equipa de Portalegre), à Dr.^a Dulce (Equipa de Évora), ao Dr. Rui Silva (Equipa de Faro), pelo esforço em cumprir com os objectivos a que se propuseram. À equipa de Santiago do Cacém, na figura da Dr.^a Zélia Ceia, agradeço o acolhimento caloroso e a honra por participar no colóquio organizado em parceria com Ordem dos Advogados de Santiago do Cacém.

Aos presidentes dos Conselhos Executivos das escolas que participaram neste trabalho, agradeço a disponibilidade e a compreensão demonstradas. Um agradecimento especial aos Professores José Barros, Rogério Neto, Micaela Barros e Luís Horta, e aos colegas, Eduarda Montarroio, Justina Gago, Rosa Medeiros e Victor Gamboa pela disponibilidade, amizade e pela ajuda indispensável, quer nos contactos institucionais, quer na recolha de questionários.

À Dr.^a. Filomena Conceição estou eternamente grata pela ajuda imprescindível e atempada na tradução de um dos instrumentos e pela amizade sincera que nos une desde então.

A todos os adolescentes que participaram neste trabalho, agradeço a paciência imensa pelo “livro” (como diziam alguns) a que tiveram de responder, o sentido de humor, a recepção calorosa, mesmo se para quebrar a rotina das aulas e o empenho demonstrado na tarefa que tanto me surpreendeu.

Aos meus amigos da faculdade, e em particular, à Ana Teresa, ao Victor, ao Luís Gonzaga, ao Luís Janeiro, à Carla, ao Célio, ao Saul, à Joana, à Gabriela, à Dulcelina, agradeço as pequenas grandes coisas – a preocupação comigo, os conselhos, a amizade calorosa, as pausas para café, o prazer das “conversas da treta”, por me fazerem sentir menos “montanheira” sempre que ia ter convosco ao mundo da civilização e por me fazerem sentir que eu fazia falta.

Ao Sr. Cabecinha, à Ana Paula Pimentel, à Elsa, à Carla Santos e à Ana Maria, por me fazerem sentir sempre bem acolhida na sua simpatia e amizade.

Ao Sérgio, meu companheiro de origens e de viagem de Prodep, nas preocupações e nas boas notícias partilhadas.

À Antónia, pelo carinho, pelos telefonemas longos, pelo respeito mútuo, pela preocupação e pelo colo *quentinho* sempre que eu precisei.

À Cristina e ao Mariano, pela amizade e pelos serões em família. À Cristina, minha amiga, pelo teu zelo, pela tua preocupação e sugestões, por me incentivares sempre e me motivares nos momentos de maior insegurança, e desculpares as minhas indisponibilidades!

À Sandy, por tudo o que partilhaste comigo nestes anos, pelo que aprendi contigo (a minha *artista académica*), por me ensinares a não desistir e a ser perseverante nestas coisas académicas, pela generosidade infinita com que sempre te disponibilizas para ajudar aqueles de quem gostas, pela tua inteligência e sentido de humor, pela pessoa que és - sabes que nenhum poema seria suficiente para exprimir o quanto gosto de ti!

A toda a minha família de Fafe, mas em especial aos meus queridos sogros e à minha cunhada Cristina, ao Ricardo e à Sofia, por se preocuparem comigo, pelo afecto e pelo respeito mútuo.

Aos meus irmãos Viriato, Sertório e Patrícia, pela cumplicidade e pelo amor que nos une e pelo orgulho que tenho em vós, por estarem sempre perto mesmo estando longe, por poder contar sempre convosco nos bons e nos maus momentos.

Aos meus queridos pais, pelo amor e pelos sacrifícios, pela prioridade que sempre deram aos filhos nos seus projectos de vida, por me fazerem sentir tão especial, pelas saudades, por gostarem tanto de mim. Esta tese também é para vós.

Ao Américo, por acreditar em mim e por ser o meu companheiro nos bons e maus momentos. Pelo pai que és para os nossos filhos, pelo teu sentido do dever que tanto me facilitou nestes três anos.

Aos meus filhos, Mariana, Guilherme e Laura – a luz dos meus dias – por terem permitido que eu tenha sido, muitas vezes, mãe em *part-time*, principalmente nestes últimos tempos, pelas pessoas que são, que eu amo acima de tudo.

Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Orientador: Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

Co-Orientador: Professora Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Data: 6 de Março de 2007

Título da tese: Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: do Risco Psicossocial ao Percurso Delinvente

Resumo

Neste trabalho procuramos analisar a relação entre factores de risco psicossocial (individuais, sócio-demográficos e familiares), indicadores de psicopatologia e recursos de resiliência. Foram inquiridos 628 adolescentes da população escolar do distrito de Faro e um grupo de 63 adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça, abrangidos pela Lei Tutelar Educativa. Para avaliação das variáveis em estudo utilizámos a *Adolescent Psychopathology Scale – Short Form* (Reynolds, 2000), o *Brief Symptom Inventory – BSI* (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999), o IPA (Streit, 1978; Fleming, 1997), o IKRA (Constantine, Benard & Diaz, 1999; Martins, 2005) e ainda um questionário sócio-demográfico construído para o efeito. Foi também aplicado aos técnicos do Instituto de Reinserção Social responsáveis pelo acompanhamento dos adolescentes, um questionário, tendo em vista obter informações sobre características do comportamento delinvente, acontecimentos negativos na infância, variáveis académicas e contexto familiar do grupo delinvente.

Os resultados obtidos permitiram encontrar relações entre os factores e sugerem que, em particular, a estrutura familiar, a presença de acontecimentos negativos na infância, o número de retenções académicas e a percepção do afecto e do controlo/supervisão parentais, parecem estar significativamente associados, quer à manifestação de perturbações psicopatológicas (exteriorizadas ou interiorizadas), quer aos recursos de resiliência nos adolescentes da população geral. De igual modo, as práticas parentais, a ausência de uma figura paterna no agregado familiar e os conflitos familiares parecem remeter para a expressão de psicopatologia nos adolescentes delinquentes e estar associados a uma percepção mais baixa de recursos resilientes.

Palavras-chave: Psicopatologia na adolescência, Factores de Risco, Resiliência, Delinquência Juvenil, APS-SF, BSI.

Title: Family factors, psychopathology and resilience in adolescents: from psychosocial risk towards a delinquent pathway

Abstract

In the present study we attempted to analyse the relation between psychosocial risk factors, psychopathology and resilience resources in two particular samples of Portuguese adolescents (a school sample of 628 adolescents and a delinquent sample of 63 adolescents in the Juvenile Justice System). To assess the relevant variables we used a Portuguese version of the following instruments: the *Adolescent Psychopathology Scale – Short Form* (Reynolds, 2000), the *Brief Symptom Inventory – BSI* (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999), o IPA (Streit, 1978; Fleming, 1997), o IKRA (Constantine, Benard & Diaz, 1999; Martins, 2005), as well as a socio-demographic and familiar questionnaire, designed for this study, including variables such as parent's level of education and family socio-economic level (SES), family structure, child's life events, and number of school retentions. In order to obtain information about the juvenile delinquents criminal characteristics, life events and other psychosocial variables we applied a questionnaire to the social workers in the Justice System.

Results suggested that familiar factors (such as NSE, family structure, quality of parenting), academic variables and negative life events are associated with the prevalence of internalized and externalized psychopathological symptoms and with resilience in the school sample and in the delinquent sample. Results also suggested that the parents rearing practices, absence of a father figure and the parental conflicts are related to both psychopathology and the resilient resources in the juvenile delinquents.

Keywords: Adolescent Psychopathology, Risk Factors, Resilience, Juvenile Delinquency, APS-SF, BSI.

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUÇÃO	3
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo 1 – O Desenvolvimento na Adolescência: Perspectivas Teóricas e Factores Contextuais	14
1. Introdução	15
2. A adolescência enquanto fenómeno psicossociológico	18
3. Os conceitos de continuidade e de descontinuidade na compreensão do desenvolvimento na adolescência	22
4. Perspectivas sobre o desenvolvimento na adolescência	30
4.1. A adolescência como um período de crise normativa: a perspectiva psicanalítica	31
4.2. A adolescência como um período de transição tranquila	34
5. As características do desenvolvimento na adolescência	39
5.1. As tarefas desenvolvimentais	39
5.2. A importância do contexto familiar para o desenvolvimento do adolescente	42
6. O normal e o patológico no estudo da adolescência: algumas questões teóricas e de investigação	49
6.1. A perspectiva Psicodinâmica	49
6.2. A perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento	51
Capítulo 2 – Psicopatologia e Risco Psicossocial na Adolescência	59
1. Introdução	61
2. O estudo da psicopatologia na adolescência	62
2.1. A classificação e o diagnóstico de psicopatologia na adolescência	62
2.2. A distinção entre Perturbações Exteriorizadas e Perturbações Interiorizadas do Comportamento	67
2.3. O estudo da comorbilidade	70
2.4. A manifestação de psicopatologia na adolescência	72
2.5. Continuidade versus descontinuidade na manifestação de psicopatologia	76
2.6. A transmissão transgeracional de psicopatologia	79

3. Factores de risco psicossocial para o desenvolvimento de psicopatologia na adolescência	83
3.1. Vulnerabilidade e Risco psicossocial	83
3.2. Os factores de risco familiares	86
3.2.1. Os recursos sócio-económicos familiares	94
3.2.2. O nível educacional e a profissão dos pais	96
3.2.3. A estrutura e a dimensão da família	97
3.2.4. As modalidades de afecto e as práticas educativas parentais	101
3.2.4.1. A influência da parentalidade no desenvolvimento de trajetórias de risco psicossocial	105
3.2.4.2. Os maus-tratos familiares	110
3.2.4.3. Estilos parentais, características do adolescente e psicopatologia	112
3.3. O contexto social mais vasto: escola, pares e comunidade	117
3.3.1. O rendimento académico e o absentismo escolar	117
3.3.2. A relação com os pares	118
3.3.3. A zona de residência	121

Capítulo 3 – Factores Protectores Face ao Risco Psicossocial na Adolescência: O Estudo da Resiliência

1. Introdução	125
2. A investigação sobre a resiliência: dos atributos individuais ao processo de resiliência	127
2.1. Três momentos na investigação sobre a resiliência	128
2.2. O problema da definição de resiliência	132
2.3. A resiliência enquanto processo de desenvolvimento	134
2.4. A investigação sobre os factores promotores de resiliência	138
3. Estudar a resiliência nos adolescentes	140
3.1. A resiliência enquanto resultado e enquanto processo desenvolvimental	140
3.2. A relação entre resiliência e saúde mental na adolescência	143
3.3. Duas perspectivas sobre o estudo da resiliência: o modelo ecológico e o modelo construtivista	146
3.4. A medição da resiliência nos adolescentes	152
4. Promover a resiliência em jovens: uma abordagem centrada nos recursos	157

Capítulo 4 – Comportamento Anti-social na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente	163
1. Introdução	165
2. O enquadramento jurídico face à delinquência juvenil	168
2.1. A regulamentação internacional face aos menores que cometem delitos criminais	168
2.2. A regulamentação portuguesa face aos adolescentes delinquentes: A Lei Tutelar Educativa.	169
2.3. Os limites etários de responsabilidade criminal	170
2.4. A intervenção do Instituto de Reinserção Social na LTE: O papel das Equipas de Família e Menores	174
3. O estudo da delinquência juvenil	177
3.1. As fontes de informação	177
3.2. Factores de risco para a delinquência juvenil	180
3.3. A predição do percurso delinquente	183
3.4. Padrões de comportamento anti-social: percurso delinquente limitado à adolescência e percurso delinquente persistente	185
3.5. A relação entre a delinquência juvenil e a psicopatologia	189
4. A intervenção na delinquência juvenil	195

PARTE II – ESTUDOS EMPIRICOS

Capítulo 5 – Metodologia	201
1. Objectivos e questões de investigação	203
2. Definição e articulação das variáveis	208
3. Desenho do estudo	211
4. Amostra	212
4.1. Técnica de amostragem	212
4.2. Caracterização geral da amostra	213
4.2.1. A amostra escolar	214
4.2.1.1. Amostra final do Estudo 1 – Características psicométricas dos instrumentos de psicopatologia	215
4.2.1.2. Amostra final do Estudo 2 – Grupo escolar	217
4.2.1.3. Amostra final do Estudo 3 – Grupo delinquente	222

5. Instrumentos	227
5.1. <i>Adolescent Psychopathology Scale- Short Form - APS-SF</i>	228
5.1.1. O âmbito de Avaliação da APS-SF: Os estudos de aferição americanos, a descrição das escalas e a classificação de psicopatologia	229
5.1.1.1. O desenvolvimento das normas para a APS-SF: a versão original	229
5.1.1.2. O cálculo dos níveis de severidade clínica	229
5.1.1.3. Descrição das escalas da APS-SF	231
5.1.1.4. A distinção entre as Perturbações Interiorizadas e as Perturbações Exteriorizadas na APS-SF	235
5.1.1.5. Descrição e interpretação das escalas clínicas da APS-SF	235
5.1.1.6. Descrição e interpretação das escalas de validade	249
5.1.1.7. Procedimentos de cotação das escalas APS-SF	251
5.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI	252
5.3. Inventário de Percepções Adolescentes – IPA	255
5.4. <i>California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module</i> (Versão 6.0) – HKRA	257
5.5. Questionário sobre as características familiares, acontecimentos de vida e comportamento delinquente de jovens abrangidos pela Lei Tutelar Educativa	265
6. Procedimentos	266
6.1. Procedimentos preliminares de adaptação dos instrumentos de avaliação de sintomas psicopatológicos (Estudo 1)	266
6.1.1. Procedimentos de tradução do APS-SF	266
6.1.2. Adaptação do BSI numa amostra de adolescentes portugueses	268
6.2. Procedimentos de recolha de dados nos Estudo 1 e 2: Grupo escolar	269
6.3. Procedimentos de recolha de dados no Estudo 3: Adolescentes delinquentes	271
7. Análise e tratamento dos dados	273
Capítulo 6: Estudo 1 – Características psicométricas dos instrumentos de avaliação de psicopatologia: apresentação, análise e discussão dos resultados	275
1. O estudo das características psicométricas da APS-SF	279
1.1. Caracterização da distribuição das respostas na APS-SF	279
1.2. Estudos de fidelidade do inventário APS-SF	282
1.2.1. Análise da consistência interna das escalas da APS-SF	282
1.2.2. Análise da estabilidade temporal	288

1.3. Validade de constructo	290
1.3.1. Intercorrelações entre as escalas da APS-SF	290
1.3.2. Análise Factorial	292
1.4. Alguns dados normativos	298
2. O estudo das características psicométricas do BSI	301
2.1. Caracterização da distribuição das respostas no BSI	301
2.2. Estudos de fidelidade do BSI	302
2.2.1. Análise da consistência interna do BSI	302
2.3. Análise da estabilidade temporal do BSI	303
2.4. Validade de constructo	305
2.4.1. Intercorrelações entre as escalas do BSI	306
2.4.2. Análise Factorial	307
2.5. Alguns dados normativos	310
3. Síntese	313
 Capítulo 7: Estudo 2 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência na adolescência: apresentação, análise e discussão dos resultados	217
1. Resultados no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	320
1.1. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)	321
1.2. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância	323
2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF)	328
2.1. Distribuição percentual dos adolescentes portugueses segundo os Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia da escala APS-SF.	328
2.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)	334
2.3. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância	338
3. Resultados no Inventário de Percepções Adolescentes – IPA	353
3.1. Características psicométricas e consistência interna do IPA	353
3.2. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais nos adolescentes do Estudo 2	355
3.3. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)	356

3.4. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, estrutura da família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância	362
4. Resultados na escala <i>California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module</i> (Versão 6.0) – HKRA	375
4.1. Características psicométricas e consistência interna do HKRA	375
4.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)	377
4.3. Análise dos grupos em função das variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância	382
5. Análises correlacionais	393
6. Síntese	401
 Capítulo 8: Estudo 3 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência em adolescentes delinquentes: apresentação, análise e discussão dos resultados	409
1. Caracterização dos adolescentes delinquentes segundo indicadores de risco psicossocial	413
1.1. Tipologia do comportamento delincente	413
1.2. Caracterização da amostra de acordo com indicadores de risco psicossocial	416
1.3. Caracterização da amostra de acordo com os indicadores de comportamento desviante familiar	421
2. Resultados nos instrumentos de avaliação de psicopatologia	424
2. 1. Resultados no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	425
2.1.1. Variáveis individuais: sexo e idade	425
2.1.2. Características do comportamento delincente	426
2.1.3. Variáveis sócio-demográficas e familiares	427
2.1.4. Indicadores de risco psicossocial	430
2.1.5. Indicadores de comportamento desviante familiar	433
2.1.6. Factores Académicos	433
2.2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF)	434
2.2.1. Distribuição percentual dos adolescentes delinquentes segundo os Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia da escala APS-SF.	435
2.2.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais: sexo e idade	445
2.2.3. Diferenças entre grupos nas pontuações das escalas do APS-SF segundo a situação tutelar do adolescente – institucionalizado versus não institucionalizado	447
2.2.4. Características do comportamento delincente	449

2.2.5. Variáveis sócio-demográficas e familiares	454
2.2.6. Indicadores de risco psicossocial	460
2.2.6.1. Problemas de comportamento e acontecimentos negativos na infância	460
2.2.6.2. O Contexto familiar e as relações pais-adolescente	465
2.2.6.3. Indicadores de comportamento desviante familiar	471
2.2.6.4. Factores Académicos	474
3. Resultados no Inventário de Percepções Adolescentes – IPA	478
3.1. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais nos adolescentes do Estudo 3	478
3.2. Diferenças entre grupos em função do sexo e idade	479
3.3. Diferenças entre grupos nas pontuações do IPA de acordo com a situação tutelar – institucionalizado versus não institucionalizado	480
3.4. Características do comportamento delinquente	481
3.5. Indicadores de risco psicossocial	484
4. Resultados na escala <i>California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module</i> (Versão 6.0) – HKRA	488
4.1. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais sexo e idade	489
4.2. Indicadores de risco psicossocial	490
4.3. Características do comportamento delinquente	493
5. Análises correlacionais	497
5.1. Relações entre a medida de avaliação da Resiliência (HKRA) e os indicadores de psicopatologia	497
5.2. Relações entre as medidas de avaliação de psicopatologia e a percepção do Afecto e das Práticas Educativas parentais	500
5.3. Relações entre a medida de avaliação de Resiliência (HKRA) e a percepção do Afecto e das Práticas Educativas parentais	501
6. Síntese	503
CONCLUSÃO	517
Referências bibliográficas	535
Anexos	

Índice de Anexos

Anexo 1. Ficha de caracterização – adolescentes da amostra escolar

Anexo 2. Classificação do NSE

Anexo 3. Classificação do Nível Profissional dos Pais

Anexo 4. Grelha de cotação do APS-SF

Anexo 5. Inventário de Percepções Adolescentes (IPA)

Anexo 6. *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (versão 6.0)

Anexo 7. Ficha de Caracterização dos Adolescentes Abrangidos pela LTE

Anexo 8. Autorização da PARs para adaptação do APS-SF

Anexo 9. Escala de Psicopatologia do Adolescente – APS-SF

Anexo 10. Inventário de Percepções Adolescentes (BSI) – *versão para Adolescentes*

Anexo 11. Carta de pedido de autorização aos Conselhos Executivos das escolas

Anexo 12. Carta de Pedido de Autorização aos Pais

Anexo 13. Pedido de autorização ao Instituto de Reinserção Social

Anexo 14. Estatística descritiva e correlações item-total das escalas do APS-SF e do BSI (ESTUDO 1)

Anexo 15. Estatística descritiva dos instrumentos de avaliação utilizados no Estudo 2

Índice de Figuras e Quadros

	Págs.
Quadro 1 – HKRA: Recursos medidos pelo inventário	261
Quadro 2 – Descrição dos recursos desenvolvimentais, itens e cotação do <i>Healthy Kids Resilience Assessment</i>	263
Figura 1 – Modelo teórico para o <i>Healthy Kids Resilience Module</i>	156
Figura 2 – <i>Scree Plot</i> de Cattell (APS-SF)	294
Figura 3 – <i>Scree Plot</i> de Cattell com as escalas do BSI	308
Figura 4 – Níveis de severidade clínica na escala PC	439
Figura 5 – Níveis de severidade clínica na escala PO	439
Figura 6 – Níveis de severidade clínica na escala PA	440
Figura 7 – Níveis de severidade clínica na escala PIV	440
Figura 8 – Níveis de severidade clínica na escala AS	441
Figura 9 – Níveis de severidade clínica na escala PAG	441
Figura 10 – Níveis de severidade clínica na escala PPST	442
Figura 11 – Níveis de severidade clínica na escala DEP	442
Figura 12 – Níveis de severidade clínica na escala CA	443
Figura 13 – Níveis de severidade clínica na escala SUI	443
Figura 14 – Níveis de severidade clínica na escala PAC	444
Figura 15 – Níveis de severidade clínica na escala PIP	444

Índice de Tabelas

	Págs.
Tabela 1. Características da amostra utilizada no estudo de adaptação da APS-SF e do BSI à população adolescente portuguesa (Estudo 1)	216
Tabela 2. Distribuição dos sujeitos por concelho de residência (Estudo 1)	217
Tabela 3. Características descritivas da amostra utilizada no Estudo 2	218
Tabela 4. Distribuição dos sujeitos do Estudo 2 segundo as variáveis tipo de estrutura familiar, nível de escolaridade e classificação profissional dos pais	219
Tabela 5. Distribuição dos sujeitos do Estudo 2 segundo as variáveis dimensão do agregado familiar e dimensão da fratria	221
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos do grupo delinquente (Estudo 3) por sexo e por Equipa FM / Centro Educativo do IRS	223
Tabela 7. Características descritivas da amostra utilizada no Estudo 3: Adolescentes delinquentes	224
Tabela 8. Distribuição da amostra do Estudo 3 segundo a nacionalidade, a residência, o grupo étnico e a estrutura familiar dos adolescentes delinquentes	226
Tabela 9. Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia definidos com base nas notas T da APS-SF (Fonte: Reynolds, 2000, p.31)	231
Tabela 10. Escalas da APS-SF e itens correspondentes	233
Tabela 11. Resultados da Análise Factorial no estudo americano com as Escalas Clínicas da APS-SF	235
Tabela 12. Estatísticas descritivas das Escalas da APS-SF (n = 656): resultados expressos em notas T	281
Tabela 13. Consistência interna das escalas da APS-SF para a amostra total	283
Tabela 14. Consistência interna das escalas da APS-SF segundo o sexo na amostra de validação	286
Tabela 15. Consistência interna das escalas da APS-SF segundo o grupo etário na amostra de validação	288
Tabela 16. Estabilidade temporal da APS-SF	289
Tabela 17. Análise factorial da APS-AS: correlações entre factores e escalas	297
Tabela 18. Escalas clínicas da APS-SF em termos das dimensões exteriorizada e interiorizada de expressão psicopatológica no Estudo 1	297
Tabela 19. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois sexos para as notas T na amostra de validação	299
Tabela 20. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois grupos etários para as notas T na amostra de validação	300

Tabela 21. Estatísticas descritivas das escalas do BSI	302
Tabela 22. Consistência interna das escalas do BSI para a amostra total	303
Tabela 23. Estabilidade temporal do BSI	304
Tabela 24. Análise factorial do BSI: correlações entre factores e escalas	309
Tabela 25. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois sexos na amostra de validação	311
Tabela 26. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois grupos etários na amostra de validação	312
Tabela 27. Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis recodificadas: tipo de estrutura familiar, nível de escolaridade dos pais, separações de pais e motivos de separações	321
Tabela 28. Médias, desvios-padrão do IGS e teste <i>t</i> de Student em função do sexo e do grupo etário	322
Tabela 29. Médias, desvios-padrão do IGS e teste de Mann-Whitney em função da existência de separações significativas na infância	325
Tabela 30. Médias, desvios-padrão do IGS e teste de Kruskal-Wallis em função de causas de separação de figuras parentais na infância	326
Tabela 31. Distribuição de frequência segundo os Níveis de Severidade Clínica na amostra portuguesa	329
Tabela 32. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste <i>t</i> de Student em função do sexo	335
Tabela 33. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste <i>t</i> de Student em função do grupo etário	337
Tabela 34. Correlações entre o número de retenções escolares e as escalas clínicas do APS-SF	337
Tabela 35. Médias, desvios-padrão e teste <i>t</i> das escalas clínicas do APS-SF em função da escolaridade paterna	339
Tabela 36. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste <i>t</i> em função da escolaridade materna	339
Tabela 37. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Kruskal-Wallis em função do NSE	342
Tabela 38. Correlações entre as variáveis tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria e as escalas clínicas do APS-SF	344
Tabela 39. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da estrutura familiar	346
Tabela 40. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Kruskal-Wallis em função do tipo de estrutura familiar	348

Tabela 41. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das separações significativas na infância	349
Tabela 42. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância	351
Tabela 43. Características descritivas das escalas do IPA	353
Tabela 44. Consistência interna das escalas do IPA para a amostra do Estudo 2	354
Tabela 45. Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais	356
Tabela 46. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste <i>t</i> de Student em função do sexo	358
Tabela 47. Médias, desvios-padrão e teste <i>t</i> de Student das escalas do IPA em função da idade	358
Tabela 48. Correlação de Spearman entre as dimensões do IPA e o número de retenções escolares	360
Tabela 49. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Kruskal-Wallis em função do NSE	362
Tabela 50. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste <i>t</i> de Student em função da escolaridade paterna	366
Tabela 51. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste <i>t</i> de Student em função da escolaridade materna	367
Tabela 52. Correlações de Spearman entre as dimensões do IPA e as variáveis, tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria	369
Tabela 53. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do tipo de estrutura familiar	370
Tabela 54. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Kruskal-Wallis em função da estrutura familiar	371
Tabela 55. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função das separações na infância	373
Tabela 56. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância	374
Tabela 57. Estatísticas descritivas das escalas e sub-escalas do IKRA	376
Tabela 58. Consistência interna das escalas e sub-escalas do IKRA para a amostra do Estudo 2	376
Tabela 59. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste <i>t</i> de Student em função do sexo	378

Tabela 60. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste <i>t de Student</i> em função da idade	379
Tabela 61. Correlação entre as escalas do HKRA e o número de retenções escolares	381
Tabela 62. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste <i>t de Student</i> em função da escolaridade paterna	382
Tabela 63. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste <i>t de Student</i> em função da escolaridade materna	384
Tabela 64. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste Kruskal-Wallis em função do NSE	384
Tabela 65. Correlações entre as variáveis tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria e as escalas e sub-escalas do HKRA	386
Tabela 66. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste Mann-Witney em função do tipo de estrutura familiar	387
Tabela 67. Médias, desvios-padrão e Kruskal-Wallis em função da estrutura familiar	388
Tabela 68. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste Mann-Whitney em função das separações significativas face a figuras parentais no período da infância	389
Tabela 69. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância	390
Tabela 70. Matriz de correlações entre o Índice Geral de Sintomas e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes	393
Tabela 71. Matriz de correlações entre as escalas do APS- SF, o Índice Geral de Sintomas (IGS) e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes	395
Tabela 72. Matriz de correlações entre as escalas clínicas do APS – SF e os Recursos de Resiliência (HKRA)	397
Tabela 73. Matriz de correlações entre os Recursos de Resiliência (HKRA), as Percepções das Atitudes Parentais (IPA) e o BSI	399
Tabela 74. Distribuição da amostra segundo os indicadores sobre a tipologia do comportamento delinquente	414
Tabela 75. Indicadores de risco psicossocial: história de comportamento desviante e institucionalizações na infância	417
Tabela 76. Indicadores de risco psicossocial: relações familiares	419
Tabela 77. Indicadores de risco psicossocial: factores académicos	420
Tabela 78. Indicadores de risco psicossocial: comportamento desviante familiar	422
Tabela 79. Médias, desvios-padrão, do IGS e Mann-Whitney em função do sexo e da idade	425

Tabela 80. Correlações entre as variáveis tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria e os valores de IGS (n = 62)	429
Tabela 81. Médias, desvios-padrão do IGS e teste Mann-Whitney em função dos acontecimentos negativos na infância	432
Tabela 82. Médias, desvios-padrão do IGS e teste Mann-Whitney em função das variáveis disciplina parental e conflitos pai/mãe -filho	432
Tabela 83. Distribuição de frequência segundo os Níveis de Severidade Clínica na amostra delinquente	438
Tabela 84. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste de Mann-Whitney em função do sexo	446
Tabela 85. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste de Mann-Whitney em função do grupo etário	446
Tabela 86. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da situação tutelar	448
Tabela 87. Correlação de Spearman entre as escalas do APS-SF e a idade do primeiro delito	450
Tabela 88. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do tipo de delitos cometidos	451
Tabela 89. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das circunstâncias dos delitos praticados	452
Tabela 90. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da variável uso de violência	453
Tabela 91. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da variável persistência do comportamento delinquente	454
Tabela 92. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da escolaridade paterna	456
Tabela 93. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da escolaridade materna	458
Tabela 94. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da estrutura familiar	458
Tabela 95. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do NSE	459
Tabela 96. Correlações entre as variáveis tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria e as escalas clínicas do APS-SF	460
Tabela 97. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do relato de problemas de comportamento na infância	462
Tabela 98. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das separações significativas na infância	463

Tabela 99. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função de história de institucionalizações	464
Tabela 100. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função de história de maus-tratos na infância	464
Tabela 101. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Conflitos entre os pais (n = 41)	466
Tabela 102. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Ausência de figura paterna no agregado familiar	467
Tabela 103. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Conflito na relação mãe-filho	468
Tabela 104. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Conflito na relação pai-filho	469
Tabela 105. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Disciplina parental	470
Tabela 106. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de Antecedentes criminais parentais	471
Tabela 107. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de Comportamento delinquente de irmãos	472
Tabela 108. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de toxicodependência de pais	473
Tabela 109. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de alcoolismo de pais	474
Tabela 110. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da Motivação escolar	476
Tabela 111. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Abstenção escolar	476
Tabela 112. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável Abandono escolar	477
Tabela 113. Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais	479
Tabela 114. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do sexo	480
Tabela 115. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função da situação tutelar	481
Tabela 116. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do tipo de delitos cometidos, circunstâncias dos delitos e uso de violência	483
Tabela 117. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função da variável conflitos entre os pais	485

Tabela 118. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função de história de institucionalizações	486
Tabela 119. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função de história de maus-tratos na infância	486
Tabela 120. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Mann-Whitney em função de toxicodependência e de alcoolismo de pais	487
Tabela 121. Médias e desvios-padrão nas escalas do HKRA nos Estudos 2 e 3	489
Tabela 122. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função do sexo	490
Tabela 123. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função de história de maus-tratos na infância	491
Tabela 124. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função de história de institucionalizações	492
Tabela 125. Correlação de Spearman entre as escalas e sub-escalas do IKRA e a idade do primeiro delito	494
Tabela 126. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função da persistência do comportamento delinquente	494
Tabela 127. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função do aumento da gravidade dos delitos praticados	495
Tabela 128. Médias, desvios-padrão e teste Mann-Whitney em função da variável uso de violência	496
Tabela 129. Matriz de correlações entre as escalas clínicas do APS – SF e os Recursos de Resiliência (HKRA)	499
Tabela 130. Matriz de correlações entre as escalas do APS- SF e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes	501
Tabela 131. Matriz de correlações entre a Percepções das Atitudes Parentais (IPA) e os Recursos de Resiliência (HKRA)	503

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a investigação sobre os processos subjacentes ao desenvolvimento normativo e patológico na adolescência tem vindo distanciar-se de um modelo orientado para os estádios, em que a adolescência é representada como um período marcado por fases de desenvolvimento relativamente invariáveis, a favor de um modelo orientado para o processo, centrado no estudo das relações entre os indivíduos e os seus contextos (Cicchetti & Rogosch, 2002; Ollendick, Grills & King, 2001, Steinberg, 2001). A adolescência passou a ser perspectivada não apenas como um período de vida em que a vulnerabilidade para os comportamentos desviantes é acrescida, mas também como uma fase de vivência de oportunidades para fortalecer as capacidades do indivíduo, de modo a lidar com futuras situações adversas (Lerner & Castellino, 2002; Levesque, 2007; Steinberg & Lerner, 2004).

Apesar de ser possível falar, actualmente, numa visão mais optimista da adolescência normativa, assumem-se como preocupações crescentes na sociedade actual as ameaças à ordem social e à saúde pública relacionadas com o comportamento desviante em grupos jovens da população (Dubas, Miller & Petersen, 2003). Na verdade, os problemas motivados pelas desigualdades sociais, as transformações ao nível dos modelos de família e de parentalidade e as questões da integração escolar e da aprendizagem são assuntos presentes na agenda política de muitos países. Neste contexto, e maioritariamente nos países mais desenvolvidos, as questões de âmbito social têm certamente impacto no delineamento de investigações e no desenvolvimento de programas de intervenção junto de populações de risco.

A literatura sobre a adolescência remete fundamentalmente para o estudo do desenvolvimento normativo e do desenvolvimento psicopatológico, mais especificamente, para a investigação em torno dos factores de risco no desenvolvimento de psicopatologia e de comportamento anti-social (e.g., Biederman et al., 1995; Bolger & Patterson, 2001; Hinshaw, 2002). Da revisão efectuada, parece-nos consensual que a vulnerabilidade social a que estão sujeitas muitas famílias, se encontra entre os factores que influenciam de forma determinante a educação e a formação das crianças e dos adolescentes (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005; Baer, 1999; Garbarino, 2005; Ungar, 2004). Também as transformações ao nível da estrutura familiar, acompanhadas de um aumento das taxas de divórcio e do número de famílias monoparentais, têm sido apontadas como um factor com impacto frequentemente negativo nas relações pais-filhos e, por vezes, no aumento das perturbações psicossociais na adolescência (Matos, 2002; Farrington, 2004; Rutter, Giller & Hagell, 1998).

Especial atenção tem também sido dada ao estudo dos factores individuais e contextuais que parecem exercer um efeito protector face ao risco psicossocial (e.g., Bender & Losel, 1997; Bromleya, Johnsond & Cohend, 2006; Fergusson & Horwood, 1998; LeBlanc, 2005; O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw & Stueve, 2004). Diversos autores (Bender & Losel, 1997; Jessor, 1995; McKinnon, O'Rourke, Thompson, & Berumen, 2004; White, Johnson, & Buyske, 2000) têm, de facto, demonstrado que os factores protectores podem prever a mudança em comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes ao longo do tempo. Em termos globais, estes estudos apontaram para a existência de uma relação inversa entre os factores protectores e o envolvimento em comportamentos

problemáticos, sugerindo que os recursos desenvolvimentais se assumem como variáveis moderadoras na associação entre o risco e a manifestação dos problemas de comportamento. De acordo com Constantine, Benard e Diaz (1999) e com Olsson (2003), estes recursos devem ser entendidos como factores de resiliência. Um auto-conceito elevado, sucesso escolar, envolvimento em actividades extra-curriculares e relações edificantes com os pais, os pares e com outros adultos significativos, são apontados como factores protectores por estarem inversamente relacionados com a manifestação de problemas emocionais e comportamentais (Caspi, 2000; Flouri & Buchanan, 2003; Kochanska, 1992).

É neste sentido que assumimos, à semelhança de outros autores, a necessidade de investigar não apenas os processos que conduzem à psicopatologia ou ao comportamento desviante, mas também os processos de resiliência face à adversidade ou risco psicossocial (Cicchetti & Rogosch, 2002; Granic, 2005; Ollendick, Grills & King, 2001; Rutter & Sroufe, 2000). No nosso entender, na presença de factores de risco individuais, sócio-económicos e familiares, deverá ser tida em conta, especificamente, quer a possibilidade de uma trajectória de desenvolvimento desadaptativa ou psicopatológica, quer a crença nas potencialidades dos indivíduos, ou seja, a possibilidade de um resultado desenvolvimental adaptativo.

Um outro dado relevante sobre o qual nos iremos debruçar remete para a associação entre acontecimentos negativos experienciados na infância e a manifestação posterior de psicopatologia no período da adolescência. Sobre este assunto Rutter (1996) considera que, na ausência de recursos individuais e contextuais, os acontecimentos negativos

experienciados na infância podem resultar em perturbações psicológicas no adolescente. De igual modo, os factores de risco sociais, familiares e individuais no período da infância e da adolescência, e a sua relação com o percurso delinquente, têm sido um foco de atenção na investigação em Psicologia (Fergusson & Horwood, 1998; DeComo, 1998; Raskin-White, 2001; Hecht & Hansen, 2001). As investigações realizadas por estes autores permitiram identificar um conjunto de factores familiares (o conflito na relação parental, o afecto parental, as práticas educativas parentais) como estando associados ao comportamento anti-social nos adolescentes e ao desenvolvimento de um percurso delinquente, que pode persistir na idade adulta. Outros autores (Born, Chevalier, & Humblet, 1997; Janson & Sattin, 2003; White, 2001) acrescentam ainda que uma baixa proximidade emocional na relação pais-adolescente, a existência de problemas psicossociais nos pais, práticas educativas inconsistentes e relações pais-criança conflituosas, estão associados ao desenvolvimento de manifestações psicopatológicas interiorizadas e exteriorizadas na adolescência.

Adicionalmente, tem sido referido que a identificação dos factores de risco psicossociais associados à manifestação de psicopatologia em adolescentes delinquentes pode contribuir para identificar os subgrupos em risco desenvolvimental (Herrenkohl et al., 2000; Sameroff, 2000). Neste contexto, parece-nos importante conhecer não só as características psicopatológicas mas também as características chave do percurso anti-social, tais como a idade de início, a diversidade e as circunstâncias dos delitos, a tendência para a persistência e para o aumento de gravidade do comportamento delinquente (Krohn, Thornberry, Rivera & Le Blanc, 2001; Farrington, 2003; Moffit, 1993).

É também nesta linha de pensamento que o estudo da psicopatologia na adolescência e, mais especificamente, dos factores de risco psicossocial e dos factores protectores para o desenvolvimento dessa psicopatologia, assume especial importância para o estabelecimento de políticas e de programas de intervenção em saúde mental.

Face às questões que actualmente são discutidas na literatura sobre adolescência e psicopatologia, neste trabalho procuramos estudar quais os possíveis factores de risco psicossocial e factores protectores para a expressão de perturbações psicopatológicas em adolescentes da população geral e em adolescentes delinquentes. Parece-nos ainda pertinente analisar eventuais indicadores de risco psicossocial para um percurso delinvente em adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça por cometimento de actos considerados crime à luz da Lei.

Considerando os aspectos teóricos referidos e os objectivos do estudo, dedicamos a primeira parte da tese ao enquadramento teórico do tema em estudo: família, psicopatologia e resiliência na adolescência. Começamos, num primeiro capítulo, por abordar algumas perspectivas teóricas relativas ao desenvolvimento na adolescência. Iremos referir-nos a alguns aspectos específicos do desenvolvimento na adolescência, como sejam a influência do contexto sócio-cultural, a questão da continuidade e da descontinuidade para a compreensão do desenvolvimento neste período, as tarefas desenvolvimentais e a importância do contexto familiar. Serão também abordadas as questões do desenvolvimento normal e patológico neste período, centrando-nos em duas perspectivas do desenvolvimento: a perspectiva psicodinâmica e a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento.

Num segundo capítulo, relativo ao estudo da psicopatologia na adolescência, serão considerados os critérios de classificação e diagnóstico de psicopatologia na adolescência, definidos os conceitos de risco e de vulnerabilidade e discutidas algumas investigações (que, pela sua pertinência, nos parecem mais relevantes) sobre as relações entre os factores de risco psicossocial e o desenvolvimento das perturbações (interiorizadas e exteriorizadas) do comportamento na adolescência.

No terceiro capítulo iremos debruçar-nos sobre os principais paradigmas de investigação relativos ao constructo da resiliência. Serão também analisados os aspectos referentes à sua definição e aplicabilidade no desenvolvimento de adolescentes em contextos de risco psicossocial.

Um último capítulo que integra este enquadramento centra-se no estudo do comportamento anti-social e, mais especificamente, na temática da delinquência juvenil. Para nos situarmos face à problemática dos adolescentes que cometem delitos considerados crime pela lei, iremos descrever, de uma forma sucinta, o enquadramento jurídico face à delinquência juvenil. Serão também analisados os factores de risco para a delinquência juvenil, os principais padrões de percurso delinquencial descritos na literatura e, ainda, o estudo da psicopatologia em adolescentes delinquentes. Por último, iremos abordar algumas questões relacionadas com as intervenções preventivas neste âmbito.

Uma segunda parte desta tese remete para os estudos realizados. Assim, no capítulo 5, relativo à metodologia, são apresentados, para os estudos realizados, os objectivos e as questões de investigação, o desenho dos estudos, a caracterização das amostras, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e de análise de dados.

No sexto capítulo (Estudo 1) procedemos ao estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação de psicopatologia utilizados na nossa investigação, nomeadamente a Escala de Psicopatologia do Adolescente – Forma Abreviada (*Adolescent Psychopathology Scale - Short Form* – APS-SF, Reynolds, 2000) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* – BSI, Derogatis, 1982; Canavarro, 1999).

Um segundo estudo remete para a avaliação da relação entre factores de risco psicossocial, indicadores de psicopatologia e recursos de resiliência em adolescentes da população geral, onde serão discutidos os principais resultados da investigação realizada.

Num terceiro estudo foi nossa intenção identificar eventuais indicadores de psicopatologia, factores de risco psicossocial e recursos de resiliência em adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça (adolescentes delinquentes).

Refira-se que, para cada estudo, são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

O Desenvolvimento na Adolescência: Perspectivas Teóricas e Factores Contextuais

1. Introdução

A procura de leis universais que expliquem o desenvolvimento humano tem conduzido diversos autores a assumirem a falta de uma grelha conceptual que faça convergir as diversas teorias que procuram explicar o desenvolvimento (e.g., Schulenberg, Maggs, Steinman e Zucker, 2001; Dubas, Miller & Petersen, 2003; Steinberg & Lerner, 2004). Aliás, como Schulenberg e colaboradores (2001) salientaram, subsistem diferenças nas diversas assumpções filosóficas sobre a natureza e a criação humanas e discordâncias sobre o próprio significado do desenvolvimento. Por sua vez, Steinberg e Morris (2001) criticaram o estudo científico da adolescência, considerando-o como uma *“coleção de mini-teorias destinadas a explicar apenas pequenas peças de um contexto mais vasto”* (p. 388).

Ao debruçarmo-nos sobre as teorias que procuram explicar o desenvolvimento, não podemos deixar de referir o clássico debate sobre a importância de variáveis biológicas e de variáveis ambientais. Apesar da importância dos factores genéticos no desenvolvimento humano, são vários os factores sociais e contextuais que contribuem de forma directa ou indirecta para as continuidades e para as mudanças que ocorrem ao longo do desenvolvimento (Hetherington & Martin, 1986). A este respeito, Piaget e Inhelder (1993) referiram que o amadurecimento (ou seja, o crescimento orgânico e especialmente a maturação do sistema nervoso e do sistema endócrino) é uma condição necessária para o aparecimento de novas aquisições. No entanto, reiteram estes autores, o amadurecimento orgânico não fornece por si só as condições suficientes ao crescimento mental, sendo indispensável que *“as possibilidades assim abertas se*

realizem e, para isso, que o amadurecimento seja acrescido de um exercício funcional e de um mínimo de experiência” (p. 137). Neste sentido, se o amadurecimento orgânico é um factor necessário ao desenvolvimento, não explica no entanto, todo o desenvolvimento, mas representa um factor entre outros. Também indispensável ao desenvolvimento será o papel do exercício (i.e., da acção ou do desempenho) e da experiência adquirida (idem). Não de menor importância, os autores referem o papel das interacções e transmissões sociais na aprendizagem, definindo a socialização como uma *“estruturação para a qual o indivíduo contribui tanto quanto dela recebe”* (Piaget e Inhelder, 1993, p. 138).

Como sublinharam Marcelli e Ajuriaguerra (1996), ao estudarmos uma conduta específica, tendemos a separar arbitrariamente o inato do adquirido, o que nos conduz mais a um jogo especulativo, do que a uma atitude realmente científica. É nesta linha que nos situamos, assumindo-se como um pressuposto fundamental deste trabalho a interacção entre o património genético e o património social, enquanto factores determinantes para o desenvolvimento da criança e do adolescente.

Assumindo-se que o estudo das continuidades e das mudanças ao longo do ciclo de vida é uma das questões mais importantes na compreensão do desenvolvimento humano, as diversas teorias e pesquisas levadas a cabo sobre o processo desenvolvimental na adolescência estão, também elas, impregnadas quer de semelhanças e de continuidades, quer de disparidades e de descontinuidades (Dubas et al., 2003). Ora, se por um lado, uma tal diversidade de teorias e de perspectivas sobre o desenvolvimento na adolescência dificulta a criação de uma grelha conceptual orientadora do seu estudo, por outro, é demonstrativa não só da complexidade que o seu estudo encerra, mas também do interesse que as questões da adolescência despertam.

Neste primeiro capítulo, referir-nos-emos a alguns aspectos específicos do desenvolvimento na adolescência, como sejam, a influência do contexto sócio-cultural, a questão da continuidade e da descontinuidade na compreensão do desenvolvimento neste período, as tarefas desenvolvimentais e a importância do contexto familiar. Abordaremos ainda as questões do desenvolvimento normal e patológico neste período, centrando-nos em duas perspectivas do desenvolvimento, a perspectiva psicodinâmica e a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento.

2. A adolescência enquanto fenómeno psicossociológico

O facto de não podermos isolar as transformações envolvidas no processo da adolescência do contexto sócio-cultural em que estas acontecem, leva-nos a questionar se este será um período natural do desenvolvimento com um estatuto tão específico como o da infância, da adultez ou da velhice, ou se, por outro lado, se trata de uma construção artificial, produto de uma determinada organização social e cultural.

Por exemplo, Nurmi, Poole e Kalakoski (1996), defendem que as sociedades, ao moldarem as expectativas e as crenças dos seus membros sobre as opções que lhes estão disponíveis e, ao regularem o seu acesso a eventuais opções alternativas, afectam o processo de formação de identidade dos indivíduos. Segundo alguns autores, a influência dos factores sociológicos no desenvolvimento do indivíduo seria mais marcada no período da adolescência. A este propósito, Claes (1985), salientou que as categorias etárias que limitam as etapas da vida e fixam as fronteiras entre as gerações variam consoante as épocas e que a fronteira estabelecida entre a adolescência e a idade adulta oscila com o curso da história: *“O estilo de vida e os valores preconizados são directamente influenciados pelos acontecimentos históricos e, muito mais que os outros períodos da vida, a adolescência é vulnerável ao impacto da mudança social”* (p. 11).

Também para Tomivc (1979), as atitudes sociais face ao fenómeno da adolescência diferem segundo as culturas, sendo que, o impacto social e psicológico sobre o adolescente sofre variações em função dos padrões culturais e sociais.

Ariès (1986), por sua vez, documentou a transformação cultural a que assistimos a partir da Primeira Guerra Mundial, ao afirmar que *“a evolução arrastou toda a*

sociedade para um modelo de adolescência originariamente burguês e também para um prolongamento constante da duração desta adolescência, coincidindo esta, a partir de então, com a duração da escolaridade (...) (p. 11). Estaríamos na presença de “uma história em que a nova sociedade da escola e da cultura escrita se substitui à sociedade da aprendizagem profissional e da cultura da transmissão oral” (p. 12).

Se a puberdade pode ser considerada como um fenómeno universal no calendário maturativo humano, a adolescência pelo seu lado, é um acontecimento psicossociológico não necessariamente universal e que portanto, não assume em todas as culturas os mesmos padrões e características que adopta na nossa cultura (Palacios & Oliva, 2001).

A emergência de um longo período entre a puberdade e o acesso ao estatuto de adulto, vivido debaixo da tutela parental, coincidiu com o aparecimento das sociedades industrializadas no séc. XIX, inicialmente em Inglaterra e nos países escandinavos (Claes, 1985). A “*família moderna*”, tal como Shorter (1986) a definiu, passou a ser considerada como o conjunto de pais e de filhos que vivem debaixo do mesmo tecto, excluindo os ascendentes e os colaterais. As inerentes mudanças no tecido social, com uma maior fragmentação do núcleo familiar e uma maior perda do controlo parental sobre os adolescentes, conduziu ao declínio deste modelo, a favor de um modelo pós-moderno de família (Shorter, 1986; Gierveld, 2001), em que, a par com o sistema de família dita tradicional (pai, mãe e filhos debaixo do mesmo tecto), encontramos as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas ou de recasamento.

Um tal impacto do contexto sócio-histórico no processo da adolescência dos indivíduos e o concomitante prolongamento deste período de vida levou a que as mudanças que se processam no desenvolvimento – a nível físico, psicológico e social –

se tenham tornado díspares. Esta disparidade terá influenciado uma mudança de rumo do estudo científico da adolescência. Ou seja, se os psicólogos tentaram descrever anteriormente a adolescência como um período único de transição, no decorrer do século XX, esta etapa de vida passou a ser conceptualizada como um período de mudança em várias áreas desenvolvimentais, mudanças essas que não acontecem necessariamente ao mesmo tempo, na mesma sequência ou com a mesma constância para todos os indivíduos (Dubas et al., 2003).

Em 1974, Berger (citado por Tomovic, 1979), referia que enquanto “*a era industrial promove a juvenilidade¹ e o prolongamento da dependência, ela cria também uma faixa de adolescentes mais velhos e mais experientes. Estes têm um maior contacto com sexo e com drogas, um nível educacional mais elevado por comparação aos seus pais (...), a televisão traz-lhes mundos de experiências que de outra forma lhes estariam vedadas. Os jovens são deparados, não só com a ambiguidade do papel adolescente em si e com o seu prolongamento, mas também com as forças e os contextos que apelam a uma maturidade precoce. Deste modo, os adolescentes são uma população potencialmente explosiva porque a sociedade está pobremente equipada para os integrar no seu sistema estatutário*” (p. 187).

De facto, como salienta Timini (2005), o processo de dar significado aos comportamentos e aos acontecimentos é modelado pelos contextos em que vivemos. Neste sentido, as sociedades diferem no que caracterizam como modelos normativos dos percursos de vida dos indivíduos que dela fazem parte, considerando alguns desses percursos de transição para o estado adulto desejáveis e outros, indesejáveis e arriscados. Neste sentido, os percursos de vida tendem a mimetizar os padrões

¹ *Juvenilization, no original.*

estabelecidos socialmente, de acordo com o sexo e o meio de pertença social (Gierveld, 2001).

Para Dias e Vicente (1984), a adolescência enquanto fenómeno, encontra-se no limite do psicológico e do social e é a partir da interacção entre estas duas áreas que é possível a formação da identidade do adolescente. Segundo os autores, os problemas dos jovens são um espelho da patologia dominante da sociedade. E a propósito da depressão no adolescente, os autores evocam a angústia, a solidão, a morosidade, o aborrecimento, a falta de alegria como problemas sócio-culturais que se interpenetrariam com os problemas individuais, ocupando o lugar de antigas patologias. Estas questões exigiriam *“à investigação psicológica uma reformulação que, levando-os em conta, pese também simultaneamente as condições patogénicas que na sociedade e na família os fizeram nascer”* (p.34).

No nosso entender, contextualizar a adolescência segundo um ponto de vista psicossociológico, ou seja, integrar e compreender os comportamentos no contexto social dos indivíduos, se bem que não seja o âmbito deste trabalho, faculta uma visão mais abrangente dos problemas dos jovens e da sua integração na sociedade actual, beneficiando ainda o planeamento de programas de intervenção psicossociais.

3. Os conceitos de continuidade e de descontinuidade na compreensão do desenvolvimento na adolescência

Permanece como uma questão em aberto se os processos envolvidos nas transformações dos adolescentes se processam de uma forma contínua ou descontínua. Entenda-se por continuidade as ligações entre as estruturas físicas e psicológicas que definem as sucessivas etapas do desenvolvimento (Kagan, 1987). Segundo Marcelli e Ajuriaguerra (1996), a concepção de continuidade do crescimento psicológico prevê que o desenvolvimento se processe de forma sistemática, através de uma série de estádios, os quais ocorrem numa ordem predeterminada e pela qual todas as crianças deverão passar.

Neste sentido, as teorias psicanalíticas estabeleceram que o desenvolvimento infantil se processa de acordo com estádios sucessivos, cada um dos quais dependendo de algum modo, do estágio anterior (Kagan, 1987). Por exemplo, Bowlby (2002) demonstrou que a vinculação estabelecida com os adultos de referência, durante a infância, era determinante para o sucesso da etapa seguinte (o processo de separação-individuação). Erikson (1972) defendeu que o desenvolvimento no adulto era orientado por uma série de tarefas activadas ao longo do desenvolvimento por imperativos biológicos e culturais. Este autor caracterizou a adolescência como processando-se através de transições psicossociais, com a aquisição de perspectivas temporais, a polarização sexual e a formação da identidade como uma tarefa essencial a ser realizada, de forma a permitir a prossecução das tarefas centrais do eu na idade adulta. A ênfase que colocou nas interacções com a sociedade e a sua concepção do

desenvolvimento como prolongando-se para além da adolescência, na vida adulta, foi um contributo importante para o estudo do desenvolvimento humano (Srivastava, John, Gosling & Potter, 2003).

Rutter e Rutter (1993), no seu livro *“Developing minds: challenge and continuity across the life span”*, fazem referência às teorias que mais contribuíram para o estudo dos processos do desenvolvimento humano. Salientam as conceptualizações de Freud sobre os estádios psico-sexuais e sobre os processos psíquicos da criança, os trabalhos de Piaget sobre os mecanismos cognitivos (estabelecendo, por exemplo, que as aquisições psicológicas do estágio sensório-motor eram precursores necessários para o estágio das operações concretas), o estudo do desenvolvimento moral de Kohlberg (1979) e as conceptualizações de Gesell (1979) sobre os padrões desenvolvimentais da criança.

Por sua vez, Piaget e Inhelder (1993) embora se tenham centrado no estudo do desenvolvimento cognitivo na infância e adolescência, fizeram notar que relativamente ao desenvolvimento da afectividade e da motivação *“os factores dinâmicos fornecem a chave de todo o desenvolvimento mental e são, afinal de contas, as necessidades de crescer, de se afirmar, de amar e de ser valorizado que constituem os motores da própria inteligência, tanto quanto das condutas na sua totalidade e na sua crescente complexidade”* (p. 140).

Ainda que na maioria dos casos as transições-chave tendam a ocorrer no mesmo período para a generalidade das pessoas, encontra-se sempre presente uma substancial variabilidade individual na aquisição de determinadas competências (por exemplo, na aquisição da marcha, da linguagem, início da puberdade, etc.) o que levou Rutter e Rutter (1993) a colocar a hipótese de diferentes mecanismos poderem operar em

diferentes pontos do desenvolvimento. Por sua vez, Kaplan (1987) sugeriu que cada fase de desenvolvimento é acompanhada por requisitos ou padrões de funcionamento específicos a essa fase, os quais seriam adaptativos somente para um período desenvolvimental específico. Tais requisitos tenderão a extinguir-se assim que esse período seja transposto e a sua tarefa esteja cumprida.

A favor de uma preponderância de descontinuidade no desenvolvimento está pois, a irrefutabilidade de que cada estágio do desenvolvimento apresenta diferentes requerimentos ou exigências e é acompanhada por um conjunto de características próprias.

No entanto, nas últimas duas décadas do séc. XX observou-se uma viragem no estudo do desenvolvimento na adolescência e no tipo de pesquisas conduzidas, passando a colocar-se em segundo plano as abordagens desenvolvimentais centradas nos estádios. No entanto, a validade dos conhecimentos adquiridos relativamente à constância dos estádios de desenvolvimento (como por exemplo, relativamente ao desenvolvimento cognitivo e ao desenvolvimento das características sexuais secundárias) não foi questionada (Dubas et al., 2003). O desenvolvimento passa a ser conceptualizado como envolvendo, no essencial, mudanças contínuas.

A favor da prevalência de continuidade no desenvolvimento Petersen (1988) referiu que se têm vindo a acumular provas de que em determinadas áreas do desenvolvimento, os estádios não apreendem de forma fidedigna os processos envolvidos, representando assim uma abstracção do que é, de facto, um processo mais contínuo.

Por sua vez, Rutter e Rutter (1993) criticaram o facto das teorias clássicas do desenvolvimento humano se terem centrado na procura de leis universais de

desenvolvimento, em detrimento do estudo das diferenças individuais. O facto das teorias tradicionais se terem concentrado nos estádios do desenvolvimento resultou num retrato inadequado do que é o desenvolvimento, ao implicarem “*uma previsibilidade mecânica que exclui a dinâmica da mudança, o curso do tempo e a variabilidade individual*” (idem, p. 2). Por detrás destas perspectivas clássicas estaria o pressuposto de que existe uma única via desenvolvimental a ser seguida por todos os indivíduos e um ponto fixo final da maturidade normal.

Também Cagampang, Brindis e Oliva (2001), a propósito das mais recentes tendências na investigação, defendem que a assumpção da descontinuidade não é consistente com os conhecimentos que se têm vindo a adquirir sobre o desenvolvimento sócio-emocional, pois relega para um plano francamente secundário a influência que os factores sociais têm no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

Diversos estudos (Olweus, 1979; Janson & Stattin, 2003; Vermeiren, 2002, 2003; Serbin & Karp, 2004) têm estabelecido uma consistência moderada em termos temporais, na tendência para os indivíduos apresentarem um nível elevado ou baixo em determinadas características comportamentais, como sejam, o nível de actividade psicomotora ou de emotividade. No estudo conduzido por Olweus (1979) encontrou-se uma relação significativa entre o traço comportamental de agressividade (medido na infância média) e o comportamento agressivo na adultez. Face aos resultados deste estudo e a favor de continuidade no desenvolvimento, Rutter e Rutter (1993) alegam que, embora exista uma maior propensão para os sentimentos depressivos e a labilidade do humor acontecer com maior frequência durante a adolescência, estes podem manifestar-se no entanto, em qualquer fase do ciclo de vida.

Uma investigação longitudinal prospectiva, desenvolvida por Silva e Stanton (1996, citado por Caspi, 2000), procurou avaliar as continuidades do desenvolvimento a nível comportamental numa amostra de crianças nascidas em Dunedin, na Nova Zelândia entre 1972 e 1973, tendo abrangido indivíduos dos 3 aos 21 anos de idade, num total de 1037 sujeitos. O conjunto de dados resultantes deste estudo apontou para a existência de continuidade nos comportamentos desde os primeiros anos de vida, até ao início da idade adulta.

Estudos retrospectivos mais recentes (Canavarro, 1999a; Huprich & Greenberg, 2003) sugeriram que um tipo de vinculação insegura na infância (evitante ou ansiosa) está frequentemente associada com a manifestação de psicopatologia na adultez.

No sentido de aferir continuidades na presença de distúrbios psicológicos ou de problemas de comportamento foram realizados recentemente diversos estudos longitudinais. Por exemplo, Janson e Stattin (2003) encontraram uma correlação significativa entre os problemas de comportamento aos 8-10 anos de idade e o comportamento anti-social na adultez. De forma similar, Vermeiren (2002, 2003) encontrou uma relação significativa entre a hiperactividade na infância e o comportamento delinquente futuro. Ainda Serbin e Karp (2004) concluíram que a presença de comportamento agressivo e anti-social na infância estava relacionado com trajectórias comportamentais e sociais desadaptativas na adultez.

Embora os referidos estudos apontem para o facto de a continuidade ser mais provável do que a mudança na história do desenvolvimento das características de personalidade, importa não esquecer que, como Caspi (2000) sublinhou, *“as mudanças acontecem pelo facto de o curso do desenvolvimento da personalidade se assemelhar a uma caminhada ao acaso, a um conjunto de acontecimentos aleatórios, ou a encontros*

de ocasião fortuitos, os quais contribuem, de uma forma colectiva e cumulativa, para as diferenças entre os indivíduos e também têm a capacidade de mudar o rumo às trajectórias da vida” (p.49).

Na sequência das investigações acima expostas, o desenvolvimento pode ser concebido tanto do ponto de vista da continuidade como do ponto de vista da descontinuidade ou da mudança. Então, considerar apenas um destes aspectos isoladamente (ou seja, considerar as mudanças ocorridas, ou considerar apenas a progressão a nível estrutural e funcional no sentido da maturidade e da estabilização final representada pelo funcionamento adulto) permite apenas uma compreensão parcelar do processo desenvolvimental humano.

Esta questão torna-se ainda mais complexa quando procuramos estudar a maturidade sócio-emocional, em virtude da sua relevância para a compreensão do desenvolvimento. Uma vez que os resultados desenvolvimentais obtidos quando os indivíduos atingem a adultez não podem ser reduzidos a meras diferenças nos níveis de maturidade individual, Rutter e Rutter (1993) referem que é de algum modo artificial atender somente às capacidades dos indivíduos, sem olhar ao conteúdo e à qualidade dos seus comportamentos. Um outro aspecto a ter em conta é o de que, uma vez que o desenvolvimento sócio-emocional se processa ao longo de todo o ciclo de vida, é difícil conceber um nível final (ou óptimo) de maturidade. Face à controvérsia existente na literatura, consideramos a conceptualização proposta por Rutter e Rutter (1993) como a mais adequada para definir os processos envolvidos no desenvolvimento. Estes autores definem o desenvolvimento como envolvendo continuidade na mudança, embora com a possibilidade de regressão a um ponto anterior. Esta perspectiva desenvolvimental-contextual, também partilhada por Schulenberg e colaboradores (2001), estabelece que

o desenvolvimento se processa de forma multidimensional e multidireccional ao longo do ciclo de vida, com a estabilidade e a mudança ocorrendo como resultado de uma interacção dinâmica entre os indivíduos e os seus contextos.

Os resultados desenvolvimentais obtidos em dado ponto do ciclo de vida, deverão deste modo, à interacção de um conjunto de factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio sujeito, os quais, de forma directa ou indirecta, influenciam o seu curso de vida. Esta abordagem, ao deixar em aberto a possibilidade dos indivíduos poderem enveredar por uma diversidade de vias ou percursos desenvolvimentais, possibilita-nos uma visão não determinista dos problemas do desenvolvimento, sobretudo, no período da adolescência. A ênfase na plasticidade (i.e., na maleabilidade dos percursos desenvolvimentais), na diversidade das formas de expressão que os comportamentos podem assumir e no empreendimento individual (i.e., na capacidade do adolescente poder influenciar o seu desenvolvimento para melhor ou para pior), implica que um resultado mal-adaptativo no desenvolvimento de um adolescente passe a ser uma possibilidade entre a amplitude possível dos resultados, que podem caracterizar as relações entre os adolescentes e os seus contextos (Steinberg & Lerner, 2004). Nesta linha de pensamento, o foco e a atenção contemporâneos deixam de estar centrados exclusivamente nos problemas sociais e psicológicos do período da adolescência.

No nosso entender, uma tal ênfase nas potencialidades e nas competências individuais, e ainda nas oportunidades de um adolescente poder seguir uma, entre várias possibilidades de percursos desenvolvimentais, contribui para uma nova visão das problemáticas da adolescência, em que as capacidades de resiliência e de empreendimento individual possam ser realçadas e a vulnerabilidade social e/ou

individual não seja considerada como uma fatalidade inalterável e portanto, um estigma que acompanha e modela o percurso do adolescente.

A resiliência tem sido definida quer como uma característica individual quer como uma característica do ambiente dos sujeitos. Por exemplo, Schoon e Parsons (2002) definiram como resilientes as crianças que apresentavam competências cognitivas acima da média apesar de viverem em contextos de adversidade socio-económica. Parece-nos oportuno salientar que a ênfase na capacidade de resiliência, como uma característica individual (i.e., interna ao sujeito), pode conduzir a interpretações superficiais e erróneas, as quais induzem a que as crianças e os adolescentes com um percurso de vida desviante, sejam percepcionados não como vítimas dos contextos sociais mas como inadaptados, com maiores consequências em termos de estigmatização e de maior exclusão social. Estas questões serão abordadas de forma mais exhaustiva no Capítulo 3.

4. Perspectivas sobre o desenvolvimento na adolescência

Apesar do período de tempo que nos separa do momento histórico em que Francis Hall, no início do século XIX, se interessou pelo estudo da adolescência e considerou esta fase de vida como digna de interesse científico (Dubas et al., 2003), não podemos falar de uma concepção unitária e homogénea relativamente ao seu significado psicológico (Fleming, 1997; Palacios & Oliva, 2001). Até à primeira metade do século XX foi corrente a caracterização da adolescência como uma etapa de elevada instabilidade emocional e de muitas dificuldades. Para uma integração dos aspectos mais positivos e normativos do desenvolvimento nas teorias do desenvolvimento, tinham já contribuído significativamente as investigações levadas a cabo por Margaret Mead e por Ruth Benedict em 1950, as quais forneceram provas de que os problemas de transição na adolescência são um fenómeno marcadamente cultural, causados pela descontinuidade nos papéis e nas responsabilidades entre a infância e a adultez nas sociedades modernas (Schulenberg et al., 2001).

Foram ainda essenciais para o estudo do processo desenvolvimental na adolescência, os trabalhos sobre o desenvolvimento cognitivo da criança de Piaget datado de 1958 e sobre o desenvolvimento moral de Kohlberg em 1969. As teorias sobre o desenvolvimento da personalidade, das quais salientamos o trabalho desenvolvido por Erikson (1972) sobre a construção da identidade como uma tarefa central da adolescência, são também contributos fundamentais para o estudo do desenvolvimento neste período (Labouvie-Vief & Diehl, 1998; Marcia, 2001).

Posteriormente, com base nos estudos antropológicos desenvolvidos a partir do início do séc. XX, encontramos a ideia de que, embora o período da adolescência seja caracterizado pela mudança e apresente inúmeros desafios, esta não é necessariamente uma fase tumultuosa e problemática do ciclo de vida. Em termos das suas características, se a “fase da adolescência” se apresenta, por um lado, como uma justificação para as manifestação de afecto depressivo e para os comportamentos problemáticos, por outro, surge como um período fulcral para o desenvolvimento das capacidades de empreendimento pessoal e para o envolvimento em projectos de futuro. Estas duas concepções de adolescência, aparentemente contraditórias, imperam, de alguma forma, na nossa forma quotidiana de perspectivar os adolescentes.

4.1. A adolescência como um período de crise normativa: a perspectiva psicanalítica

A caracterização da adolescência por Stanley Hall em 1904, como o período de vida marcado por crises e desequilíbrios (a fase do “*storm and stress*”) e retomada posteriormente pelas teorias psicanalíticas, influenciou grandemente as correntes teóricas do desenvolvimento no século XX (Dubas et al., 2003). Anna Freud, em 1958, baseando-se nos estudos desenvolvidos por Freud, a partir de 1915, sobre o Luto e a Melancolia, definia a rebeldia adolescente como um aspecto necessário do desenvolvimento saudável, tendo comparado o processo do luto descrito por Sigmund Freud ao trabalho psíquico do adolescente – comparação esta retomada posteriormente por diversos autores da perspectiva psicanalítica (Braconnier & Marcelli, 2000; Matos, 2002; Marcelli, 2002; Dartington, 2003). Também Peter Blos e Erick Erickson

reintroduziram a noção do carácter turbulento do desenvolvimento na adolescência (Dubas et al., 2003).

Marcelli & Braconnier (1989) fazem referência ao processo psíquico do “*adolescere*” como um movimento duplo de “*renegação da infância, por um lado e de busca de um estatuto estável de adulto, por outro*” (p.21), o que, segundo os autores, constitui a própria essência da “*crise, do progresso psíquico atravessado por todo o adolescente*”. Fala-se então de trabalho de luto pelos imagos parentais (Dias & Vicente, 1984; Matos, 2002), sendo a quebra das regras e da autoridade parental vista como fazendo parte do trabalho de elaboração psíquica e de construção da identidade no adolescente.

De acordo com Sá (1997), “*o adolescente encontra-se na encruzilhada de um duplo movimento de sentido contrário: de avanço, a nível funcional (com a aquisição da função reprodutora e com aceleradas transformações somáticas), e a nível cognitivo (com a introdução da dimensão hipotético-dedutiva nas operações psíquicas) (...) e de retrocesso reorganizador, sedimentando os afectos e questionando os objectos da relação*” (1997, p. 60).

Por sua vez, Coimbra de Matos (2002) caracteriza a adolescência como “*a época de mudança de objectos e de objectivos*”, referindo-se ao conflito da adolescência como estando organizado entre dois pólos: o luto das imagos parentais e a escolha do par sexual. Segundo o autor, trata-se de “*um período de crise porque período de mudança, a adolescência situa-se entre duas eras do estatuto social do ser humano: a da dependência e protectorado, a da autonomia e independência. E é no deslizar suave, com crescimento e adaptação harmónicos, que a adolescência normal se define; fazendo da crise, que angustia e deprime – pela inquietação do desconhecido para que*

se tende e pela tristeza da perda do passado infantil – um desenvolvimento em que o indivíduo se afirma e satisfaça” (p. 147).

As perspectivas psicanalíticas concebem os distúrbios de comportamento durante a adolescência como um fenómeno normativo, universal e essencial ao processo de autonomização em relação às figuras parentais e à sociedade vigente. No geral, estas concepções contribuíram de forma significativa para um entendimento da adolescência como sendo caracterizada por perturbações e inaptações transitórias mas necessárias ao desenvolvimento ulterior. Esta leitura do desenvolvimento adolescente implica que a ausência de desequilíbrios psicológicos nesta fase seja vista como um indicador de um prognóstico desfavorável para o equilíbrio futuro na adultez (Claes, 1985; Dubas et al., 2003). Assim, para que o adolescente alcance a idade adulta de uma forma bem sucedida, ele tem de renegociar num novo contexto cada aspecto da relação que mantém consigo mesmo e as figuras parentais – actividade caracterizada como o processo da adolescência. Neste sentido, a transgressão das normas sociais pelo adolescente, poderá ser vista como um fenómeno normativo e frequentemente, terá origem na procura de limites.

A transgressão faria, assim, parte do processo de autonomização face aos pais (Bracconier & Marcelli, 2000). Nesta sequência, a ausência de desequilíbrios psicológicos durante a adolescência, é vista pela corrente psicanalítica como um sinal de uma consolidação prematura do Eu (Claes, 1985), ou de um falso-self (Marcelli & Ajuriaguerra, 1996), o adolescente “normal” sendo o que se rebela perante os adultos, o que se põe em causa as concepções e as normas sociais vigentes. No entanto, os limites entre o normal e o patológico, devido às características do processo adolescencial, revelam-se aqui, de algum modo, ténues e a presença de problemas acentuados de

comportamento podem significar um conflito internalizado (Marcelli & Braconnier, 1989), manifestando-se na forma de equivalentes depressivos ou de uma perturbação reactiva face ao contexto em que o adolescente cresceu (Sá, 2002).

4. 2. A adolescência como um período de transição tranquila

A concepção da adolescência como um período de crise normativa tem sido objecto de críticas. A este propósito, Steinberg (2001) referiu que o discurso negativo de muitas das abordagens psicoterapêuticas clássicas penetrou no discurso público por muitos anos. O autor aponta como um dos motivos históricos para a ênfase nos problemas da adolescência, o facto de as teorias do desenvolvimento infantil se terem centrado nas patologias, principalmente devido ao trabalho dos técnicos com adolescentes que apresentavam perturbações psicológicas graves. Por sua vez, Fleming (1997) refere que o conceito de continuidade entre o normal e o patológico, explícito na teoria psicanalítica, implica que a patologia tenda a ser utilizada como modelo para os movimentos próprios do período da adolescência. Uma consequência desta abordagem seria a tendência para a utilização da terminologia linguística extraída da psicopatologia, para compreender o sentido da crise habitual do adolescente². Esta visão clássica descreveria as relações entre pais e adolescentes como inevitavelmente conflituosas e tensas.

Por seu lado, as teorias desenvolvimentais decorrentes de investigações realizadas com amostras representativas de adolescentes que começaram a proliferar na década de sessenta, nos EUA e na Europa, debruçaram-se sobre os aspectos mais positivos e normativos do desenvolvimento, passando a perspectivar a adolescência como um

² Por exemplo, como referiram Marcelli & Braconnier (1989), Winnicott e Anna Freud compararam alguns aspectos do processo adolescencial com a sintomatologia psicótica.

período de transição tranquila. Na sequência destes estudos, a descrição da adolescência dita normal como um período marcado pelo tumulto emocional, pelas tensões internas, pela instabilidade e pelos conflitos, foi alvo de contestação. Refiram-se a investigação de Douvan e Adelson, em 1966, nos EUA e os trabalhos de Zazzo, em 1966, e de Rutter, Graham, Chadwick e Yule, em 1976, os quais contribuíram para alterar as crenças vigentes sobre a adolescência enquanto período de crise (Claes, 1985). A conceptualização de adolescência como um período universal de “*storm-and-stress*” passou, desde então, a ser reconhecida como carecendo de suporte empírico (Schulenberg et al., 2001).

A este propósito, Lopes (1989) chamou a atenção para o facto de os dados destes estudos terem sido recolhidos com amostras de adolescentes americanos dos anos 60, questionando se estes estudos apreciam a adolescência ou se caracterizam antes uma geração de adolescentes. Se de facto, como referimos anteriormente, a adolescência é um fenómeno marcado pelo curso da história, da cultura e do tempo, ao tirarmos ilações sobre as suas características, estaremos a concluir sobre as características da geração à qual pertence a população estudada, daí a não universalidade de tais conclusões.

Num estudo recente, Bacchini e Magliulo (2003) compararam os resultados obtidos em medidas de percepção familiar e de psicopatologia em duas amostras de 675 adolescentes do mesmo contexto, com um intervalo de sete anos. Os adolescentes de 2001, comparativamente aos seus pares de 1994, forneceram no global uma imagem de si próprios mais positiva relativamente às dimensões bem-estar emocional versus psicopatologia, imagem corporal e relações familiares. As relações familiares na última amostra de adolescentes foram descritas como harmoniosas, com partilha de valores e de cultura entre as gerações pais-filhos e a procura de modelos relacionais baseados não

no conflito mas na negociação e no diálogo. De facto, as rápidas mudanças sócio-culturais das últimas décadas têm tido impacto no desenvolvimento dos adolescentes, fazendo com que as ideias que os teóricos do desenvolvimento têm proferido sobre este período de vida se revelem insuficientes para explicar, de forma exaustiva, os seus processos.

Um outro aspecto importante a referir quando se discute as diferentes perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento, diz respeito às diferentes técnicas utilizadas para recolher informação sobre a incidência e a prevalência de sintomatologia psicopatológica, as quais têm implicações na avaliação da normatividade dos comportamentos. Mesmo atendendo-se a que a adolescência não deve ser considerada como uma fase de distúrbios ditos normativos, o facto é que, neste período de vida, quando se dá a associação entre uma maior exposição do adolescente a factores de risco contextuais (familiares, escolares e sociais) e as importantes mudanças bio-psico-sociais já referidas, o jovem torna-se mais vulnerável à manifestação de problemas psicossociais e psicológicos.

Ao abordar esta questão, Fleming (1997) refere que a tese da perspectiva empírica (i.e., da visão da adolescência como um período de transição tranquila) não é necessariamente contraditória com a tese psicodinâmica. Evocando a posição de Coleman (1978) a este respeito, afirma: *“o stresse resultante da necessidade de adaptações específicas a novos modos de comportamento raramente se concentra numa idade só, o que daria razão à chamada teoria clássica da inevitabilidade do tumulto e stresse, e permitiria explicar também o carácter relativamente calmo e harmonioso defendido pela visão empírica”* (p. 117). Por exemplo, relativamente à problemática da autonomização dos adolescentes face aos pais, o facto de um padrão relacional pais-

filho não ser problemático para uma determinada idade, não quer dizer que não o seja para outra e ainda, o facto de não ser problemático para um adolescente, não quer dizer que não o seja para outro.

Também Sá (1997), no nosso entender, apresenta um ponto de vista integrativo do desenvolvimento na adolescência, ao reiterar que a adolescência deve ser compreendida no contexto do desenvolvimento psicológico global, isto é, deve ser considerada tanto nos seus aspectos normativos quanto nos desviantes: “a *adolescência, para além de ser, segundo Blos, o conjunto de transformações psicológicas de adaptação à puberdade (...), ocorre num indivíduo dotado de pensamento, daí a sua dimensão francamente subjectiva*” (Sá, 1997, p. 58).

O conceito de “crise da adolescência” tem sido alvo de reflexão, passando a ser visto, não só como um factor de risco mas também como um factor protector, uma vez que representa uma oportunidade para fortalecer as capacidades do indivíduo no lidar com futuras situações stressantes (Rutter & Rutter, 1993).

Concordamos com Schulenberg e colaboradores (2001) quando afirmam que, embora a adolescência seja caracterizada pela mudança e apresente inúmeros desafios, esta não é necessariamente uma fase tumultuosa da vida a não ser quando as problemáticas são induzidas pelos contextos sociais. Ou seja, associados a um percurso desviante ou psicopatológico na adolescência deverão estar presentes em algum momento da vida do sujeito um conjunto de factores de risco familiares e/ou sociais, assim como uma ausência de factores que, actuando no sentido contrário ao risco, sejam protectores desse risco.

Uma questão aparentemente secundária a este assunto, e que tem sido salientada por autores que se enquadram numa linha de investigação desenvolvimental-contextual

(e.g., Schulenberg et al., 2001; Steinberg & Lerner, 2004) é a da necessidade de estudar não só a prevalência de psicopatologia e comportamento desadaptativo dos mais jovens, mas também as capacidades e os comportamentos positivos. Por exemplo, Cagampang e colaboradores (2001) argumentam que, apesar do crescente aumento de dados que realçam a importância dos factores contextuais em estudos recentes sobre a saúde dos adolescentes (e.g., Oliva, Brindis & Cagampang, 2001), muitos continuam a colocar a ênfase apenas nos comportamentos negativos e a não dar importância ou a menosprezar os comportamentos positivos dos adolescentes, bem como as contribuições do ambiente social para o seu desenvolvimento. Estes autores salientam que a importância atribuída aos comportamentos negativos tende a incentivar políticas públicas que se centram, por um lado, em medidas punitivas e por outro, em programas de prevenção.

Werner e Smith (1992) afirmaram ainda que catalogar indivíduos como estando em elevado risco, com base em estudos com populações normativas, tem o efeito de estigmatizar os jovens e de ignorar os resultados das pesquisas longitudinais, os quais mostram que entre 50 a 70% dos jovens se tornam adultos interessados e produtivos, apesar de um ambiente familiar e de circunstâncias comunitárias difíceis.

Na verdade, a estabilidade emocional, com os seus corolários comportamentais, dependerá da capacidade do adolescente de levar a cabo as tarefas desenvolvimentais que lhe são requeridas nesta etapa do ciclo de vida. No entanto, o sucesso dessas tarefas dependerá dos recursos do ambiente do adolescente, nomeadamente, da função parental, do contexto escolar e do suporte comunitário.

5. As características do desenvolvimento na adolescência

A adolescência tem sido consensualmente caracterizada como um período de transição que faz a ponte entre a infância e a adultez, o qual se inicia com as mudanças pubertárias, prolongando-se até ao final da segunda década de vida (Giovacchini, 2001).

Embora alguns autores considerem que as mudanças pubertárias, por si só, explicam as transformações psicológicas que ocorrem, os aspectos sociais e contextuais, nomeadamente, os novos papéis e as novas tarefas que a sociedade exige dos jovens não podem ser esquecidos (Palacios e Oliva, 2001).

Parece-nos consensual que as mudanças físicas concomitantes à puberdade prefiguram uma importante descontinuidade relativamente ao período da infância. No entanto, não são apenas estas as únicas mudanças que a criança terá de enfrentar na transição para a adolescência. As modificações que se processam no período da adolescência ao nível das esferas corporal, cognitiva, social e afectiva, nomeadamente a nível da representação de si e dos outros, são acompanhadas por tarefas ou realizações psicossociais, que deverão ser desenvolvidas pelos indivíduos que se encontram na mesma etapa de desenvolvimento (Claes, 1985). É sobre estas tarefas que nos iremos debruçar de seguida.

5.1. As tarefas desenvolvimentais

Uma forma de abordar as tarefas desenvolvimentais deste período é perspectivá-las do ponto de vista da problemática intrapsíquica que lhe está inerente, sublinhando-se, assim, a importância dos mecanismos psíquicos de elaboração individual para a realização das tarefas fundamentais, essenciais a uma transição bem sucedida para a adultez. Neste aspecto, a adolescência tem sido considerada um dos períodos mais

radicais do desenvolvimento. Por exemplo, Dartington (2003) refere a necessidade de adaptação do adolescente, desde o advento da puberdade, ao corpo em mudança, com os corolários sociais e psíquicos da maturação física e sexual. De acordo com os autores, trata-se do “*desenvolvimento da capacidade de ganhar intimidade com os outros, de constituir relações sexuais, de se tornar menos dependente dos progenitores e de progredir no sentido de uma separação face à família*” (p. 28).

Claes (1985) define da seguinte forma as principais tarefas desenvolvimentais da adolescência: a) O desenvolvimento pubertário, o qual implica a necessidade de assumir a identidade de género e a de ascender progressivamente à sexualidade genital adulta; b) O desenvolvimento cognitivo, o qual consiste na diferenciação quantitativa e qualitativa face ao modo infantil de abordar o real – esta diferenciação traduz-se em duas aquisições principais: o aumento das capacidades de abstracção e o alargamento das perspectivas temporais; c) As modificações da socialização. Trata-se de modificações importantes ao nível das relações sociais e dos agentes de socialização, em que ocorre uma progressiva diminuição da ascendência da família relativamente às normas de conduta, a par com um progressivo aumento da importância do grupo de pares como fonte de referência. Uma tal mudança opera-se, em primeiro lugar, através da libertação da tutela parental e em segundo, na sua substituição gradual pelo grupo de pares como agentes de socialização; d) A construção da identidade como uma tarefa em que se processa uma modificação progressiva da representação que o adolescente faz de si e dos outros.

Ainda segundo este autor, o fenómeno de elaboração do Eu durante esta etapa implica a realização de três tarefas desenvolvimentais principais: a primeira diz respeito à aquisição de uma continuidade temporal do Eu, através do assumir do passado da

infância, paralelamente à manutenção de capacidade de se projectar no futuro; a segunda remete para a afirmação de um Eu que se demarca das imagens parentais interiorizadas; por fim, a terceira etapa, passa pelo comprometimento em escolhas profissionais e ideológicas e pela polarização sexual, que garantam a coerência do Eu (Claes, 1985). Nesta sequência, a formação da identidade é vista como um processo multidimensional, em que a autonomia face aos pais surge como uma tarefa essencial para o bom término da adolescência³.

Referimo-nos então à questão da duração da adolescência no ciclo de vida. Ainda que a emergência da puberdade, com a maturação sexual, facilite a definição do início do período da adolescência, a definição do seu término não se assume tarefa fácil. Diversos autores têm vindo a afirmar que a aquisição de um estatuto de adulto depende da entrada do jovem no mercado de trabalho e/ ou da constituição da sua própria família (e.g., Tomovic, 1979; Rutter et al., 1998; Gierveld, 2001; Alarcão, 2002). Nos dias de hoje esta etapa de vida tende cada vez mais a ser alargada, quer pelo prolongamento dos estudos, quer pelas questões socio-económicas (como sejam, os problemas de empregabilidade dos jovens, as dificuldades habitacionais, etc.), as quais dificultam ao adolescente e à sua família a tarefa de se emancipar.

Estas últimas questões apontam para a necessidade de atendermos às questões do contexto familiar e do contexto sócio-histórico, as quais influenciam as gerações, fazendo da adolescência uma realidade mutável, isto é, que varia no curso do tempo e da história.

³ De referir que o desenvolvimento do conceito de autonomia e a sua relação com a formação da identidade representam contributos importantes da perspectiva psicanalítica sobre o processo adolescencial, sendo a teoria desenvolvimentista de Erikson uma referência fundamental, a qual tem influenciado muitos estudiosos do desenvolvimento (Gleitman, 1993).

5.2. A importância do contexto familiar para o desenvolvimento do adolescente

Uma análise dos fenómenos psicossociais envolvidos na adolescência, em que os contextos sociais são tidos em consideração no estudo dos percursos desenvolvimentais, proporciona-nos uma leitura mais abrangente da complexidade das questões relacionadas com este período.

Na verdade, a maioria das teorias sobre o desenvolvimento infantil enfatiza a interação familiar como um importante factor contributivo para o desenvolvimento da personalidade e dos seus aspectos normativos e psicopatológicos. As teorias divergem, não tanto pela importância que atribuem ao sistema familiar, mas na forma como explicam as relações entre a família e o indivíduo e os processos que consideram críticos para o desenvolvimento social. Assim, tradicionalmente, a teoria psicanalítica enfatizou a importância da função materna e paterna para o desenvolvimento psíquico da criança, enquanto que a teoria comportamentalista se centrou nos pais como modelos e fontes de reforço. Por sua vez, as teorias cognitivas centraram-se nos efeitos da família sobre o desenvolvimento da percepção inter-pessoal, comunicação e sistemas de crenças. Para a teoria dos sistemas, a dimensão holística do sistema familiar assume particular relevância (Hetherington & Martin, 1986).

De acordo com Alarcão (1987), perspectivar o fenómeno da adolescência segundo uma leitura exclusivamente intrapsíquica falha por conceber a separação face aos pais como um processo unidireccional. Referindo-se a Erikson e a Blos, entre outros, a autora sublinha: “*os autores enfatizam o movimento dos jovens para com a família e para com o grupo, esquecendo, contudo, o reverso da medalha*”. No seu entender, “a

separação é apenas definida em termos do adolescente, uma vez que ele é mais ou menos dependente, (...) se revolta mais ou menos (...)” e “é ele, finalmente, que consegue ou não separar-se” (1987, p. 585). No entanto, uma vez que o processo adolescencial exige tanto do adolescente quanto da família, relativamente à capacidade de lidar com as principais tarefas desenvolvimentais, não podemos conceber o adolescente abstraído do seu contexto familiar.

Com base nos estudos de Bowlby (1993, 1998, 2002) sobre a vinculação, publicados originalmente em 1969 e 1973, várias investigações forneceram evidências de que a forma como as transições da adolescência são negociadas no contexto da matriz familiar, são reflexo das experiências prévias do adolescente na família e na sociedade e que as mesmas influenciam a sua saúde mental (Rutter & Rutter, 1993)⁴. A importância das expectativas parentais e a sua influência na interacção precoce e no desenvolvimento da criança tem também sido salientada (e.g., Sá, 2001, 2002, 2005). Sá (2002) definiu a parentalidade como a qualidade relacional que consolida a personalidade da criança. Neste sentido, as experiências positivas, no sentido de relações significativas e estruturantes com adultos significativos, reforçam a capacidade de superar as situações de risco. Por outro lado, as experiências negativas, no sentido de uma ausência de relações significativas com as figuras parentais ou de relações desestruturantes com estes, conduzem o indivíduo a repetir respostas fracassadas em cadeia que mais o fragilizam e o tornam mais vulnerável (Malpique, 1999).

Tem sido referido amiúde que o contexto familiar desempenha um papel

⁴ A teoria psicanalítica das relações de objecto, para a qual foram importantes os contributos de Bowlby, Winnicott, Mahler e Kohut, enfatizou o papel das interacções sociais precoces, como factores cruciais para o desenvolvimento da personalidade, em detrimento das características ou impulsos individuais (Marcia, 2001). De acordo com a teoria psicanalítica das relações de objecto, a formação do Self tem início na infância precoce, a partir de internalizações e de interacções metabolizadas entre a criança e os adultos significativos.

importante no desenvolvimento de competências das crianças. A este propósito, Schoon e Parsons (2002), tendo por base o *National Child Development Study* (NCDS) e o *British Cohort Study* (BCS70), estudaram duas amostras de 6801 e 2587 crianças para investigar a relação entre as características familiares, a adversidade socio-económica e a adaptação psicossocial dos jovens. Estas autoras identificaram como variáveis familiares relacionadas com um bom desenvolvimento das competências sociais e cognitivas das crianças, a escolaridade materna, a participação paterna nas tarefas domésticas, o envolvimento do pai na educação da criança, a idade da mãe quando do primeiro nascimento (ser mãe adolescente quando do nascimento do primeiro filho representa um factor de risco acrescido) e o tamanho da família (sendo sugerido que o número de elementos no agregado familiar é inversamente proporcional ao desenvolvimento de competências nas crianças). Estas variáveis contextuais devem ser vistas como factores protectores, ou pelo seu inverso, como factores de risco, para o desenvolvimento de problemas psicossociais nas crianças, uma vez que a sua presença ou ausência deverá ter diferentes implicações nos padrões de funcionamento familiar⁵.

Um aspecto a considerar quando se analisa a relação pais-adolescentes, diz respeito aos padrões de funcionamento familiar. Para Hetherington e Martin (1986), os diferentes padrões da interacção familiar podem ser adaptativos ou patogénicos, dependendo das diferentes fases de desenvolvimento em que a criança ou adolescente e a família se encontrem. Deste modo, a intensidade e o tipo de protecção e de supervisão parental que se adequa ao período da infância, será disfuncional se os padrões de relacionamento do sub-sistema parental não forem ajustados ao período da adolescência. Esta alteração nos padrões interaccionais adolescente-família, implica um

⁵ Esta questão será aprofundada no Capítulo 2.

processo de redefinição na relação pais-adolescente, a qual deverá passar de uma autoridade parental unilateral, para a mutualidade na tomada de decisões. De facto, as relações com os pais tendem a mudar em conteúdo e tornam-se mais complexas e bidireccionais, as famílias tendo como uma tarefa essencial o encontro de equilíbrio entre proximidade e individualidade (Noack & Puschner, 1999).

O termo *tarefas desenvolvimentais* tem sido utilizado para descrever não só o processo de desenvolvimento individual, mas também para explicar o percurso e as transições que ocorrem na família (Hetherington & Martin, 1986; Relvas, 1996)⁶. Uma das principais tarefas das famílias com filhos adolescentes será a flexibilização dos limites familiares, de modo a aceitar a autonomização dos mesmos (McGoldrick & Carter, 1982, citado por Relvas, 1996). Esta tarefa depende da forma como os próprios pais viveram a sua adolescência e a relação com os seus próprios pais (Alarcão, 1997; Sá, 2002).

Por sua vez, o contexto sócio-cultural e económico mais vasto no qual a família está inserida, influencia os padrões relacionais pais-filhos. De facto, variáveis sócio-demográficas como o tipo de estrutura familiar e o estatuto sócio-económico desta devem ser tidas em consideração no estudo dos adolescentes, uma vez que influenciam o funcionamento familiar e portanto, a capacidade da família em monitorizar e apoiar o adolescente ao longo das vicissitudes das mudanças bio-psico-sociais inerentes a este período do desenvolvimento (Baer, 1999).

Os processos de funcionamento familiar estudados por diferentes investigadores (Southam-Gerow & Kendall, 2000; Kenny & Gallagher, 2002) permitiram identificar o

⁶ Sampaio e Gameiro (2005) definem o sistema familiar como “*um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados*” (p. 9).

conflito familiar, a comunicação diádica e a coesão familiar como factores importantes para o desenvolvimento do adolescente e para o funcionamento familiar. Importa referir que estes processos definem a qualidade das interacções, as quais por sua vez, garantem a segurança ou, pelo contrário, potenciam a desvinculação.

A coesão familiar diz respeito aos sentimentos de proximidade entre os membros da família e afiguram-se como um indicador do ambiente interpessoal da família, estando relacionados com a capacidade da família em lidar com o stresse e com as mudanças desenvolvimentais (Baer, 1999). Por sua vez, uma comunicação positiva e aberta facilita o funcionamento familiar, promovendo assim os vínculos familiares (Banner, Mackie & Hill, 1996).

É importante realçar que um aumento de conflito na relação adolescente-pais não significa que a coesão familiar e a comunicação não existam. A partir do momento em que os pais e os adolescentes permaneçam ligados emocionalmente, o que se pode observar é que se está a dar um processo de adaptação familiar gradual, inerente ao processo de individuação e autonomização do adolescente. Para a grande maioria das famílias, apesar da redefinição normativa dos papéis na adolescência estar associada a um aumento relativo nos conflitos pais-adolescente no início da adolescência, existe uma acentuada estabilidade na qualidade e no clima emocional das relações familiares, com a maioria das famílias mantendo os vínculos que caracterizaram as suas relações até então (Baer, 1999; Sheeber, Hops & Davis, 2001).

Num estudo sobre a relação entre a autonomia comportamental dos adolescentes portugueses e a percepção das atitudes educativas e do afecto parental, Fleming (1988) concluiu que as condições que mais favorecem o processo de autonomização nos adolescentes são, simultaneamente, o encorajamento contínuo da autonomia por parte

dos pais (desde o início até ao final da adolescência), um controlo parental baixo ou moderado (sobretudo na adolescência média e terminal) e uma percepção elevada do afecto parental pelo adolescente. O afecto e as atitudes educativas parentais podem surgir assim, como factores promotores, ou pelo seu contrário, como factores constrangedores das tarefas desenvolvimentais próprias da adolescência. Estas variáveis familiares (modalidades de afecto e de práticas educativas parentais disfuncionais) ao influírem significativamente no processo de desenvolvimento adolescente, podem conduzir a resultados negativos em termos da sua saúde mental.

No entanto, na medida em que as características do adolescente podem influenciar a relação com os pais, o pressuposto de uma relação linear entre o bem-estar ou a saúde emocional dos adolescentes e a qualidade da sua relação com os pais é questionável. Por exemplo, os resultados de um estudo conduzido por Branje, van Aken e van Lieshout (1998) com uma amostra de 288 de adolescentes e as suas famílias, sugeriram que as características do adolescente influenciam a percepção do suporte social que recebem por parte dos pais e dos pares e que portanto, a sua percepção face aos pais é independente do suporte real que de facto recebem. A conclusão preliminar que os autores retiram deste estudo é a de que o suporte relacional parece ser mais uma característica do sujeito que percebe do que da relação em si. No entanto, uma análise mais detalhada de van Aken, van Lieshout, Scholte e Branje (1999), encontrou, a par da relação entre as características individuais do adolescente e a sua percepção global do suporte parental, diferenças na quantidade de suporte reportado em relação à mãe e à quantidade de suporte reportado relativamente ao pai. Isto levou a que os autores proponham que o suporte relacional não depende apenas de quem relata (o adolescente), mas também do tipo e quantidade de suporte que recebe (os pais).

No seguimento dos estudos conduzidos sobre a vinculação na infância e adolescência (Fleming, 1988; Brown & Wright, 2001; Meeus, Oosterwegel & Ollebergh, 2002; Zimmerman & Becker-Stoll, 2002), tem sido evidenciado que as variáveis familiares se associam de forma significativa ao desenvolvimento normal e ao desenvolvimento patológico na adolescência. Neste sentido, assume especial relevância o estudo da qualidade e do tipo de relações que os adolescentes mantêm com os pais. Então, o afecto e as atitudes educativas parentais deverão actuar, seja como factores protectores, seja como factores de risco para psicopatologia e comportamento anti-social. Assim sendo, parte-se do pressuposto que a percepção pelo adolescente relativamente ao afecto e às atitudes educativas parentais é um indicador da qualidade da relação que os pais estabelecem com ele.

6. O normal e o patológico no estudo da adolescência: algumas questões teóricas e de investigação

A necessidade de compreender o desenvolvimento psicopatológico tem levado a que os pedopsiquiatras e os psicólogos clínicos utilizem fontes teóricas muito diversas. Ainda que distintas perspectivas teóricas tenham o mesmo objecto de estudo, o método e a referência teórica que cada uma emprega faz com que esse objecto tenda a adquirir um significado diferente, apresentando-se mesmo em alguns casos como contraditório ou oposto (Marcelli & Ajuriagurerra, 1996). Esta questão parece condicionar o estudo da psicopatologia na adolescência. Assim, encontramos na literatura, por um lado, concepções díspares, e por outro, teses convergentes sobre o que é considerado o desenvolvimento normal e o desenvolvimento patológico na adolescência, bem como, sobre os factores que condicionam os percursos desenvolvimentais dos adolescentes. Iremos reportar-nos única e exclusivamente à perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento e à perspectiva psicodinâmica.

6.1. A perspectiva Psicodinâmica

O conceito de continuidade entre o normal e o patológico está explícito na abordagem psicodinâmica da psicopatologia da criança e do adolescente. Marcelli e Ajuriaguerra (1996), por exemplo, referem que, por forma a podermos avaliar o carácter maturativo ou patogénico de uma conduta específica observada numa criança ou adolescente, quer isoladamente, quer na interacção com o seu meio, será necessário conhecer o desenvolvimento da criança dito normal – os diversos estádios de maturação

que atravessa e os principais elementos organizadores do psiquismo, antes de abordarmos o campo das condutas chamadas de patológicas. Para os autores, quer se trate de operações cognitivas interiorizadas (por exemplo, fobias, obsessões) ou de condutas exteriorizadas (por exemplo, gaguez, comportamento anti-social), existe sempre um eixo de continuidade subjacente às diversas condutas humanas, podendo estas ser organizadoras do psiquismo, ou, doutra forma, observar-se nos estados patológicos estruturados. Nesta linha de pensamento, os autores defendem que a capacidade de adaptação poderá ser melhor critério para distinguir o normal do patológico, do que a adaptação em si mesma, uma vez que a adaptação não é necessariamente, sinónimo de saúde mental (como aliás o demonstram as pseudo adaptações sociais em certos tipos de psicopatias).

Marcelli e Braconnier (1989) chamaram a atenção para a dificuldade em utilizar-se, no período da adolescência, as noções de normal e de patológico, tal como são utilizadas noutras fases do ciclo de vida, em virtude, quer da multiplicidade e labilidade das condutas nesta fase, quer pela importância dos factores ambientais. Posteriormente, Marcelli (2002) transpõe esta questão ao defender que a presunção do normal e do patológico não deve repousar nas condutas em si, mas no que estas representam, nas suas significações. A título de exemplo, o autor evoca o comportamento de fuga e de vadiagem, o roubo ou a mentira. Ainda que estes não correspondam por si mesmos a uma estrutura psicopatológica em particular, representam no entanto, um transtorno reactivo ao ambiente do adolescente, um sinal de disfuncionamento individual e familiar.

Ainda Marcelli e Braconnier (1989) propuseram a adopção de duas modalidades de análise quando se procura diferenciar o comportamento normal do comportamento

patológico durante a adolescência: por um lado, para uma melhor compreensão das condutas do adolescente dever-se-á avaliar a flexibilidade por oposto à rigidez das condutas e ainda, avaliar a forma como essas interferem no funcionamento global da personalidade; por outro lado, avaliar o impedimento que tais comportamentos representam para a continuidade do desenvolvimento psíquico, através de uma análise prospectiva das interações entre os acontecimentos actuais e o processo psíquico em construção. Preconiza-se assim a adopção duma perspectiva desenvolvimental. Neste sentido, a distinção entre os stresses normais temporários e os distúrbios psíquicos poderá, segundo Laufer e Blos (citados por Marcelli & Braconnier, 1989), mostrar-se inadequada se tomarmos em consideração apenas um fenómeno isolado, um dado comportamento. Pelo contrário, a avaliação do funcionamento global da personalidade permitirá, compreender as interferências de dado distúrbio e precisar o risco de que este possa entrar o prosseguimento do desenvolvimento para a idade adulta.

6. 2. A perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento

O estudo da interrelação entre o funcionamento normal e o funcionamento patológico, e ainda a procura de convergência em diversas áreas de investigação, levou à criação da área científica da Psicopatologia do Desenvolvimento, a qual integra uma variedade de disciplinas: a Psicologia do Desenvolvimento, a Epidemiologia, a Psiquiatria, as Neurociências, a Psiquiatria, a Psicologia Clínica, a Sociologia e a Genética (Harrington, 2001).

Rutter e Sroufe (2000) definiram a Psicopatologia do Desenvolvimento como “*o estudo dos processos causais, a análise do papel dos mecanismos desenvolvimentais e a consideração das continuidades e descontinuidades entre o normal e o patológico*” (p.265). Enquanto área interdisciplinar, a psicopatologia do desenvolvimento enfatiza a existência de relações dinâmicas entre o desenvolvimento normal e o desenvolvimento patológico durante a adolescência, providenciando uma grelha de leitura integrativa para o estudo dos processos de desenvolvimento durante esta fase assim como nos períodos subsequentes (Cicchetti & Rogosch, 2002).

Relativamente ao estudo da psicopatologia do adolescente, parece-nos importante a ênfase integrativa que a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento coloca no estudo do desenvolvimento normal e patológico. Consoante foi descrito por Soares (2000), “*na Psicopatologia do Desenvolvimento, o foco está colocado em definir, traçar e compreender as trajectórias normais de desenvolvimento, em especificar os desvios significativos destes percursos normais, em sublinhar as transformações comportamentais que ocorrem à medida que o indivíduo segue uma trajectória desenvolvimental atípica e identificar os factores que estão envolvidos na mudança deste percurso. Interessa, assim, atender aos indivíduos que consistentemente seguem uma trajectória que leva a uma desordem, mas também àqueles que, tendo desviado de uma trajectória adaptativa, retomam-na e atingem uma adaptação adequada (...), aos que registem situações adversas que, geralmente, levam a um desvio desenvolvimental*” (p. 25). Central à abordagem da psicopatologia do desenvolvimento está assim, a convicção de que o estudo do desenvolvimento atípico nos pode informar do desenvolvimento normal e consequentemente, que os métodos e abordagens usadas

no estudo do desenvolvimento normativo podem trazer luz sobre a etiologia e o curso da perturbação mental (Cicchetti & Rogosch, 2002).

De acordo com esta corrente científica, *“toda a psicopatologia é desenvolvimentista na medida em que a patologia se constitui num processo desviante que ocorre durante o tempo, tornando possível a comparação com um processo de desenvolvimento normal. Assim, o que uns designam por distúrbio psicológico, outros por síndrome nosológico, doença mental, etc., integra-se bem na noção de desvio contraproducente (Joyce-Moniz, 1993, p.4)”*.

A escola de Psicopatologia do Desenvolvimento⁷ aponta para a necessidade de estudos epidemiológicos longitudinais em populações em risco, procurando relacionar as manifestações psicopatológicas com determinados factores de risco ao longo do desenvolvimento. Procura ainda, perceber quais os seus factores etiológicos ou no caso da sua impossibilidade, aprofundar a pesquisa de algumas das suas circunstâncias preditivas ou contextos de risco e também da sua relação, quer com o desenvolvimento de psicopatologia, quer com os processos de resiliência dos indivíduos (Cicchetti & Rogosch, 2002). Neste sentido, é preconizada a heterogeneidade do desenvolvimento humano assim como, a natureza hierárquica dos sistemas intrapessoal (i.e., neuroquímicos, cognitivos e emocionais), interpessoal (como sejam, as relações pais-filhos e as redes de pares) e social (comunidade e cultura em que está inserido) (Granic, 2005).

A questão da continuidade e descontinuidade é aqui abordada. Ainda que, de acordo com Joyce-Moniz (1993), não se possa ignorar a especificidade da psicopatologia infantil em relação à psicopatologia dos adultos, existem alguns tipos de

⁷ A qual conta com os contributos teóricos e empíricos de Michael Rutter, Alan Sroufe, Dante Cicchetti, Terry Moffitt, Avalon Caspi, Suniya Luthar e Garnezy, entre outros.

continuidade entre ambas. De entre os tipos de continuidade entre a psicopatologia da criança e do adulto propostos por Garber (1984, citado por Joyce-Moniz, 1993), salientaremos os seguintes: a) as perturbações que estão geralmente associadas à infância e à adolescência podem surgir no adulto (como são exemplo, as perturbações do comportamento alimentar e os distúrbios exteriorizados do comportamento⁸); b) as perturbações que são incluídas nos grupos nosológicos próprios da patologia adulta podem ter antecedentes, ainda que com outras expressões sintomáticas, na infância ou na adolescência (como é o caso das perturbações do humor, da ansiedade e da personalidade).

A abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento surge-nos como um guia de estudo útil e deve ser vista, consoante referiu Canavarro (1999a), não como um corpo teórico explicativo dos factores etiológicos e dos resultados finais das perturbações emocionais, mas como um quadro conceptual que ajuda a organizar o estudo da psicopatologia.

O contributo da Psicopatologia do Desenvolvimento para a investigação na psicopatologia do adolescente e dos processos desenvolvimentais desviantes neste período do ciclo de vida, provém da importância que é dada, quer ao estudo dos mecanismos patológicos e dos desvios nos percursos normativos na adolescência, quer ao estudo das competências e dos resultados desenvolvimentais adaptativos, apesar da presença de adversidade ou risco psicossocial. Não menos importante, a concepção de diferentes possibilidades de trajectórias de desenvolvimento, a crença nas potencialidades dos indivíduos e no empreendimento individual, abre oportunidades para o estudo das problemáticas da adolescência.

⁸ Também frequentemente designados por problemas do comportamento ou por comportamento anti-social.

No entanto, parece-nos que a novidade desta perspectiva afigura-se mais pelo salientar da necessidade de uma visão integrativa de diversos modelos conceptuais, aplicada na investigação das questões da adolescência – ou como referiram Ollendick, Grills e King (2001), procurando focar-se na compreensão das relações entre os fenómenos, do que propriamente na introdução de novos conceitos teóricos sobre o desenvolvimento normal e desviante. Aliás, Ollendick e colaboradores (2001), a este propósito referem que “*a perspectiva da Psicopatologia do Desenvolvimento não subscreve ou prescreve uma orientação teórica específica ou uma explicação para a compreensão das perturbações comportamentais da criança*” (p. 306). Uma tal tendência integrativa das últimas décadas de investigação sobre a adolescência, focalizou-se não só no estudo dos processos que conduzem à psicopatologia ou ao comportamento desviante, mas também nos processos de resiliência face à psicopatologia e/ou à adversidade.

Se, tal como Winnicott (1986) salientou, não podemos compreender o desenvolvimento de uma criança sem olhar ao seu contexto relacional, também não podemos compreender a manifestação de psicopatologia no adolescente se descontextualizada, em primeiro lugar, do seu ambiente familiar e posteriormente, do seu ambiente escolar e comunitário. Neste sentido, podemos compreender o ponto de vista de Marcelli e Ajuriaguerra (1996), ao considerarem que “*inúmeras condutas consideradas patológicas são, na realidade, sinais de um protesto saudável, um testemunho da patologia do ambiente (...)*” (p. 60), ou dito de outra forma, sintomas de perturbação relacional com o contexto sócio-familiar.

Porque na etiogenia das inaptações comportamentais dos adolescentes se encontram, frequentemente, processos de funcionamento familiar disfuncionais, os critérios da avaliação psicológica devem ter presente o contexto relacional. Neste sentido, avaliar o normal e o patológico numa criança ou adolescente implica avaliar o seu ambiente como normal ou patológico, o que, consoante referiram Marcelli e Ajuriaguerra (1996), nos remete para a consideração das *“diversas definições possíveis de normalidade e nos adverte sobre o risco duma reflexão fechada sobre si mesma, quando se aborda tal problema num plano puramente teórico”* (p. 60).

Nas últimas décadas, os resultados das investigações sobre a adolescência têm levado a um progressivo afastamento de um modelo de estudo orientado para os estádios, em que a adolescência é representada como um período marcado por fases de desenvolvimento relativamente invariáveis, a favor de um modelo orientado para o processo, em que a ênfase é colocada no estudo das interações entre o indivíduo e o contexto.

De igual forma, o conceito de “crise da adolescência” tem sido alvo de reflexão, passando este período de vida a ser visto, não só como favorecendo o risco, mas também como uma oportunidade para fortalecer as capacidades do indivíduo em lidar com futuras situações adversas.

Diversos estudos empíricos têm revelado que a maioria das crianças atravessam a adolescência de forma bem sucedida, sem experienciar problemas psicológicos significantes (Claes, Petersen, 1988; Rutter, Giller e Hagell, 1998), o que é um indicador de relativo bem-estar (Bacchini, & Magliulo, 2003). Também em relação à família, os adolescentes mantêm no global, melhores relações com os pais (Lanz,

Iafrate, Rosnati & Scabini, 1999; Bacchini & Magliulo, 2003). As rápidas mudanças sócio-culturais das últimas décadas têm-se reflectido também na adolescência, o que faz com que as ideias que os teóricos do desenvolvimento têm proferido sobre este período de vida se revelem insuficientes para explicar os seus processos (Bacchini & Magliulo, 2003; Dubas, Miller & Petersen, 2003).

No entanto, posicionando-nos nesta perspectiva da adolescência enquanto processo interaccional e dinâmico, alguns factos são incontornáveis: numerosos estudos têm concluído da existência de uma relação entre a adversidade sócio-familiar e o desenvolvimento de perturbações psicossociais. Porque diferentes trajectórias desenvolvimentais estão associadas a diferentes tipos de riscos (Noack & Puschner, 1999), os problemas psicopatológicos a surgirem na adolescência não devem ser vistos como um fenómeno normativo mas como um sinal de mal-estar emocional.

Capítulo 2

Psicopatologia e Risco Psicossocial na Adolescência

1. Introdução

Se é verdade que a maioria dos adolescentes atravessa o período da adolescência e os desafios que esta comporta sem sequelas psicológicas que os impeçam de prosseguir as tarefas desenvolvimentais requeridas para a aquisição de uma identidade adulta, no entanto, tal como na adultez, a manifestação de sintomatologia, a severidade e a prevalência de perturbações psicológicas no adolescente surgem, geralmente, a par ou em consequência de um elevado sofrimento psíquico.

Embora historicamente as teorias sobre o desenvolvimento do adolescente tenham tendencialmente considerado tanto o humor depressivo quanto a discórdia familiar como aspectos normativos da transição adolescente, a realidade é que nas últimas três décadas, as investigações sobre o desenvolvimento normativo e desviante na adolescência têm dado provas das inter-relações entre a psicopatologia e um conjunto de variáveis que estão associadas com as perturbações psicológicas (Sheeber et al., 2001).

Neste capítulo abordaremos algumas questões relacionadas com a classificação e o diagnóstico de psicopatologia na adolescência, definiremos os conceitos de risco e de vulnerabilidade e enumeraremos algumas investigações que consideramos pertinentes sobre as relações entre os factores de risco psicossocial e o desenvolvimento das perturbações interiorizadas e exteriorizadas do comportamento na adolescência.

2. O estudo da psicopatologia na adolescência

2.1. A classificação e o diagnóstico de psicopatologia na adolescência

Para Quay (1986) a compreensão científica é, em grande medida, a habilidade para descrever de forma precisa, as relações funcionais entre entidades ou acontecimentos. A habilidade para separar tais entidades ou acontecimentos uns dos outros e para descrever as suas propriedades em termos de fenómenos observáveis é um precursor para a compreensão das relações entre si. A complexidade e a natureza dinâmica do comportamento humano, especialmente do comportamento da criança e do adolescente, e o estado ainda rudimentar das técnicas de triagem, têm contribuído para as dificuldades quer na descrição e medição das perturbações psicopatológicas, quer na compreensão das suas etiologias e prognósticos (idem). A falta de acordo relativamente à identificação e à classificação das perturbações na criança e no adolescente e ainda, sobre a utilidade do diagnóstico¹ psicopatológico tem sido comentada (Dreger, 1982) e a questão da rotulagem² diagnóstica tem dividido técnicos e académicos (Quay, 1986).

Herbert (1998) sublinhou que a complexidade dos problemas psicopatológicos tem conduzido a uma grande confusão na análise das suas causas. O autor referiu que a tendência humana é a de simplificar e pensar na causalidade em termos univariados e lineares, quando de facto, a realidade é a natureza complexa e multivariada da grande maioria dos problemas psicopatológicos em estudo. Para o autor, a formulação clínica deve

¹ Determinação de uma doença pelos seus sintomas, do grego “diagnostikós” (capaz de discernir).

² *Labeling*, no original.

ter em conta tanto os factores intrínsecos ao indivíduo quanto os extrínsecos (ou ambientais). Por conseguinte, na origem dos comportamentos psicopatológicos ou desadaptativos encontramos, não um único factor antecedente mas uma rede interligada de factores causais. De facto, a realidade surge sempre mais complexa que a informação que é recolhida e tratada pelo investigador.

Apesar das críticas em redor, quer da fiabilidade dos sistemas de classificação psicodiagnóstica, quer relativas ao risco de excessiva rigidez que uma avaliação clínica com base nos manuais diagnósticos mais utilizados (o DSM-IV e o CID-10) comporta³, tem-se notado nas últimas décadas uma tendência de clínicos e investigadores para a uniformização face à taxionomia das perturbações psicopatológicas (Dreger, 1982; Quay, 1986).

Os sistemas actuais para classificação da psicopatologia utilizam uma abordagem taxionómica que diferencia as perturbações e os sub-tipos de perturbações baseados em agrupamentos de sintomas. Estes sistemas empregam quer critérios de inclusão quanto critérios de exclusão na classificação das perturbações mentais. Tais critérios são baseados em padrões de sintomas que apresentam concordância entre especialistas de saúde mental, definidos fenomenologicamente, sendo portanto ateóricos (Glaze, 2001). Nos países anglo-saxónicos, o sistema principal para a classificação de perturbações psiquiátricas é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e tem como finalidade a

³ A este propósito, na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, chama-se a atenção para os cuidados de utilização do manual, de que destacaremos o seguinte: “os critérios específicos de diagnóstico incluídos no DSM-IV devem servir como linhas de conduta pelo julgamento clínico e não devem ser usados como se fossem um mero livro de receitas de cozinha” (DSM-IV, 1996, p. xxiii).

consistência e formalização de critérios para o diagnóstico de psicopatologia no adolescente (Reynolds, 2000).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) conceptualiza da seguinte forma as perturbações mentais: *“um comportamento clinicamente significativo, ou síndrome psicológica, ou padrão que tem lugar num sujeito e que está associado a ansiedade actual (por exemplo, um síndrome doloroso) ou incapacidade (por exemplo, incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento), ou com um risco significativo aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. A juntar a isto, esta síndrome ou padrão deve ser não apenas uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um acontecimento particular, por exemplo a morte de uma pessoa querida. Qualquer que seja a sua causa original, deve ser correntemente considerada como uma manifestação de um comportamento, disfunção psicológica ou biológica no sujeito. Nem um comportamento desviante (por exemplo, político, religioso ou sexual) nem conflitos que são primários entre o sujeito e a sociedade são perturbações mentais até que o desvio ou conflito se transforme num sintoma de uma disfunção do sujeito, como se descreve acima”* (DSM-IV, 1996, p. xxii).

Como salientam Rutter e Taylor (2005), o diagnóstico clínico tem como finalidade a comunicação adequada e eficaz entre técnicos, a realização de registos estatísticos e de estudos epidemiológicos e clínicos e ainda a realização de exames médicos e médico-legais e raramente serve em si só para levar a cabo qualquer plano de tratamento ou intervenção. Rutter e Taylor (2005) referem a este propósito que, por exemplo, no caso da Perturbação de Hiperactividade, uma criança que apresente o síndrome mas que no entanto, seja socialmente competente e valorizada não deverá receber a mesma intervenção que uma

criança cujos problemas de comportamento e de atenção perturbem gravemente a sua capacidade em relacionar-se com os outros e o seu funcionamento escolar. Surge-nos pois como evidente, que o diagnóstico de psicopatologia é somente um entre vários aspectos a tomar em conta na tomada de decisões psicoterapêuticas e de âmbito psicossocial.

Uma avaliação clínica exaustiva deverá fornecer mais informação sobre os problemas que uma criança ou adolescente enfrentam, sobre as suas características individuais e as suas necessidades, sendo portanto mais relevante para uma compreensão abrangente dos problemas psicopatológicos e das necessidades de intervenção (Reynolds, 2000). Rutter e Taylor (2005) chamam a atenção para a existência de variáveis que não são tomadas em linha de conta nas classificações diagnósticas correntes por apresentarem uma baixa validade discriminante. São exemplo destas, o nível intelectual e as relações com os pares, as quais, segundo os autores, apresentam no entanto, um valor prognóstico relativamente às perturbações.

Dito isto, os sistemas de classificação de psicopatologia usados actualmente nas formulações dos diagnósticos psiquiátricos representam uma área de debate contínuo, redefinição e aperfeiçoamento: o DSM, desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (APA) e a Classificação Estatística das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (ICD-10), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, são periodicamente objecto de refinação – “*Neste sentido, tais sistemas não são estáticos, imutáveis ou completos, nas suas descrições de inclusão e exclusão de critérios para as dadas perturbações*” (Reynolds, 2000, p. 427), o que remete para uma necessária relativização sócio-cultural dos mesmos.

É pois consensual que as perturbações psicológicas são melhor avaliadas do ponto de vista de uma formulação biopsicossocial de psicopatologia (Dreger, 1982; Reynolds, 2000, Ruther & Taylor, 2005). Assim, deveremos ter em conta que para uma avaliação psicodiagnóstica exaustiva, devem ser impreterivelmente tomadas em conta variáveis sócio-demográficas e familiares (como sejam, a dinâmica familiar, o desempenho escolar, as relações com os pares, os acontecimentos de vida, as doenças médicas, etc.).

Um outro aspecto importante no diagnóstico psicopatológico é a compreensão do impacto e potencial desenvolvimento de psicopatologia. Assim, é importante medir a severidade da psicopatologia, mesmo nos casos em que o diagnóstico está bem definido (Reynolds, 2000). Neste sentido, não importa averiguar somente da presença ou ausência dos sintomas mas sim perceber o nível de intensidade com que este é relatado pelo sujeito, ou o grau de sofrimento e de incapacidade que este representa para o sujeito. Os procedimentos para a avaliação dos níveis de severidade clínica serão referidos mais detalhadamente no capítulo 5.

Como afirmou Dreger (1982), “as crianças devem ser classificadas, assim como os seus problemas” (p. 382)⁴. Esta afirmação parece-nos pertinente se a preocupação for a de compreender a criança ou o adolescente à luz dos seus contextos, tendo em vista a triagem de situações de risco psicossocial.

⁴ No original, “*Children must be classified as well as their problems*”.

2.2. A distinção entre Perturbações Exteriorizadas e Perturbações Interiorizadas do Comportamento

A distinção fenomenológica efectuada entre as perturbações interiorizadas e as perturbações exteriorizadas no estudo e classificação da psicopatologia de crianças e adolescentes, toma em consideração os sintomas de apresentação primários da psicopatologia do adolescente (Achenbach & McConaughy, 1992, citado por Reynolds, 2000). No entanto, como Reynolds (2000) salienta, esta distinção entre perturbações interiorizadas e exteriorizadas deve ter em conta a significativa sobreposição de sintomas. Assim, esta distinção é baseada na expressão manifesta da perturbação e não nos processos psicológicos ou etiologias da perturbação.

As perturbações exteriorizadas na infância e na adolescência são caracterizadas no essencial, pela manifestação de perturbações do comportamento. De acordo com o DSM-IV (1996), a Perturbação do Comportamento e a Perturbação de Oposição, são perturbações exteriorizadas. Os problemas exteriorizados incluem as perturbações psicológicas e comportamentais que não constituem diagnósticos formais do DSM-IV mas que no entanto, representam problemas de comportamento com severidade ou frequência suficientes para causar problemas significativos na adaptação ao contexto escolar e comunitário. Desta forma, o Abuso de Substâncias, a propensão ao comportamento agressivo e anti-social (Propensão à Ira/Violência) e ainda os Problemas Académicos são classificados como perturbações exteriorizadas do comportamento (Reynolds, 2000)⁵.

⁵ Para a descrição e classificação das perturbações do comportamento cf Capítulo 5.

Hinshaw (2002) referiu que é um erro considerar os padrões de comportamento exteriorizado como um constructo unidimensional, uma vez que este apresenta facetas diversas tais como a impulsividade, a hiper-reactividade, o comportamento de oposição e o desafio das regras sociais, a agressão física e verbal e o comportamento anti-social encoberto. Além do mais, devido à natureza dinâmica dos fenómenos, os contextos nos quais tais comportamentos ocorrem devem ser analisados.

Assim, não terá o mesmo significado psicopatológico a agressão que é provocada por outros e portanto de natureza retaliatória, da agressão predatória e pró-activa (Coie & Dodge, 1998, citado por Hinshaw, 2002). Pelo mesmo motivo, também os comportamentos anti-sociais isolados devem ser considerados diferentemente dos comportamentos anti-sociais em grupo ou da delinquência de *gang* (Sá, 2002). Deste modo, os diversos padrões de comportamentos exteriorizados podem ter diferentes etiologias, diferentes factores contextuais associados e ainda diversas trajectórias desenvolvimentais (Stahl & Clarizio, 1999).

Segundo Hinshaw (2002), a investigação neste domínio das perturbações exteriorizadas deve ter em consideração que tipo de adolescentes é objecto de investigação. Neste sentido, para a compreensão da etiopatogenia, das considerações diagnósticas e da necessidade e tipo de intervenção, deverão distinguir-se os comportamentos anti-sociais transitórios não violentos, dos comportamentos anti-sociais persistentes e violentos e isto, de acordo com a idade e o sexo dos sujeitos.

As perturbações exteriorizadas do comportamento chamam mais frequentemente a atenção dos pais e dos professores, ao interferirem geralmente com o desempenho académico durante a infância e a adolescência (Hinshaw, 1992). No entanto, um nível

subclínico⁶ de problemas exteriorizados, como por exemplo, o roubo, a mentira, os danos à propriedade, a propensão à violência e outros comportamentos anti-sociais, podem passar despercebidos ou serem vistos como aspectos normativos da adaptação da criança. Nalguns casos, estes comportamentos, podem ser vistos como aspectos significativos dum comportamento psicopatológico, que ao invés de se extinguir, tende a acentuar-se.

Quando estas características persistem na adolescência tardia e no início da adultez, elas tomam frequentemente a forma de abuso de álcool, registo de emprego irregular, dificuldades nas relações com a família e os amigos, baixa tolerância à frustração e comportamento violento (Loeber, Farrington & Waschbusch, 1998). Neste contexto, tem sido defendido que a identificação precoce de problemas de comportamento na escola, na comunidade e no contexto clínico, é relevante para intervenção precoce e para a prevenção de problemas futuros na criança, uma vez que predizem percursos de vida inadequados (Reynolds, 2000).

Na última década, o estudo das perturbações interiorizadas nas crianças e nos adolescentes tem sido alvo de um maior interesse, dado o reconhecimento da sua prevalência nestes grupos (e.g., Bolger & Patterson, 2001; Keiley, Howe, Dodge, Bates & Pettit, 2001). Temos conhecimento de que a Depressão Major, a Perturbação de Stress Pós-traumático, a Ansiedade Generalizada, os distúrbios do Comportamento Alimentar e a ideação e os comportamentos suicidas são desordens emocionais de tipo interiorizado, que, pelas suas características fenomenológicas apresentam maiores dificuldades diagnósticas. A título de exemplo, a presença conjunta de inibição social, de problemas de aprendizagem e de queixas somáticas podem camuflar um diagnóstico de perturbação depressiva (Marcelli,

⁶ Isto é, a presença de sintomas psicopatológicos isolados que não são condição suficiente em intensidade ou em severidade para um diagnóstico de psicopatologia segundo o DSM-IV.

2002). Relativamente à sua etiologia, tem sido referido que é a interacção dinâmica dos factores de risco individuais (genéticos, cognitivos, emocionais) com os factores de risco contextuais (familiares, escolares, comunitários) que conduzem ao desenvolvimento de perturbações interiorizadas no curso da adolescência (Chavira & Stein, 2005; Shortt & Spence, 2006).

2.3. O estudo da comorbilidade

De forma a melhor compreender a etiologia das perturbações, a manifestação de sintomatologia psicopatológica e o prognóstico nos adolescentes, é importante estudar as possíveis relações entre as desordens psicopatológicas. O termo comorbilidade foi primeiramente utilizado na literatura epidemiológica médica e é definido como a co-ocorrência de diferentes doenças no mesmo indivíduo (Amir & Feuer, 1998).

Diversos trabalhos têm incidido no estudo da comorbilidade das perturbações interiorizadas e exteriorizadas. Estudos epidemiológicos efectuados com adolescentes apontam para a co-ocorrência de pelo menos duas perturbações psicopatológicas (Glaze, 2001; Reynolds, 2000; Russo & Bidel, 1994; Waldman & Slutske, 2000), as perturbações da ansiedade e da depressão apresentando uma prevalência de cerca de 10 a 15% (Axelson & Birmaher, 2001).

A necessidade de estudos sobre a comorbilidade entre as perturbações interiorizadas e exteriorizadas são particularmente relevantes, de forma a estabelecer, quer em estudos clínicos, quer em estudos epidemiológicos, as percentagens da prevalência das desordens e a existência de efeitos ou tendências relacionadas com a idade, as diferenças relativas ao

sexo e, ainda, a identificação de limitações e questões de validade dos estudos, assim como delinear sugestões para pesquisas futuras. A este propósito, Russo e Beidel (1994) conduziram uma revisão de estudos empíricos sobre a relação entre desordens interiorizadas e exteriorizadas. Concluíram que existe um número assaz limitado de investigações que incidam no estudo da comorbilidade entre a presença de Hiperactividade com Défice da Atenção e um pobre rendimento académico e ainda, entre um diagnóstico de Perturbação de Comportamento na infância e a Personalidade Anti-social na adultez.

Relativamente às desordens exteriorizadas, sabemos que existe uma sobreposição destas com os problemas de ansiedade, os problemas de aprendizagem e com as perturbações do humor, numa interligação complexa que parece sofrer alterações da infância à adolescência (Hinshaw, 2002). Por exemplo, tem sido descrita a presença de perturbações de ansiedade, da depressão e da personalidade em adolescentes delinquentes (Loeber & Keenan, 1994; Loeber et al., 2001; Vermeiren, Deboutte, Ruchkin & Schwab-Stone, 2002). Nalguns casos existe uma mistura de sintomas que podem melhor ser vistos como exteriorizados, mas que podem estar presentes em critérios diagnósticos para perturbações interiorizadas. A expressão de humor depressivo, por exemplo, poderá em alguns adolescentes manifestar-se através de irritabilidade ou agressividade (Reynolds, 2000; Marcelli & Braconnier, 1989).

Reynolds (2000) considera que, para efeitos práticos, é preferível considerar os pólos interiorizado – exteriorizado como domínios alargados de psicopatologia e não como verdadeiras categorias. Assim, a conceptualização de uma dimensão interiorizada/exteriorizada, é uma grelha útil, que procura sistematizar e classificar a psicopatologia através duma separação dicotómica dos problemas psicopatológicos e de

acordo com a sua manifestação sintomática. O facto de diversos estudos terem vindo a incidir no estudo da comorbilidade das perturbações interiorizadas e exteriorizadas, é indicador do interesse que esta questão tem suscitado e da sua pertinência (e.g., Biederman et al., 1995; Waldman & Slutske, 2000; Linning, & Kearney, 2004; Rutter & Sroufe, 2000). A sistematização utilizada nesta abordagem contribui para a compreensão da prevalência e da intercorrência dos fenómenos psicopatológicos que podem surgir na adolescência. No entanto, uma vez que a delimitação entre estes dois pólos de manifestações psicopatológicas não é óbvia, temos de ter presente a artificialidade de tal dicotomia.

2.4. A manifestação de psicopatologia na adolescência

Diversos autores têm assinalado que as alterações bio-psico-sociais levadas a cabo na adolescência tornam o adolescente mais vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicopatológicos (Bromley, Johnson & Cohen, 2006; Claes, 1985; Matos, 2002; Marcelli, 2002; Rutter & Rutter, 1993; Sá, 2002). Na adolescência a incidência das perturbações psiquiátricas assume um padrão diferente da infância: o abuso de substâncias torna-se mais frequente neste período, encontra-se uma maior ocorrência de psicoses esquizofrénicas e de perturbações depressivas e é geralmente também neste período de vida que despoletam as perturbações do comportamento alimentar (Rutter & Rutter, 1993). Na adolescência surgem também com maior frequência, os problemas de adaptação associados a quebras no rendimento escolar, a diminuição das competências sociais e a comportamento

anti-social e a delinquência. Todos estes comportamentos têm correlatos no ambiente familiar e mais especificamente na dinâmica da família⁷ (Baer, 1999).

As perturbações mais estudadas na adolescência são as perturbações do humor e mais especificamente, os sintomas depressivos, pela sua incidência nesta fase de vida (Marcelli, 2002; Matos, 2002; Rutter & Rutter, 1993). Rutter e Rutter (1993) sugeriram três hipóteses explicativas para o aumento dos sintomas depressivos e das perturbações afectivas associadas à depressão neste período de vida. Estas hipóteses explicativas são aqui referidas por, no nosso entender, poderem ser generalizáveis a outro tipo de perturbações que surgem nesta fase.

A primeira hipótese postula que os factores genéticos predisponentes às perturbações do humor são activados na adolescência. No entanto, se bem que existam alguns dados que sugerem uma relação entre um início precoce de manifestações depressivas e uma predisposição genética, os resultados são inconclusivos até agora; uma segunda hipótese associa o aumento de perturbações afectivas na adolescência com as mudanças hormonais concomitantes à puberdade. Consoante sublinham os autores, se os níveis hormonais podem ser causa de vulnerabilidade de algum tipo, estes não conduzem directamente a depressão; assim, uma terceira explicação associa o aumento das perturbações ao aumento dos acontecimentos negativos durante a adolescência ou a uma perda relativa de suporte social.

É pois considerado que as perturbações psicopatológicas surgem devido, não a uma única causa individual, mas a uma intercorrência complexa de factores de risco e de

⁷ A este propósito, cf., Capítulo 1, para a autonomização do adolescente enquanto tarefa desenvolvimental face à família e as transições que neste período ocorrem na família.

factores protectores, alguns genéticos e outros ambientais (Harrington, 2001; Herbert, 2001). Assim, as manifestações psicopatológicas resultam da interacção dos factores individuais com os factores de risco ambientais e variam com a fase do desenvolvimento na qual a criança ou adolescente se encontra (Rutter & Taylor, 2005). Por exemplo, a perturbação de hiperactividade com défice de atenção e o comportamento anti-social persistente, apresentam um início precoce na infância e são muito mais comuns no sexo masculino (Moffit, 1993; Tiet, Wasserman, Loeber, McReynolds & Miller, 2001)⁸.

Rutter e Smith (1995, citados por Rutter et al., 1998) publicaram as conclusões de um estudo conduzido com o objectivo de analisar a prevalência de perturbações psicossociais em jovens europeus (com idades compreendidas entre os 16-26) nos últimos 50 anos. A sua conclusão apontou para um marcante aumento nos problemas de comportamento nos jovens, nomeadamente com um aumento drástico nos comportamentos anti-sociais associados ao consumo de álcool e de drogas ilícitas entre os anos 50 e os anos 80 e nas taxas de delinquência até aos anos 90, após o que se verificou uma estabilização dos mesmos. A depressão e perturbações afectivas associadas apresentaram também um aumento até aos anos 90. Relativamente ao suicídio, os estudos apontaram para o seu aumento a partir dos anos 70, em adolescentes e jovens adultos (entre os 15 e os 24 anos), principalmente no sexo masculino. É ainda apontada nesta investigação, a tendência para um aumento nas perturbações do comportamento alimentar, particularmente no sexo feminino. Uma explicação parcial possível para o aumento da anorexia quanto da bulimia teria a ver com um melhor conhecimento e diagnóstico destas perturbações, o que terá levado a um aumento nos casos reportados. Estes dados reflectem mudanças drásticas nas

⁸ As questões específicas, relativas à descrição e à caracterização do comportamento anti-social na adolescência serão abordadas no Capítulo 4.

vidas e nas experiências normativas dos adolescentes nas últimas décadas, as quais têm na sua origem as mudanças sócio-históricas e nos padrões familiares⁹.

Na década de noventa foram efectuados diversos estudos longitudinais sobre a prevalência de psicopatologia em adolescentes: o estudo de Morita, Suzuki e Kamoshita (1990) realizado numa amostra de 1999 adolescentes japoneses, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos; o estudo de Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews em 1993, na Nova Zelândia, com 1710 adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos; e o estudo de Verhulst, Ende, Ferdinand e Kasius (1997), com uma amostra de 780 adolescentes holandeses, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, todos eles apontando para uma prevalência de psicopatologia nos jovens entre 10 e 20%.

Anteriormente a estes estudos, as investigações sobre os índices de psicopatologia realizadas em amostras da população geral eram escassas e a maior parte dos conhecimentos sobre psicopatologia da criança e do adolescente baseava-se no estudo de casos clínicos. É de salientar que quando a investigação sobre a prevalência de psicopatologia incide em amostras de populações clínicas, os dados devem ser analisados de forma cautelosa e não devem ser generalizáveis, uma vez que as crianças e adolescentes observados em contexto clínico diferem frequentemente das crianças e adolescentes não referidos para serviços de saúde mental, apresentando os primeiros, de forma sistemática, níveis mais elevados de psicopatologia.

A ênfase que os estudos epidemiológicos colocam nas amostras de populações gerais e as comparações destas com populações clínicas fez da epidemiologia um instrumento útil para as investigações sobre a psicopatologia da criança e do adolescente

⁹ A este propósito cf. capítulo 1.

(Fombonne, 2005). Os estudos epidemiológicos são também úteis para o estudo da comorbilidade, permitindo desta forma, contribuir para uma melhoria na compreensão dos problemas psicopatológicos na criança e no adolescente e assim, para clarificar a inter-relação existente entre os diferentes tipos de sintomas (Rutter & Taylor, 2005).

2.5. Continuidade versus descontinuidade na manifestação de psicopatologia

O estudo do curso das perturbações psicopatológicas a longo termo tem contribuído para estabelecer distinções entre desordens: têm sido estabelecidas continuidades entre as perturbações do comportamento e do comportamento de oposição na infância e adolescência e a perturbação de personalidade anti-social na vida adulta e ainda, a existência de continuidade entre a depressão na infância e/ou adolescência e a sua recorrência na idade adulta (Moffitt, 1993; Rutter & Taylor, 2005; Serbin & Karp, 2004; Taylor & Rutter, 2005).

Outros autores mencionaram que os estudos longitudinais, se bem que escassos, indicam que as características comportamentais associadas às desordens de personalidade no adulto podem ser observadas na infância (Geiger & Crick, 2001). Contudo, consoante salientam Geiger e Crick (2001), no que diz respeito ao diagnóstico, a informação recolhida neste tipo de estudos, é condicionada pela idade das crianças. Assim sendo, será difícil concluir, por exemplo, da importância de um factor ou conjunto de factores de personalidade (como seja, um auto-conceito negativo) na etiologia de uma perturbação psicopatológica, quando anteriormente, na primeira infância, o sujeito pode ter estabelecido com a figura materna, uma vinculação deficitária, pelo que a questão da complexidade e da

dificuldade no estabelecimento de relações causais se mantém mesmo em estudos longitudinais prospectivos.

Para além disso, porque um quadro psicopatológico numa criança, pode apresentar-se com uma expressão psicopatológica distinta quando esta atinge a idade adulta, relembra-nos de uma outra razão pela qual o estudo da continuidade na manifestação de psicopatologia não é uma questão simples. Por exemplo, Bergeret (1998) referiu existirem diferenças marcadas na expressão da depressão na infância por comparação à depressão na idade adulta. Assim, se a criança e o adolescente podem exprimir o seu mal-estar emocional, quer através da manifestação de uma desordem interiorizada, quer através de uma desordem exteriorizada, o adulto exprime-a frequentemente através de um quadro manifestamente interiorizado.

As questões da continuidade homotípica e heterotípica são aqui relevantes ao procurarem explicar as variações na expressão psicopatológica ao longo do desenvolvimento. A continuidade homotípica existe quando, perante um mesmo processo subjacente se dá uma expressão comportamental idêntica ao longo de diferentes estádios de desenvolvimento. A continuidade heterotípica, sendo bastante mais frequente, advoga que, implícito ao mesmo traço de personalidade ou de temperamento, se observam diferentes manifestações comportamentais, as quais tenderão a manifestar-se conforme o estágio de desenvolvimento em que o sujeito se encontra (Kagan, 1971, citado por Johnstone & Cooke, 2004; Caspi, 2000; Serbin & Karp, 2004). Para explicar este último conceito Caspi (2000) deu como exemplo, as birras na primeira infância que passariam a manifestar-se na idade adulta na forma de inconstância e irritabilidade do humor. Segundo este autor, a

persistência das características temperamentais tenderiam a manifestar-se de forma diferente no curso do tempo, mantendo-se no entanto como um traço de personalidade.

Ainda relativamente à questão da continuidade versus descontinuidade na manifestação de psicopatologia, Seagrave e Grisso (2002, citado por Johnstone & Cooke, 2004) chamaram a atenção para estudos que encontraram um número elevado de crianças cujo comportamento anti-social era transitório, remetendo-nos para os perigos de uma interpretação errónea dos dados. As variáveis sexo e idade estariam também comprovadamente associadas ao tipo e à intensidade da manifestação das perturbações de comportamento, com uma prevalência superior no sexo masculino. Estes estudos chamam-nos a atenção que, se não se atender à fase de desenvolvimento e ao sexo, independentemente da metodologia de investigação empregue, pode tender-se a interpretar como desviante, a impulsividade e a imaturidade relacional que possa ser normativa para a fase de desenvolvimento em que a criança se encontre.

De facto, a questão das relações entre o temperamento da criança, o contexto social e a continuidade temporal surge como particularmente complexa. Como referem Johnstone e Cooke (2004), um só traço de personalidade não é suficiente para explicar um processo desenvolvimental desadaptativo. Dito isto, é relativamente consensual que a existirem relatos por pais e por professores de problemas emocionais e de comportamento na infância estes devem ser averiguados, porque frequentemente, estão associados a problemas de saúde mental na criança. Tais problemas têm consequências a nível da adaptação/integração sócio-emocional, e possíveis repercussões que podem ir até à adultez (Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick, & Verhulst, 2002). Neste contexto, é aqui enfatizada a importância da identificação de grupos de crianças que poderão estar em risco elevado para

o desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais. Os indivíduos com problemas manifestos a nível de comportamento e académico, principalmente se expostos a risco ou adversidade psicossocial na infância estão pois, em risco elevado para o desenvolvimento de psicopatologia (Harland, et al., 2002; Herrenkohl et al., 2000; Johnstone & Cooke, 2004; Sandberg & Rutter, 2005; Taylor e Rutter, 2005).

2.6. A transmissão transgeracional de psicopatologia

Uma forma de abordar a continuidade versus descontinuidade na expressão de psicopatologia é o seu estudo ao longo de várias gerações. A recorrência de psicopatologia em gerações sucessivas é um tema prevalente em várias correntes da psicologia clínica. O termo transgeracional, por ter surgido do estudo de famílias ditas disfuncionais em contexto terapêutico, é frequentemente associado à psicopatologia.

Corigliano (1999) explicou a transmissão transgeracional de psicopatologia segundo o modelo conceptual sistémico de orientação psicanalítica. Este autor refere que o espaço original de transmissão intersubjectiva é a família. É nela que se situa a transmissão transgeracional, com os seus efeitos no plano intrapsíquico e intersubjectivo ou interpessoal.

A transmissão transgeracional pode ser vista de dois pontos de vista possíveis: a) o mecanismo da transmissão transgeracional como uma situação universal. Neste sentido, todos os mecanismos de transmissão familiares podem ser considerados universais, se não no conteúdo, pelo menos no processo dessa transmissão; b) o mecanismo da transmissão transgeracional como uma patologia da intersubjectividade (ou seja as relações dos adultos

significativos com a criança entravam a sua capacidade de elaboração e representam uma intrusão no psiquismo)¹⁰.

Para Corigliano (1999), os défices da simbolização inconsciente dos traumatismos aparecem como um material indigesto, não elaborado por um dos progenitores ou por ambos, manifestações que se podem tornar visíveis sob a forma patológica, na forma de agir dos membros da família. Podem manifestar-se como mitos familiares ou sob a forma de recordações, de acontecimentos ou de imagens idealizadas (...). Estas manifestações aglutinariam à volta delas uma boa parte da vida emocional e fantasmática da família, empobrecendo outros aspectos das relações interpessoais. Neste contexto, *“a transmissão transgeracional organiza-se a partir do negativo, quer dizer, não só do que falha ou falta na metabolização psíquica, mas também do que nunca aconteceu, do que nunca foi representado ou do que não é representável”* (p. 77).

Assim, o aspecto mais importante a ter em consideração nesta perspectiva, reside, não na natureza do traumatismo em si, mas na incapacidade do sujeito em elaborar esse traumatismo. Perante uma tal incapacidade em elaborar o trauma, existirão duas possibilidades opostas no lidar com a angústia gerada: a primeira será uma compulsão de repetição, que explica a repetição dos mecanismos de transmissão patológica familiar, nomeadamente a transmissão transgeracional dos maus-tratos infantis e do comportamento anti-social ou da psicopatia. Uma segunda alternativa será a de o sujeito, motivado pela

¹⁰ Laplanche (1987, citado por Corigliano, 1999) faz uma distinção entre a Implantação e a Intromissão. Assim, a Implantação seria um processo comum pelo qual os significantes veiculados pelo adulto são inscritos na derme psicofisiológica de um sujeito cujo inconsciente ainda não se diferenciou (1ª infância), a tal ponto que se poderia falar de transmissão inconsciente. A Intromissão, pelo contrário, seria a variante patológica deste processo, a intrusão violenta no sujeito de um elemento (relação, situação) não metabolizado ou não metabolizável.

angústia causada pelo trauma, procurar reparações criativas. Esta última alternativa vai de encontro às conceptualizações sobre os mecanismos de resiliência¹¹.

A alienação social acontece frequentemente ao longo de várias gerações (Karr-Morse & Wiley, 1997, citado por Balbernie, 2002). Na verdade, se a parentalidade é definida pelos contextos nos quais a família vive, os pais que vivem em contextos de desvantagem social tendem a adquirir da geração que os precedeu as mesmas dinâmicas e as mesmas desvantagens (Balbernie, 2002). No entanto, se para algumas famílias, as competências parentais e os padrões comunicacionais pobres, reflectem transacções familiares deficitárias ao longo de várias gerações, para outras são uma resposta a acontecimentos de vida marcadamente negativos (Lerner, Walsh & Howard, 1998). No entanto, tem sido documentado que, uma exposição a acontecimentos negativos extremos (por exemplo, contextos de guerra), tende a repercutir-se de forma traumática nas gerações seguintes (Fossion, Rejas, Pelc, Linkowski & Hirsch 2006).

Porque existem indivíduos que quebram o ciclo de transmissão transgeracional de risco psicossocial, é importante a clarificação dos mecanismos implicados na continuidade e descontinuidade de psicopatologia entre as gerações. Tem sido sugerido (Serbin & Karp, 2004) que uma parentalidade deficitária influencia de forma determinante a transferência do risco e que as sequelas dos abusos à criança podem ter consequências a nível do insucesso escolar, dos comportamentos de risco face à saúde, maternidade e comportamento anti-social na adolescência, com repercussões nas gerações seguintes. Ainda que a parentalidade em si mesma não seja aprendida e transmitida ao longo de gerações, é provável que as práticas de socialização e em particular a parentalidade

¹¹ A este propósito, cf., Capítulo 3.

deficitária, influenciem a forma como os factores biológicos ou os factores sociais são traduzidos em comportamento anti-social nas crianças (Patterson & Blum, 1996).

Diversos estudos longitudinais sugeriram que a parentalidade ineficaz ou maladaptativa numa geração influencia o desencadear de comportamento anti-social em crianças da geração seguinte (Farrington & Loeber, 2001; Smith & Farrington, 2004). De forma idêntica, estudos sobre as repercussões dos maus-tratos infantis demonstraram uma tal continuidade intergeracional na manifestação de problemas psicopatológicos e o impacto negativo que tais atitudes parentais têm sobre os filhos (Keiley et al., 2001; Manly, Kim, Rogosch & Cicchetti, 2001).

3. Factores de risco psicossocial para o desenvolvimento de psicopatologia na adolescência

3.1. Vulnerabilidade e Risco psicossocial

A Organização Mundial de Saúde (2002) define como *risco* a probabilidade de uma pessoa desenvolver um problema de saúde adverso ou ainda, um factor que aumente essa probabilidade¹². O conceito de risco diz respeito a quaisquer variáveis descritivas ou correlacionais que estão empiricamente associadas com o aumento da probabilidade de manifestação de uma perturbação (por exemplo, a pobreza, a exclusão social, etc.). A investigação sobre o risco trata de estudar a identificação de factores que acentuam ou inibem as doenças e os estados deficitários e ainda os processos que lhe estão subjacentes (Garmezy, 1996). Tratando-se de um conceito útil para prever a possibilidade de disfunção, não nos proporciona no entanto, uma associação causal directa com o desencadear de uma desordem (Ingram & Price, 2001).

Ingram e Price (2001) entendem que o conceito de vulnerabilidade não é um sinónimo de risco, pois a vulnerabilidade diz respeito a características do indivíduo (ou variáveis internas) que fazem parte dos mecanismos que contribuem para as causas da perturbação¹³. A vulnerabilidade representaria o pólo oposto da invulnerabilidade ou

¹² No original, “*Risk is defined as a probability of an adverse health outcome, or a factor that raises this probability*” (p.11)

¹³ Por exemplo, os traços de personalidade, como sejam a capacidade tolerância à frustração ou a impulsividade.

resiliência do indivíduo¹⁴. No entanto, referem estes autores, o risco e a vulnerabilidade estão empiricamente relacionados, pois ambos os tipos de variáveis tendem a operar de forma concertada na etiologia da perturbação.

Rutter e colaboradores (1998), por sua vez salientaram a necessidade de fazer a distinção entre indicadores de risco e mecanismos de risco para psicopatologia. Assim, entende-se por indicadores de risco as variáveis que têm conexões indirectas com os processos causais, mas que em si mesmas não são parte dos mecanismos que estão directamente associados com a causalidade. Os acontecimentos negativos (*life events*) são aqui entendidos como indicadores de risco.

É sabido que as crianças que vivenciam acontecimentos de vida marcadamente negativos estão em maior risco para desenvolver problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais (Harland et al., 2002; Lerner et al., 1998; Sandberg & Rutter, 2005). Será então de esperar a existência de uma relação entre uma história de acontecimentos de vida negativos (como a separação face aos pais por doença ou morte de figura parental, o divórcio parental, os maus-tratos infantis e ainda a institucionalização da criança) e a expressão sintomática do sofrimento mental causado.

São ainda indicadores de risco para psicopatologia e comportamento desviante, o tamanho da família (família numerosa), a estrutura da família (nomeadamente, a monoparentalidade) e os baixos recursos sócio-económicos da família (Baer, 1999).

É exemplo de um mecanismo de risco para psicopatologia e comportamento anti-social, o conflito parental que está associado à separação e ao divórcio parental. Rutter e

¹⁴ De notar que estes autores concebem a resiliência como uma característica interna ao indivíduo. Esta questão será desenvolvida no capítulo 3.

colaboradores (1998) sugeriram que se existe um risco para o aumento das perturbações psicossociais na adolescência, elas devem estar associadas aos conflitos familiares e à falta de supervisão parental, mais do que à estrutura familiar em si. Ou seja, não é a separação ou o divórcio dos pais que levará ao desencadear de problemas psicopatológicos, mas o conflito parental que antecede e precede a separação ou divórcio.

Segundo Balbernie (2002), um risco não é directamente psicopatogénico, mas é uma representação da probabilidade de se tornar patogénico. No entanto, um conjunto de riscos pode conduzir a um resultado desenvolvimental desfavorável, afigurando-se como provável que cada factor de risco específico seja composto pela aglomeração de uma série de factores de risco menores agindo de forma convergente.

Estudos longitudinais sugerem que quando se acumulam os impedimentos ao desenvolvimento, o número total de condições de risco que afectam uma criança, predizem mais seguramente futuros resultados negativos em termos psicossociais, do que prevê a exposição a um só risco (Sameroff, 2000). Neste sentido, uma apreciação das consequências a longo termo dos factores de risco é útil porque, ao conseguir-se identificar o problema ou problemas, podemos não só melhorar a eficácia das intervenções mas ainda dirigir a nossa atenção para o conjunto mais vasto dos problemas sociais que necessitam de intervenção

A conceptualização do conceito de acontecimento stressante ou negativo (*life event*), se bem que tenha tido na sua origem o grau de mudança que dado acontecimento implicou na vida de dado sujeito, a dimensão mais importante a considerar para o risco de desenvolvimento de psicopatologia é a ameaça psicológica envolvida (Sandberg & Rutter, 2005). Desta forma, as transições de vida normativas que envolvam grandes mudanças, tais

como a experiência da puberdade ou ainda os acontecimentos externos como a mudança de escola, podem não acarretar riscos, estando dependentes, da forma como a pessoa vivencia o acontecimento à luz das suas circunstâncias particulares de vida (idem).

As formas ou os processos pelos quais as famílias em circunstâncias de vulnerabilidade social, colocam os seus filhos em risco para trajectórias de vida negativas, são temas pertinentes tanto do ponto de vista académico, quanto do ponto de vista da criação e implementação de políticas e de programas de intervenção (Serbin & Karp, 2004). Assim, a identificação de factores de risco familiar e de factores contextuais mais vastos, e ainda, a identificação de factores protectores, face ao desenvolvimento de psicopatologia e aos percursos de vida delinquentes, pode contribuir para quebrar os ciclos que ajudam a sustentar a vulnerabilidade psicossocial.

3.2. Os factores de risco familiares

Duma forma geral, diversos estudos epidemiológicos e clínicos têm mostrado associações entre os eventos particularmente negativos na infância e a manifestação de perturbações psicopatológicas posteriores (Bru, Murberg, & Stephens; 2001; Harland et al., 2002; Steinhausen & Metzke, 2000; Tiet et al., 2001). Os resultados destes estudos permitem afirmar que a adversidade psicossocial está claramente associada à manifestação de problemas psicopatológicos nos adolescentes e as suas implicações representam uma ameaça psicológica a longo termo.

Embora o stresse e as adversidades psicossociais representem factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, segundo Taylor e Rutter (2005), estes têm revelado pouca especificidade diagnóstica relativamente à manifestação de psicopatologia, não se podendo estabelecer geralmente uma relação causal específica com dada perturbação. Isto é, se os factores de risco psicossociais estão associados ao desenvolvimento de psicopatologia na adolescência, estes não predizem o tipo específico de perturbação que o adolescente poderá desenvolver. No entanto, são referidas pelos autores, duas condições situacionais específicas que representam excepções importantes a esta situação diagnóstica, por estabelecerem uma relação clara com o desenvolvimento de um tipo específico de perturbação. São estas:

a) A privação social severa nos primeiros anos de vida – a institucionalização prolongada da criança desde a primeira infância tem dado provas de uma associação relativamente específica com síndromes que envolvem uma perturbação da vinculação;

b) As experiências de stresse excepcionalmente graves e agudas conduzem a perturbação de stresse pós-traumático;

Um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade, assinalado por estes autores, é a perda psicológica (por morte ou abandono por parte de figuras de vinculação na infância).

Um outro factor de risco assinalado na literatura é a doença mental de figuras parentais. As crianças cujos pais têm problemas de saúde mental têm também uma maior probabilidade de manifestar problemas emocionais e/ou de comportamento (Gordon et al., 2003; Lerner et al., 1998; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002; Serbin & Karp, 2004; Schmidt & Maras, 2001).

Não só têm sido identificados factores de risco social e psicológicos como também têm sido objecto de estudo as influências biológicas dos pais sobre os filhos (incluindo a herança genética e outras influências físicas tais como a saúde e nutrição materna pré-natal) (Axelson & Birmaher, 2001). Se bem que os dados sugiram que as tanto as influências genéticas quanto as biológicas actuam no desenvolvimento de psicopatologia nas crianças, é importante realçar que muitas crianças com uma história familiar de perturbações mentais ou de exposição a factores de risco biológicos não desenvolvem psicopatologia (Lerner et al., 1998). Da mesma forma, também acontece que, crianças sem uma história aparente de psicopatologia e de exposição a condições biológicas nefastas desenvolvem quadros psicopatológicos. Apesar do reconhecimento da necessidade de continuidade de estudos neste domínio, torna-se então necessário examinar outras características que possam incrementar ou proteger face ao risco para o desenvolvimento de psicopatologia nas crianças e adolescentes.

Assim, para além das influências biológicas, os estilos de parentalidade e a socialização mais vasta (i.e., as escolas e as comunidades onde as crianças estão inseridas), são influências marcantes no desenvolvimento. Além do mais, as famílias partilham o mesmo tipo de ambientes físicos e sócio-culturais e os acontecimentos históricos familiares têm impacto ao longo de várias gerações (Serbin & Karp, 2004).

Diversos estudos estabeleceram relações estatisticamente significativas entre as experiências adversas na infância e o funcionamento psicossocial na adolescência. A este respeito, Wolf (1995) indicou como factores de risco para psicopatologia na infância a privação sócio-económica, os conflitos familiares, o divórcio e a depressão materna. Aronen e Kurkela (1998) conduziram um estudo longitudinal sobre a influência de factores

de risco nos primeiros seis meses de vida e a intervenção precoce em famílias de risco psicossocial. Posteriormente, 160 dos sujeitos avaliados inicialmente foram novamente avaliados aos 14-15 anos de idade relativamente aos efeitos dos factores familiares sobre as suas competências sociais. Os resultados deste estudo sugeriram uma relação significativa entre os factores de risco precoces, as competências sociais e o rendimento académico dos adolescentes, sugerindo que as interacções sociais negativas na primeira infância estão positivamente relacionadas com um precário desenvolvimento de competências sociais e académicas na adolescência.

Também os resultados do estudo longitudinal de *Christchurch* (Fergusson & Lynskey, 1996) sugeriram uma relação linear entre o número de factores de risco (como sejam, pobreza, conflito parental, separação, interacção pais-criança pobre) no ambiente de uma criança e o número de problemas psicossociais apresentados aos 15-16 anos. Os autores concluíram que a probabilidade de haver uma interacção entre os vários factores de risco aumenta em função do aumento de factores de risco. Então o efeito de múltiplos factores de risco poderá ser exponencial.

Apesar dos resultados destes estudos pressuporem um predomínio das experiências precoces sobre o desenvolvimento ulterior da criança e do adolescente, Rutter (1991) defendeu que uma tal conclusão seria precipitada do ponto de vista empírico, uma vez que temos de atender a que os ambientes adversos na infância tendem a persistir. Assim sendo, os resultados desenvolvimentais negativos que estamos a observar nas crianças, podem ser meramente o reflexo de uma continuidade nos factores de risco.

Se as experiências negativas têm de facto efeitos prolongados no tempo, então, é necessário considerar quais os mecanismos que medeiam uma tal continuidade nas sequelas

psicológicas ao longo do tempo. Sandberg e Rutter (2005) adiantam dois tipos possíveis de explicações para a persistência de psicopatologia ao longo do tempo:

a) A persistência pode surgir porque as experiências iniciais adversas levam a alteração dos padrões de interação interpessoal, os quais por sua vez, conduzem a mais experiências negativas. Abonatória desta hipótese é a constatação de que as crianças e os adolescentes com perturbações psiquiátricas diferem das amostras comunitárias na exposição a acontecimentos de vida. Os sujeitos oriundos de amostras clínicas da população apresentam mais ocorrências de morte de uma figura parental por comparação às amostras comunitárias, e apresentam ainda uma maior exposição a adversidades psicossociais crónicas, como viver numa zona de residência pobre e, ser oriundo de uma família com baixos recursos económicos.

b) Noutros casos, a ameaça é primeiramente cognitiva, ou seja, a mudança no ambiente da criança ou adolescente foi pouco significativa do ponto de vista da exposição a um acontecimento adverso real, mas no entanto, existiu uma alteração drástica na sua auto-percepção ou na sua auto-estima; por exemplo, o ter-se sido submetido a uma humilhação grave ou ainda o seu sentimento de segurança ou suporte emocional ter sido minado por uma ameaça de abandono.

De acordo com Cicchetti e Rogosch (2002) e com Johnstone e Cooke (2004), torna-se necessário atender à equifinidade e à multifinalidade do desenvolvimento. A equifinidade refere-se aos diferentes factores ou percursos que estão na etiologia de um determinado problema de comportamento. A multifinalidade reporta-se ao diferente peso que determinado factor de risco pode ter no desenvolvimento em diferentes indivíduos. Por

exemplo, uma família numerosa pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento num dado adolescente mas ser uma fonte de suporte social e portanto um factor protector para outro (Wasserman & Saracini, 2001). Esta constatação é sugestiva da importância de uma abordagem multivariada na pesquisa de factores de risco, devendo tomar-se em consideração a possibilidade de um grupo de factores aparentemente independentes entre si estarem de facto relacionados. Assim, Wasserman e Saracini (2001) chamam a atenção para o facto de um factor poder expressar os seus efeitos através de outro, pelo que *“o ingrediente activo pode não ser um qualquer factor isolado, mas antes a combinação ou acumulação de uma variedade ou número de factores”* (p. 166). Neste sentido, a importância dos factores de risco familiares para a vulnerabilidade psicopatológica do adolescente tendem a surgir agrupados (como por exemplo, a morte de um membro da família e a perda de emprego de uma figura parental).

Por sua vez, Lerner e Castellino (2002) referiram que, embora estejamos longe de compreender de forma exaustiva os factores que se encontram na etiologia da psicopatologia na fase da adolescência, os dados das investigações longitudinais são convergentes no que se refere às seguintes conclusões: Em primeiro lugar, a psicopatologia da criança e do adolescente é resultante de uma interacção complexa entre variados factores ambientais e factores intrínsecos ao indivíduo; em segundo lugar, os indivíduos estão sujeitos a muitos tipos de influências e não devemos atribuir a um único factor a responsabilidade por dada perturbação emocional e comportamental; em terceiro lugar, os factores de risco parecem ter um efeito multiplicativo e não somente aditivo, pelo que a probabilidade de desenvolvimento de uma perturbação aumenta consideravelmente com o número de factores de risco que afectam a criança ou o adolescente; por último, alguns

factores de risco são comuns a uma amplitude de perturbações emocionais e comportamentais, enquanto outros, apresentam uma relação mais específica com determinados quadros psicopatológicos (idem).

São vários os estudos que têm procurado identificar as características familiares que estão associadas com o desenvolvimento de psicopatologia. Por exemplo, Harland e colaboradores (2002) identificaram grupos de crianças em risco para problemas comportamentais ou emocionais, com base em características sócio-demográficas, características familiares e acontecimentos familiares negativos recentes – o desemprego e divórcio dos pais. Utilizaram o *Child Behavior Checklist* (CBCL) numa amostra representativa de 4480 pais de crianças em idade escolar (entre os 4 e os 15 anos), através duma entrevista sobre as suas características demográficas e familiares e sobre os acontecimentos de vida familiar recentes (um período inferior a 1 ano). As variáveis familiares avaliadas foram: a estrutura familiar (famílias cujos pais não estavam separados ou divorciados / famílias cujos pais estavam separados ou divorciados (monoparentais) / outra estrutura familiar (adoptiva, etc.); o estatuto profissional dos pais; o nível de escolaridade dos pais e o número de irmãos pertencentes ao agregado familiar.

Os resultados desta investigação, mostraram que as características sócio-demográficas da família (estrutura e nível sócio-económico) e os acontecimentos de vida recentes, estavam mais fortemente associados com os riscos para problemas comportamentais e emocionais nas crianças do que outras características demográficas. Os riscos para problemas de comportamento ou emocionais, eram mais elevados para crianças cujos pais tinham tido experiências recentes de desemprego, divórcio ou separação

conjugal, comparativamente crianças cujos pais não tinham passado recentemente (no último ano) por tais acontecimentos.

Por sua vez, Helgeland e Torgersen (2004) investigaram quais os factores desenvolvimentais na infância e adolescência que estavam na génese do desenvolvimento da Perturbação Borderline ou Estado-Limite da Personalidade (PEP) no adulto. Foram avançadas as seguintes hipóteses: a) os sujeitos com PEP terão histórias desenvolvimentais caracterizadas por uma incidência altamente significativa de factores traumáticos como abuso, negligência, rejeição e separações, comparativamente com sujeitos sem PEP; b) uma história de conflito familiar, super-protecção, controlo parental e psicopatologia parental seria significativamente mais provável em sujeitos com PEP do que em sujeitos sem PEP e ainda: c) sujeitos com PEP terão tido uma probabilidade significativamente superior de ter tido histórias de crescimento em contextos familiares caóticos e instáveis que os não-borderline.

Os resultados deste estudo indicaram 5 variáveis que distinguem os borderline dos não borderline: abuso, negligência, instabilidade ambiental (definida como mudanças de casa, mudanças de escola, violência pelos pares, famílias estigmatizadas pelos vizinhos); psicopatologia paterna, e a falta de factores protectores (como sejam, talento artístico, desempenho escolar superior e uma capacidade intelectual acima da média).

3.2.1. Os recursos sócio-económicos familiares

Um outro factor a considerar quando procuramos uma abordagem multifactorial no estudo do desenvolvimento de risco para psicopatologia na adolescência são os recursos sócio-económicos da família. De acordo com Serbin e Karp (2004) as histórias de vida problemáticas podem ser preditores directos de um pobre desenvolvimento nos adolescentes, tanto em grupos de nível sócio-económico elevado ou médio, quanto em grupos de níveis sócio-económicos baixos. Podem ser também preditores indirectos de futuros resultados desenvolvimentais negativos, através das trajectórias parentais problemáticas, como sejam o insucesso escolar e a parentalidade na adolescência. No entanto, consoante sublinham os autores, o comportamento parental problemático e a pobreza estão mais frequentemente associados a grupos vulneráveis da população. Por exemplo, um estudo transversal efectuado por Ackerman, Schoff, Levinson, Youngstrom & Izard (1999) com 159 famílias de nível sócio-económico baixo, indicou uma relação significativa entre a inadaptação e a instabilidade familiar e os comportamentos agressivos e a manifestação de ansiedade e depressão nas crianças.

Um grande número de autores tem concluído que a pobreza persistente está associada a uma acumulação de factores de risco que se ampliam uns aos outros, como sejam, elevadas taxas de problemas de saúde mental, condições habitacionais precárias, cuidados pré-natais precários e nutrição inadequada das crianças (Balbernie; 2002; Knutson, DeCarmo & Reid, 2004; Schoon & Parsons, 2002). Os baixos recursos sócio-económicos, estão frequentemente associados a situações de negligência parental, porque a

vulnerabilidade económica pode interferir com a capacidade dos pais em serem consistentes e em estarem mentalmente disponíveis, (Knutson et al., 2004).

A falta de recursos económicos está associada, não apenas com a morbilidade psiquiátrica em adultos (i.e., ansiedade e depressão), como também tem sido confirmado que os adolescentes de famílias com baixos recursos económicos demonstram maiores problemas de comportamento (i.e., perturbação de comportamento, perturbação de oposição, perturbação de hiperactividade com défice de atenção e sintomas depressivos) do que os seus pares de nível sócio-económico mais elevado (Balbernie, 2002; Bender & Losel, 1997; Pulkkinen, 2001).

Num estudo desenvolvido por Buchanan, Brinke e Flouri, (2000) um baixo rendimento sócio-económico e viver num contexto de desvantagem social na infância, estava relacionado com a manifestação posterior de problemas psicológicos aos 16 anos. O nível sócio-económico baixo tem também sido associado a abandono escolar, maternidade e paternidade na adolescência, abuso de substâncias, perturbações do comportamento e delinquência juvenil (Chase, Maxwell, Knight & Aggleton, 2006; Gordon et al., 2003; Serbin & Karp, 2004; Rutter et al., 1998).

Neste âmbito, está bem documentada na literatura, a relação entre o nível educacional obtido e a progressão económica nos jovens de meios familiares mais empobrecidos (Gordon et al., 2003). Estes resultados sugerem a importância de promover programas de intervenção contra a adversidade em meios sócio-económicos desfavorecidos. Os indicadores sócio-económicos são pois, correlatos da saúde e da obtenção de sucesso em adolescentes e adultos. Tais associações têm sido estabelecidas em comunidades onde existe uma maior concentração de pobreza, as quais contêm também

níveis mais elevados de problemas sociais como delinquência, abuso de substâncias, maus-tratos infantis e abandono escolar. Assim, o risco psicossocial para as crianças oriundas de contextos sócio-familiares de risco advém frequentemente de um conjunto de variáveis complexas e multifactoriais.

3.2.2. O nível educacional e a profissão dos pais

A educação parental está associada com a capacidade que os pais têm para ajudar nos trabalhos de casa, potenciar a exposição ao conhecimento em termos académicos ou culturais, estabelecer objectivos educacionais e fornecer competências de resolução de problemas. O nível de educação parental também propicia o acesso a determinados estratos sociais, porque a rede social da família geralmente tem o mesmo nível educacional que esta. A estratificação social e o estatuto social são usualmente inferidos a partir da ocupação e educação parentais (Baer, 1999). No entanto, esta relação não é linear. Se, de forma geral, a educação e a profissão dos pais estão relacionadas, no entanto, o significado da ocupação parental vai para além dos recursos monetários, uma vez que o tipo de profissão tende a associar-se aos tempos livres disponíveis para o adolescente e o stress ocupacional pode fazer diminuir a disponibilidade interna dos pais para os filhos. A indisponibilidade emocional e a negligência educacional dos pais não pode ser avaliada exclusivamente pelo seu nível sócio-económico, uma vez que o stress profissional atinge indivíduos de todos os níveis sócio-económicos.

Vander Vem e Cullen (2004) estudaram a relação entre o comportamento anti-social e a actividade profissional das mães, numa amostra de 702 adolescentes com idades

compreendidas entre os 15 e os 19 anos, seguidos retrospectivamente entre 1986 e 1994 e concluíram que não era a experiência do emprego materno que estava associada ao percurso delinquente, mas sim a qualidade do emprego materno. Assim, um emprego insatisfatório, com tarefas que exigem uma baixa qualificação profissional e mal remunerado (mas não o número de horas de trabalho contabilizado), estava associado a comportamento anti-social por parte dos filhos.

Se a adversidade familiar está fortemente relacionada com o nível sócio-económico (NSE), e mais especificamente com as variáveis que compõem a classificação do NSE, este deve ser considerado como um indicador de risco importante, entre os outros factores de risco a serem considerados no desenvolvimento de problemas psicossociais e psicopatologia na criança e no adolescente.

3.2.3. A estrutura e a dimensão da família

Uma questão contemporânea no estudo da família diz respeito às mudanças no tecido social na transição do século XX para o século XXI e particularmente as transformações na estrutura familiar. As investigações que se debruçaram sobre o impacto da estrutura familiar nos comportamentos de risco na adolescência sugerem que existem vários aspectos da formação da família que podem ter um impacto negativo no processo desenvolvimental na adolescência, como sejam o divórcio e a monoparentalidade (Baer, 1999; Barber, 1995; Garnefski & Okma, 1996; Murry, Bynum, Brody, Willert & Stephens, 2001; Schoon & Parsons, 2002).

Um dos aspectos que estes estudos destacam é o facto que os adolescentes oriundos de famílias divorciadas, vivendo com a mãe, apresentaram maiores níveis de perturbações do comportamento e um funcionamento social mais pobre. Por exemplo, Baer (1999) encontrou diferenças significativas nos níveis de conflito entre famílias monoparentais e famílias intactas – nas famílias monoparentais a comunicação era sentida pelo adolescente como menos satisfatória, o grau de coesão era menor e o nível de conflitos era superior.

Estes resultados podem ser justificados pelo facto da monoparentalidade¹⁵ estar associada com maior frequência à não acessibilidade a modelos masculinos. Isto pode ser visto como um factor de vulnerabilidade familiar, contribuindo desta forma para os problemas de comportamento nos adolescentes (Zimmerman & Becker-Stoll, 2002; Flouri & Buchanan, 2003).

Para testar esta hipótese, Buchanan e colaboradores (2000) investigaram se a relação entre a estrutura familiar (biparental biológica, reconstituída ou monoparental) ou o contexto sócio-económico (a desvantagem social severa) na infância estava associada com a manifestação de problemas psicológicos na adolescência e na idade adulta. Os dados foram recolhidos numa amostra de 8.441 sujeitos do *National Child Development Study*, avaliados relativamente a problemas de adaptação comportamental aos 16 anos de idade e de problemas psicológicos aos 33 anos. Os resultados desta investigação sugeriram que ser oriundo de uma família reconstituída ou de recasamento, onde não existiam problemas sócio-económicos graves, não era um factor de risco para problemas de comportamento aos 16 anos. No entanto, crescer numa família monoparental pautada pela adversidade económica estava associada a manifestação de problemas psicológicos na idade adulta nos

¹⁵ Atende-se aqui a que, a grande maioria dos agregados familiares monoparentais é constituído pela mãe biológica e pelos filhos menores.

rapazes, mas não nas raparigas. Deste modo, os autores sugeriram que, não é a estrutura familiar em si o factor responsável pelos problemas de adaptação na adolescência, mas sim o contexto familiar marcado pela desvantagem socio-económica.

Uma explicação possível para a presença de problemas de comportamento nos adolescentes oriundos de famílias monoparentais é a de que o provimento de suporte emocional e as atitudes educativas a ter em relação aos filhos, ao não serem partilhadas, poderão conduzir a um aumento da tensão nas relações mãe-filho ou pai-filho (Baer, 1999). Além do mais, quando a monoparentalidade está associada a baixos recursos económicos, o stresse parental é ainda maior. No entanto, se bem que a carência de suporte social possa explicar a vulnerabilidade para a psicopatologia, ela não justifica as diferenças encontradas relativamente ao sexo. Uma vez que a grande maioria dos adolescentes que crescem em famílias monoparentais vivem com a mãe, no nosso entender, os resultados encontrados no estudo Buchanan e colaboradores (2000) são sugestivos de que a ausência de uma figura masculina no contexto sócio-emocional e educativo dos adolescentes traz repercussões a nível da sua integração sócio-emocional.

Aliás, diversos autores têm chamado a atenção para a influência que a ausência de uma figura paterna no núcleo familiar tem no desenvolvimento de problemas psicossociais na adolescência (e.g., Braconnier & Marcelli, 2000; Flouri & Buchanan, 2003; Matos, 2002). De acordo com Coimbra de Matos (2002) e com Flouri e Buchanan (2003), uma presença menor do pai na educação das crianças tem contribuído para a diminuição dos factores protectores de psicopatologia na infância. Uma tal ausência paterna tem certamente implicações nos padrões das interacções familiares e nos papéis de socialização relativos à identidade sexual masculina. Braconnier e Marcelli (2000) entendem que a existência de

uma relação paterna hostil parece preferível a uma atitude paterna de indiferença uma vez que, enquanto um pai sentido como hostil representa um limite para um adolescente, um pai indiferente deixa o adolescente face a si próprio, com falta de continência emocional e educativa.

É no entanto de salientar que estruturas familiares específicas, particularmente aquelas baseadas na família nuclear, podem não ter o mesmo significado ou assumir as mesmas funções em famílias de diferentes etnias. A este propósito, Baer (1999) referiu que nas famílias afro-americanas, os amigos e os vizinhos assumem frequentemente papéis familiares, pelo que são uma fonte de suporte social. Nas famílias de latino-americanas os avós, os tios, as tias e os padrinhos tomam conta das crianças, oferecendo-lhes tanto suporte emocional quanto suporte instrumental (idem). Assim, deve ser tido em conta que as variações sócio-culturais nos padrões de funcionamento das famílias, poderão influenciar o tipo e a qualidade do suporte emocional fornecido às crianças e adolescentes e, desta forma, influenciar o curso do seu desenvolvimento.

Relativamente à relação entre a dimensão da família e a manifestação de problemas de comportamento, os estudos sobre os factores de risco tendem a associar uma família numerosa com a manifestação de comportamento anti-social na adolescência (Barnoski, 1998; Wasserman & Seracini, 2001).

Se estes factores familiares estão associados à manifestação de psicopatologia nas crianças e nos adolescentes, consoante referido anteriormente, será pouco provável que a sua influência seja linear. Assim, nas situações de divórcio, por exemplo, é provável que a qualidade da relação entre os pais, a manutenção do contacto assíduo com o(s) filho(s) pelo elemento que saiu de casa e ainda a qualidade da relação mantida, seja o factor mais

importante a ter em conta. Outro factor a ter em conta deverá, na nossa opinião, ser o tipo de estrutura familiar na qual o adolescente vive – monoparental só com a mãe ou monoparental alargada (mãe e avós, etc.). Supõe-se assim que, em caso de monoparentalidade, a presença de avós, pela promoção de suporte afectivo, possa ser um factor protector no desenvolvimento do adolescente, apesar de viver com uma só figura parental. Nas famílias de recasamento, mais importante que a reconstrução da família, o modo como decorre o processo de reconstituição familiar e a qualidade da relação que o adolescente estabelece com o padrasto ou com a madrasta, deverá ser determinante do seu bem-estar emocional.

3.2.4. As modalidades de afecto e as práticas educativas parentais

Em linha com o reconhecimento de que as perturbações interiorizadas e exteriorizadas do comportamento surgem num contexto interpessoal, a investigação passou a prestar uma atenção crescente ao papel das relações familiares e dos processos de interacção, enquanto factores importantes para a compreensão das perturbações nos adolescentes. São particularmente relevantes os dados que sugerem que as relações pais-filhos adversas tendem a colocar os adolescentes em risco para a manifestação de perturbações psicopatológicas.

Tem sido documentado (Fleming, 1997) que as modalidades de afecto e as práticas educativas parentais estão associadas ao desenvolvimento na adolescência¹⁶, quer ao desenvolvimento dito adaptativo, quer ao desenvolvimento de problemas emocionais e

¹⁶ Cf. Capítulo 1.

comportamentais na adolescência. Assim, a qualidade do contacto com os pais são factores que devem ser tidos em conta para a compreensão da manifestação de problemas psicopatológicos na adolescência (Braconnier & Marcelli, 2000).

A este propósito Sheeber e colaboradores (2001), efectuaram uma revisão de estudos com amostras comunitárias e clínicas de adolescentes, as quais tinham utilizado diferentes tipos de medida (quantitativas e qualitativas) e concluíram que os resultados em ambos os tipos de estudos apontavam para resultados semelhantes. Os ambientes familiares adversos caracterizados pela ausência de interações suportivas e facilitadoras de comunicação e por níveis elevados de interações conflituosas, parecem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva nos adolescentes.

O trabalho de Meeus, Oosterwegel e Vollebergh (2002) estudou as associações entre a relação com a mãe e com o pai e o tipo de percurso desenvolvimental nos adolescentes. Os autores encontraram uma relação significativa entre a interacção pais-filhos, medida pelos níveis de comunicação na relação, e as competências sociais destes últimos em relação aos seus pares. Os adolescentes com melhores vínculos com os seus pares, apresentavam também uma maior motivação para interagir relacionalmente e maior motivação relativamente às questões escolares. Neste estudo, o vínculo à mãe predizia o vínculo estabelecido com os pares e o vínculo ao pai mediava o envolvimento escolar.

Outros estudos incidiram na análise dos estilos de socialização parental ou atitudes parentais associados ao abuso de substâncias nos adolescentes. Estes estudos têm encontrado relações estatisticamente significativas entre o consumo abusivo de álcool por adolescentes e relações familiares conflituosas ou pouco satisfatórias (Dewit, 1998; Diez & Peirats, 1997; Fergusson & Horwood, 1998; Dawes et al., 2000; Jessor, Vandebos,

Vanderryn, Costa & Turbin, 1995; McKinnon, O'Rourke, Thompson, & Berumen, 2004; White, Johnson, & Buyske, 2000).

Apesar de termos de ter em consideração que existem um conjunto de factores etiológicos e de trajectórias de desenvolvimento que levam ao consumo e ao abuso de substâncias, os vínculos com as figuras parentais têm sido considerados por um sem número de autores como influenciando o comportamento desviante (Dawes et al., 2000)¹⁷.

Esta relação foi também documentada num estudo longitudinal prospectivo conduzido por White e colaboradores (2000) numa amostra de 218 rapazes e de 214 raparigas, que mostrou que, quer o abuso de álcool e drogas pelos pais, quer as atitudes educativas parentais (proximidade emocional versus hostilidade) estão significativamente relacionadas com o abuso de substâncias nos adolescentes.

Ainda, Diez e Peirats (1997) estudaram as relações entre os estilos parentais e o abuso de álcool em 1100 adolescentes espanhóis de ambos os sexos. Os dados obtidos neste estudo, sugeriram que o consumo abusivo de álcool está relacionado com a percepção pelos adolescentes de atitudes paternas baseadas na repressão, na crítica, no castigo disciplinar e por vezes físico, assim como na ausência de canais de comunicação que possibilitem a transmissão e a expressão de afectos no sistema familiar. As atitudes parentais surgiram assim como uma variável que parecia influenciar de forma indirecta o comportamento do adolescente.

Vários outros estudos têm documentado uma associação entre a ausência de parentalidade sensível (medida pelas reacções parentais inconsistentes face ao comportamento da criança) e as perturbações de comportamento na criança (Dumas, 1989;

¹⁷ A este propósito, cf. Capítulo 1.

Strand, 2000; Warren & Simmens, 2005). A relação que se tem vindo a estabelecer entre o contexto familiar e os comportamentos de risco, é sugestiva de que a proximidade emocional com um adulto é um factor promotor de resiliência no adolescente.

Por exemplo, Aronowitz e Morrison-Beedy (2004) efectuaram um estudo transversal com raparigas afro-americanas sobre a relação entre os comportamentos para a saúde e o contexto familiar, escolar e social. A amostra deste estudo consistiu em 443 raparigas com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, residentes em meios urbanos pobres. Contrariamente a outros estudos, não foi encontrada uma relação directa entre a proximidade à mãe e uma medida de resiliência (apresentar um baixo número de comportamentos de risco). Os autores estabeleceram que a relação entre a proximidade materna e a resiliência era mediada pelas expectativas das adolescentes face ao futuro. Concluíram ainda que as raparigas que expressavam mais sentimentos de proximidade em relação às mães apresentavam menores comportamentos de risco (actividade sexual, violência e comportamento delinquente, consumo de drogas, comportamento anti-social) e melhores expectativas face ao futuro. O sentimento de proximidade com a mãe (e não somente a quantidade de tempo passado junto destas) era o indicador chave do tipo de vínculo estabelecido com a mãe. Estes resultados sugerem que a proximidade mãe-filha pode agir como um agente potenciador da perspectiva de futuro das filhas, um recurso interno que é protector face ao risco. No mesmo sentido, um estudo conduzido nos EUA por Bailey, Hannigan, Delaney-Black, Covington & Sokol (2006), indicou que a exposição das crianças a riscos de violência urbana e a comportamento anti-social, era moderada pelas atitudes maternas de aceitação versus rejeição da criança.

Como uma consideração adicional salientamos que, ao contrário de estudos anteriores (e.g., Resnick et al., 1997), Aronowitz e Morrison-Beedy (2004) encontraram uma frequência baixa de comportamentos de risco nestas adolescentes. Este facto pode explicar pelo menos parcialmente, a ausência de uma relação linear, significativa, entre a proximidade à mãe e a resiliência. Dito de outro modo, pode acontecer que, uma relação significativa entre o nível de proximidade emocional e os factores de risco, só seja notada em adolescentes que reportem uma percentagem significativamente superior de comportamentos de risco. Como sublinham estes autores, um aspecto importante das intervenções com vista à promoção de resiliência face aos comportamentos de risco em jovens adolescentes, será apoiar as suas mães e os pais no desenvolvimento de uma relação próxima (i.e., empática ou em sintonia emocional) com os seus filhos, a qual deverá ser promotora de uma perspectiva de futuro.

3.2.4.1. A influência da parentalidade no desenvolvimento de trajectórias de risco psicossocial

Os resultados de diversos estudos têm sugerido que não só um funcionamento familiar anti-social mas também o comportamento agressivo por parte dos pais, predizem trajectórias de risco a longo prazo, relativamente aos problemas exteriorizados do comportamento, tanto para as raparigas quanto para os rapazes (Buysse, 1997; Frick, 2004; Noack & Puschner, 1999; Serbin & Karp, 2004).

Na investigação conduzida por Serbin e Karp (2004), o comportamento agressivo parental surgiu como um factor de risco para problemas sócio-económicos e concomitante

pobreza futura nos seus filhos. Os adolescentes que apresentaram padrões de comportamento anti-social mostraram posteriormente, um comportamento parental agressivo, falta de empatia, rigidez, negligência e falta de incentivo perante os seus filhos. Nas famílias de risco, o nível educacional médio a elevado das mães e as práticas parentais construtivas (i.e., práticas parentais modeladas por relações afectuosas e por práticas disciplinares consistentes) surgiram como factores atenuantes ou protectores dos problemas de comportamento nas crianças.

Porque diferentes trajectórias de desenvolvimento familiar durante a adolescência podem ser associadas a diferentes tipos de riscos, Noack e Puschner (1999) examinaram as associações entre as trajectórias de desenvolvimento familiar e alguns aspectos da adaptação psicossocial dos adolescentes. A hipótese colocada pelos autores foi a de que os desvios em relação ao curso ideal de individuação na família são preditivos de bem-estar individual entre os adolescentes. Assim, teorizaram que iriam encontrar nos jovens que estão a crescer em condições de desvinculação em relação aos pais, uma auto-estima mais baixa e maiores problemas de comportamento exteriorizado e interiorizado, por comparação com os adolescentes que não mostravam problemas de vinculação com as figuras parentais.

Os dados longitudinais deste estudo com 208 adolescentes entre os 15 e os 17 anos, identificaram três grupos de adolescentes que experienciaram diferentes percursos de desenvolvimento de relações familiares: dois grupos com individuação familiar e proximidade familiar e um grupo cujos níveis de individuação eram muito superiores ao da proximidade familiar – o grupo que intitularam de “*desvinculado*”. Os adolescentes neste grupo apresentavam elevados níveis de autonomia, no entanto não contrabalançados por

proximidade, condição que os autores referiram como de risco. Assim, os adolescentes no grupo “desvinculado” eram mais agressivos que os pares e relatavam maiores níveis de humor depressivo.

O segundo grupo (“*individualizado*”) era caracterizado por elevados níveis de proximidade e de individualidade na família. Os adolescentes do terceiro grupo (“*em processo*”) relatavam elevada proximidade durante a segunda metade da adolescência mas uma baixa individualidade no primeiro ano de avaliação, seguido por um aumento linear. Estes dois grupos não apresentavam diferenças entre si relativas a idade e tamanho da amostra, nem diferenças a nível de adaptação comportamental. Os autores sugeriram que, enquanto que os adolescentes do grupo “*desvinculado*” estavam em maior risco para problemas de adaptação, os outros dois grupos (“*individualizado*” e “*em processo*”) estavam em diferentes etapas do processo de individuação familiar.

Partindo do pressuposto de que o modo como o padrão relacional do sistema pais-filho opera, influi de forma determinante no modo como se organiza o desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança, diversas variáveis externas podem ter um impacto imediato na criança e outras podem afectar a qualidade da parentalidade (Balbernie, 2002; Strand, 2000). Por exemplo, a psicopatologia parental pode ter, quer um impacto directo na criança quer um impacto indirecto, pela alteração da qualidade relacional pais-filho (Hetherington & Martin, 1986).

De acordo com uma revisão de estudos sobre a relação entre o comportamento dos pais e a manifestação de problemas de comportamento nas crianças, Strand (2000) concluiu que os pais de crianças com problemas de comportamento, apresentam maiores problemas de monitorização da criança, facilmente rotulam o comportamento da criança como

desviante, mais frequentemente respondem ao comportamento positivo e neutro da criança de forma negativa ou punitiva, iniciam menos vezes o contacto social com os filhos quando estes estão a desenvolver uma actividade a sós, e passam menos tempo com as suas crianças em actividades conjuntas e em conversação. Além do mais, mais frequentemente, reagem ao mau comportamento da criança com punição ou indiferença, ao invés de utilizar estratégias de cooperação. Ao mesmo tempo, são inconsistentes nas ordens e tendem mais frequentemente a responder aos protestos das crianças e ao seu comportamento manipulativo seja em escalada, seja desistindo e retrocedendo.

Allen, Hauser, O'Connor e Bell (2002), investigaram a relação entre os conflitos pais-filhos e o desenvolvimento da autonomia dos adolescentes. Os dados longitudinais deste estudo foram obtidos cotando as interações familiares de 83 adolescentes e os seus pais aos 16 anos e obtendo posteriormente, quando estes atingiram os 25 anos, cotações pelos amigos dos seus níveis de hostilidade. Neste estudo, os conflitos relacionais entre pais e filhos prognosticaram prospectivamente, comportamentos de hostilidade avaliados pelos pares dos adolescentes, uma década depois. Atitudes de elevado controlo parental (limitativas e desvalorizantes da autonomia do adolescente) nas interações pais-filhos aos 16 anos de idade prediziam a hostilidade dos adolescentes aos 25 anos. Estes resultados sugerem o conflito pais-filhos como um factor de risco para a aquisição de autonomia dos adolescentes relativamente aos pais e como uma variável prognóstica de desenvolvimento de dificuldades a longo-termo no funcionamento interpessoal.

Por sua vez, Akse, Hale, Engels, Raaijmakers e Meeus, (2004) estudaram a relação entre a rejeição parental, a personalidade dos adolescentes e a manifestação de sintomas depressivos e de comportamento agressivo nestes últimos, utilizando um desenho

transversal e instrumentos de auto-resposta numa amostra de 1142 adolescentes. Os resultados sugeriram que os adolescentes que relatavam níveis mais elevados de rejeição parental apresentavam também maiores níveis de sintomas de depressão e de agressão.

Dubas, Gerris, Janssens e Vermulst (2002) estudaram a relação entre os perfis de personalidade semelhantes (i.e., Resilientes, Hipercontrolados ou Subcontrolados) e o tipo de parentalidade em 305 adolescentes holandeses (idades entre os 14 e os 19 anos) e concluíram que estas tipologias de personalidade parecem ser moderadas pelo tipo de práticas parentais.

Estes investigadores colocaram as seguintes hipóteses: um controlo positivo (caracterizado por expectativas relativas a um comportamento maturo e uso de recompensas, prediz um tipo de personalidade resiliente nos filhos; um controlo restritivo (caracterizado por níveis elevados de punição, de indiferença e de baixa empatia) predizia um tipo hipercontrolado (os que recebiam o feed-back comunicativo menos positivo e o mais restritivo), e ainda um tipo subcontrolado de adolescente (estes últimos perfis, sendo moderados por atitudes parentais com níveis intermédios aos dos outros dois grupos).

Ao contrário do que os investigadores hipotizaram inicialmente, os resultados deste estudo sugeriram que os sujeitos com o perfil subcontrolado estavam expostos a um estilo de parentalidade mais restritivo e em crescendo ao longo do tempo, comparativamente aos hipercontrolados e aos resilientes, sugerindo que um tipo de parentalidade muito punitivo (hostil), indiferente e pobre em afecto aumenta a probabilidade de desenvolvimento, quer de problemas interiorizados, quer de comportamento anti-social.

Este estudo acentua, uma vez mais, a importância das práticas e atitudes parentais enquanto factores moderadores do comportamento das crianças e dos adolescentes. No

entanto, como sublinham os autores, e por se tratar de um estudo transversal, temos de ter em consideração a limitação das conclusões retiradas. Assim, temos de colocar a hipótese de que o tipo de comportamento parental possa surgir como uma reacção à manifestação de problemas de comportamento no adolescente e não o inverso. Tem sido referido a este propósito (O'Connor & Dvorak, 2001) que, porque as pesquisas empíricas se centram nas relações bivariadas entre os estilos parentais e os problemas das crianças, as limitações dos estudos são consideráveis. Assim, assume-se como importante, examinar os tipos de interações personalidade-ambiente que são consideradas importantes no desenvolvimento de psicopatologia.

3.2.4.2. Os maus-tratos familiares

A negligência parental tem sido considerada um factor importante no desenvolvimento de psicopatologia dos adolescentes, quer dos problemas de comportamento internalizado (Bolger & Patterson, 2001) quer do comportamento anti-social e agressivo face aos pares (Kupersmidt, Griesler, DeRosier, Patterson & Davis, 1995).

Uma revisão das investigações efectuadas nas últimas duas décadas sobre a negligência e o abuso físico efectuada por Knutson e colaboradores (2004), concluiu que a agressão e o comportamento anti-social eram as consequências de abusos físicos e negligência em crianças relatadas em maior número. Também Bolger e Patterson (2001) referem que diversos estudos longitudinais têm demonstrado a existência de uma relação

significativa entre o comportamento anti-social, a delinquência e o crime violento no adolescente e na adultez e a parentalidade negligente.

Embora haja suporte empírico para uma relação entre a negligência e o comportamento anti-social na criança, a falta de especificidade na operacionalização do conceito de negligência, assim como o facto de existirem um sem número de padrões de parentalidade, tem dificultado o estabelecimento de uma ligação empírica entre componentes específicos de maus-tratos e o desenvolvimento infantil. Muitas classificações de negligência têm considerado como equivalentes a negligência emocional e a negligência física. A literatura existente, se bem que limitada pela não especificidade das definições de negligência, indica que o comportamento agressivo e anti-social podem ser o resultado de dois componentes incluídos em muitas definições de negligência física, nomeadamente a negação de cuidados e o fracasso na supervisão (Knutson et al., 2004).

O estudo de Knutson e colaboradores (2004) testou um modelo teórico que postula o modo como a desvantagem social e a parentalidade deficiente estão associadas com o desenvolvimento de comportamento anti-social ao longo do tempo. Utilizaram um método de avaliação múltiplo numa amostra de rapazes e raparigas de uma população de risco, medidas em vários momentos do desenvolvimento. Baseado na revisão da literatura, este modelo ofereceu a possibilidade de avaliar se os contextos de desvantagem social estão ligados ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais ao longo da vida, através da influência da parentalidade deficitária. Os resultados deste estudo sugerem que as lacunas do contexto familiar na infância comprometem a parentalidade e que estão relacionadas com o desenvolvimento das perturbações psicopatológicas nas crianças. Deste modo, um comportamento parental pautado por abuso físico e por negligência (assim como uma pobre

supervisão parental enquanto equivalente da negligência), são factores a tomar em consideração na etiologia do comportamento anti-social nas crianças e adolescentes.

A este propósito, Cicchetti (2004) referiu que as três décadas de pesquisas sobre os maus-tratos infantis são suficientes para concluir que os maus-tratos colocam em acção a probabilidade para um percurso desenvolvimental caracterizado por fracassos e disrupções, pelo que *“exercem uma profunda influência no curso do desenvolvimento, com ramificações que podem prosseguir pela vida fora”* (p. 731).

3.2.4.3. Estilos parentais, características do adolescente e psicopatologia

As interações personalidade-ambiente têm sido constantemente realçadas nas teorias do desenvolvimento, nas teorias da psicopatologia e nos modelos de adaptação psicológica sujeito-ambiente, mas os resultados da maioria das investigações sobre o papel do comportamento parental no desenvolvimento de psicopatologia na adolescência, explicam apenas parcialmente a relação entre estas variáveis (O'Connor & Dvorak, 2001). Daí que alguns autores sugiram a existência de factores moderadores (Buysse, 1997; O'Connor & Dvorak, 2001; Wootton, Frick, Shelton & Silverthorn, 1997).

Para além dos factores de risco psicossociais, Buysse (1997) encontrou um conjunto de traços de personalidade do adolescente que potenciam o risco para o desenvolvimento de desordens comportamentais e emocionais. A maioria destes traços estão relacionados com o pobre desenvolvimento de competências cognitivas e emocionais, tais como, um pobre controlo da impulsividade, uma baixa auto-estima, um locus de controlo externo e

estratégias de coping ineficazes. O autor referiu que estes factores de risco estão interligados, podendo influenciar-se e potenciar-se mutuamente, conduzindo a um processo desenvolvimental que reforça o comportamento desviante.

Tem sido ainda sugerido (O'Connor & Dvorak, 2001; Wotton et al., 1997), que as mesmas características de personalidade podem ser tanto um factor protector, como um factor de risco, dependendo do ambiente com o qual está associado. Por exemplo, a timidez pode ter uma função protectora em crianças expostas a um contexto familiar anti-social, o qual pode, doutra forma, estimular o desenvolvimento de comportamento anti-social na criança. Por outro lado, a timidez pode aumentar o risco para problemas interiorizados quando os comportamentos e as atitudes parentais são altamente controladores. Por sua vez, os traços de agressividade e a impulsividade podem ser mais adaptativos em contextos de elevado controlo, mas não noutros contextos (O'Connor & Dvorak, 2001).

De forma a estudar a relação entre os estilos educativos parentais (o envolvimento parental, o uso de reforço positivo, a monitorização e a supervisão e ainda a consistência na aplicação de disciplina e uso de punição corporal), os traços de personalidade na criança (baixa expressão de emoções e baixa empatia e culpa /*callous-unemotional*) e as desordens da conduta, Wootton e colaboradores (1997) entrevistaram os pais de crianças entre os 6 e os 13 anos de idade (população clínica, n=136 e da comunidade, n=30). As crianças com baixa expressão de emoções e baixa empatia e culpa apresentavam níveis elevados de problemas de conduta, sendo esta relação independente do grau de ineficácia da parentalidade. Os resultados desta investigação sugeriram que a parentalidade ineficaz estava associada com um aumento de problemas de conduta somente em crianças que não possuíam estes traços.

A implicação que os autores retiraram deste estudo é a de que algumas crianças desenvolverão problemas independentemente do comportamento parental (isto é, independentemente da forma como o comportamento parental é operacionalizado numa dada investigação), enquanto que outras crianças irão desenvolver problemas somente se receberem uma parentalidade ineficaz. Os resultados foram interpretados no contexto de um modelo que propõe que os traços de personalidade *Callous-Unemotional* designam um grupo de crianças cujos problemas de conduta têm na génese, não as atitudes parentais mas a personalidade “difícil” da criança, a qual, por sua vez, condicionaria um tipo de comportamento parental desadequado.

No entanto, porque este estudo se centrou numa única característica de personalidade (baixa expressão de emoções e baixa empatia e culpa /*callous-unemotional traits*) e num só tipo de problemas (os problemas de conduta) e ainda, porque utilizou uma única medida de eficácia parental, as suas conclusões são limitadas. Como salientam O'Connor & Dvorak (2001), uma vez que as interações pais-filhos são numerosas e variadas e o comportamento parental pode interagir com um leque elevado de características de personalidade da criança na predição de uma variedade de problemas, as conclusões a retirar deste estudo não podem ser tidas de forma linear, sendo necessária a identificação de variáveis moderadoras.

Nesta ordem de ideias, O'Connor e Dvorak (2001) estudaram a interação entre a personalidade do adolescente e os comportamentos parentais em 402 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos. Utilizaram instrumentos de auto-relato numa elevada amostra de adolescentes da comunidade, avaliaram um número de comportamentos relevantes para os pais e mediram traços de personalidade segundo o

modelo dos Cinco Factores de Personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, sociabilidade-simpatia e conscienciabilidade). Avaliaram ainda 4 tipos de problemas (depressão, ansiedade, agressão e delinquência). Exploraram qual o papel que as características de personalidade estudadas têm sobre a relação entre as variáveis parentais e o desenvolvimento de problemas de comportamento. Estes autores encontraram no global, relações significativas entre o sexo do adolescente (ser do sexo masculino), a hostilidade materna e a consistência das práticas parentais (consistência e monitorização). As características maternas estavam relacionadas com os problemas de agressividade e de delinquência. O tipo de interações emergentes no estudo, assim como a ausência de interações noutros casos confirma a importância de uma compreensão mais profunda dos problemas de desenvolvimento.

Os resultados do estudo conduzido por O'Connor e Dvorak (2001) sugerem ainda que as associações significativas que apareceram entre a consistência e a monitorização (variáveis parentais) e a agressividade e delinquência nos adolescentes, se devem ao comportamento paterno e não ao suporte e controlo materno, o que aponta para a importância do papel do pai enquanto moderador do comportamento e da adaptação psicossocial dos adolescentes. Se os efeitos da interação personalidade-ambiente são relevantes, importa também saber de que forma e em que circunstâncias.

De acordo com as teorias de vinculação, podemos teorizar que a presença ou ausência de problemas de comportamento nos filhos, podem ser vistas como um resultado da relação pais-filho, enquanto constructo que integraria as modalidades de afecto e as práticas educativas parentais. Desta forma, a relação pais-filhos será uma variável a considerar na etiologia dos problemas de comportamento do adolescente.

Contudo, é lógico presumir que algumas variáveis parentais relevantes para o desenvolvimento possam ter sido excluídas nestes estudos revistos. Podemos, por exemplo, supor que as características de personalidade de certas crianças induzam também tipos específicos de comportamentos parentais. No entanto, quando são estudadas as interações entre estas variáveis de personalidade e as variáveis parentais esta explicação alternativa parece pouco provável, porque tem sido estabelecido que crianças com as mesmas características de personalidade desenvolvem diferentes tipos e diferentes níveis de severidade de sintomas psicopatológicos, dependendo do tipo de parentalidade que recebem (O'Connor & Dvorak, 2001).

Consoante referem Lerner e colaboradores (1998), a relação entre os factores de psicopatologia parental (seja na forma de perturbações da ansiedade e da depressão ou na forma do abuso de substâncias) e outras variáveis familiares, como por exemplo, os conflitos conjugais, a separação ou o divórcio, a monoparentalidade com a concomitante falta de suporte do parceiro na criação dos filhos, etc., representam um conjunto de variáveis que se interrelacionam e que tornam difícil o discernir de factores causais individualizados. Dito doutra forma, os pais que experienciam problemas emocionais apresentam, também eles uma vulnerabilidade acrescida, a qual, por sua vez, tenderá a despoletar maiores dificuldades a nível das suas competências parentais, conduzindo a maiores probabilidades de desenvolvimento de problemas psicopatológicos nos filhos.

3.3. O contexto social mais vasto: escola, pares e comunidade

3.3.1. O rendimento académico e o absentismo escolar

Segundo Braconnier e Marcelli (2000), existe uma forte correlação entre manter e continuar a escolaridade e a existência de problemas na adolescência. No inquérito efectuado em França por Choquet (citado por Braconnier & Marcelli, 2000), verificou-se que os alunos de escolas profissionalizantes apresentavam mais condutas de risco, maior consumo de álcool, envolvimento em lutas com outros e mais problemas de saúde. Resnick e colaboradores (1997), num estudo transversal com 12 118 adolescentes do ensino secundário, encontraram entre outros comportamentos de risco associados ao contexto familiar e escolar, uma associação significativa entre as reprovações escolares e indicadores de problemas emocionais. Nesta sequência, o atraso e o absentismo escolar podem ser vistos como um sintoma de sofrimento ou mal-estar psicológico e/ou social e representa um factor de risco para a saúde dos adolescentes. Ainda, Gutman, Sameroff e Eccles (2002) estudaram os efeitos da presença de riscos familiares em indicadores de rendimento académico (a média das notas, o número de faltas à escola e as notas na disciplina de matemática) em 837 adolescentes afro-americanos. Os resultados deste estudo sugeriram que, quer o absentismo escolar, quer o baixo rendimento académico, estavam relacionados com a exposição a factores de risco familiares.

Por sua vez, McCluskey, Bynum e Patchin (2004) concluíram que o absentismo escolar crónico e um baixo rendimento académico estão associados a um deficiente contexto sócio-familiar e ao desenvolvimento de comportamento desviante na adolescência,

nomeadamente, ao consumo e abuso de substâncias e à delinquência juvenil. Ainda, um estudo desenvolvido por Annunziata, Hogue, Faw e Liddle (2006), vem salientar uma vez mais, a importância das atitudes e das expectativas parentais face aos comportamentos dos filhos e o envolvimento académico destes. A relação entre a monitorização parental e o desempenho escolar foi analisada em 211 adolescentes afro-americanos de um meio urbano. Assim, neste contexto social pobre, os rapazes e as raparigas cujos pais apresentavam níveis mais elevados de monitorização apresentavam também um maior envolvimento escolar.

3.3.2. A relação com os pares

As associações entre os problemas exteriorizados do comportamento na infância, as relações com os pares e um futuro percurso delinquente têm sido objecto de maior interesse por parte dos investigadores. Os tipos de vínculos que as crianças estabelecem relativamente aos seus pares podem ser vistas, quer como uma causa de distúrbios posteriores (as más experiências determinando os seus vínculos posteriores com pares), quer como um sinal de problemas psíquicos interiorizados (os quais levam a que a criança não estabeleça relações sociais adequadas com os pares). Por exemplo, Knutson e colaboradores (2004) referiram que a rejeição pelos pares é um indicador de problemas de comportamento anti-social na adolescência.

Como pólos extremos do comportamento perante os pares, as investigações têm incidido quer no estudo das crianças que são vítimas dos pares, quer no estudo de crianças que mostram um comportamento agressivo e anti-social perante os pares. Este último tipo

de crianças é frequentemente incluído em estudos sobre hiperactividade e problemas de comportamento exteriorizado em crianças e adolescentes (e.g., Fergusson et al., 2003; Janson & Stattin, 2003; Russo & Beidel, 1994).

De forma a estudar as relações com os pares na pré-adolescência como preditores de problemas de adaptação psicossocial no adulto, Bagweel, Smith, Newcomb e Bukowski (2001) efectuaram um estudo longitudinal com 60 crianças de ambos os sexos seguidos ao longo de 18 anos. Concluíram que relações pobres com os pares na pré-adolescência (nomeadamente, a rejeição pelos pares – quer associado a isolamento pela criança, seja associado a comportamento agressivo pela criança) são indicadores de má adaptação psicossocial na idade adulta. Por sua vez, os dados recolhidos em dois estudos longitudinais – o *Christchurch Health and Development Study*, com uma amostra de 1 265 sujeitos seguidos ao longo de 21 anos, representativa da população Neozelandesa e, o *Quebec Study*, com 240 sujeitos canadianos estudados ao longo de 13 anos (Fergusson & Horwood, 2003), concluiu da existência de uma relação significativa entre o aumento da afiliação a pares desviantes e o aumento de perturbações exteriorizadas do comportamento, os quais, por sua vez, estavam associados à manifestação posterior de sintomas depressivos nos adolescentes.

A relação com o grupo de pares tem sido ainda estudada em associação com a delinquência juvenil. Por exemplo, Ary, Duncan, Duncan & Hops (1999) sugeriram que a associação em grupo de pares desviante ocorre nos adolescentes com uma monitorização parental deficiente. Ainda, Voydanoff e Donnelly (1999), com base num estudo da base de dados obtidos no *National Commission on Children* de 1991 (n=1 738 pais e 929 adolescentes americanos, com idades entre os 10 e os 17 anos), concluíram que a interacção

com pares anti-sociais estava negativamente relacionada com o número de horas extra-escolares passadas na companhia de um adulto. Estas duas variáveis seriam indicadoras de risco relativamente ao bem-estar psicológico, assim como relativamente ao rendimento académico dos adolescentes. Por outro lado, uma relação estabelecida com pares pro-sociais (i.e., pares com um comportamento socialmente adaptado) foi considerado um factor protector para o bem-estar e para o rendimento académico, e atenuava o efeito negativo que um baixo número de horas passado diariamente com um adulto que tinha sobre o adolescente. Além do mais, os resultados deste estudo sugeriram que, quer o comportamento parental – o envolvimento e a monitorização parental, quer os recursos do adolescente – o suporte de um adulto significativo¹⁸ e a presença de pares com projectos escolares eram factores protectores do comportamento anti-social.

Os resultados de um estudo desenvolvido por Gore e Aseltine (1995) indicaram que, na presença de stresse familiar crónico, os adolescentes tendiam a distanciar-se emocionalmente da família e a estabelecer vínculos mais fortes ao grupo de pares, uma estratégia que seria protectora face à depressão.

No entanto, no estudo de Aken e colaboradores (1999), os adolescentes que relataram como fonte de suporte para os seus objectivos e aspirações, não os pais, mas os seus pares (i.e., apresentavam um auto-relato de baixo suporte parental e elevado suporte pelos pares), apresentavam também níveis elevados de comportamento anti-social. Com base nestes resultados, os autores sugeriram que a relação adolescente-pares não seria um factor protector dos efeitos negativos de um baixo suporte parental.

¹⁸ *caring adult*, no original)

Com base nos estudos referidos, podemos concluir que o tipo de relações estabelecidas depende da fase de desenvolvimento em que o sujeito se encontra. É, pois, possível que quando os factores familiares estão na base de uma problemática psicopatológica no adolescente, este tenderá, mais provavelmente, a associar-se a um grupo de pares que seja suportivo, o qual poderá funcionar de forma protectora face a sentimentos depressivos. No entanto, o grupo de pares (pró-social ou anti-social) com os quais a criança ou o adolescente se vincula poderá ser, também ele, protector ou não, face ao desenvolvimento de um percurso delinquente. A forma como um tal processo de socialização com os pares se desenvolve dependerá, tal como referiu Sá (2002), das características individuais, do tipo de problemática psicopatológica e ainda, das características do ambiente mais vasto.

3.3.3. A zona de residência

A residência em bairros pobres tem sido associada a problemas de comportamento e delinquência em crianças e adolescentes (Bailey & Whittle, 2004; Bender & Losel, 1997; Ackerman et al., 1999; Kupersmidt et al., 1995; Gordon et al., 2003; Vander Ven & Cullen, 2004). Embora exista uma relação entre o rendimento económico familiar e o nível sócio-económico da zona de residência, esta associação não é linear, pois as famílias podem viver em vizinhanças com diversos contextos económicos (Ackerman et al., 1999). Sabemos, no entanto, que as famílias com recursos económicos mais elevados apresentam vantagens na aquisição dos bens e dos serviços necessários para o bem-estar das crianças.

Kupersmidt e colaboradores (1995) levaram a cabo uma avaliação desenvolvimental sobre a relação entre a família e a zona de residência. Estes autores preconizaram quatro formas através das quais o NSE das famílias e dos vizinhos podem influenciar conjuntamente o bem-estar dos jovens: a) um modelo no qual os riscos da área de residência (i.e., pobreza concentrada na área de residência) funcionariam de forma aditiva ou multiplicativa com riscos no contexto da família (isto é, pobreza familiar) levaria os jovens a maus resultados desenvolvimentais; b) um modelo protector no qual uma área de residência de baixo risco seria protector relativamente a jovens vivendo em contextos familiares de risco; c) um modelo potenciador segundo o qual áreas de residência de baixo risco seriam facilitadoras de resultados positivos, principalmente para jovens oriundos de famílias com um contexto de baixo risco; d) um modelo pessoa-ambiente, segundo o qual uma disparidade entre as características típicas da vizinhança e as características individuais da criança estariam relacionadas com resultados pobres.

Também Gordon e colaboradores (2003) sugerem que, quer a desvantagem, quer a vantagem económica, podem propiciar circunstâncias de risco para alguns aspectos do desenvolvimento infantil ou juvenil. Ou seja, um rendimento familiar dissonante com o contexto social em que a criança ou adolescente está inserido estaria associado a um menor bem-estar por parte deste. A explicação encontrada pelos autores é a de que as comparações negativas a que essas diferenças socio-económicas expõem a criança, levariam a comparações sociais negativas e a rejeição social por parte dos pares, a qual, por sua vez, conduziria a maiores dificuldades sócio-emocionais. Tais comparações sociais negativas no ambiente escolar estariam relacionadas com um desinvestimento na escola, influenciando assim o investimento académico.

Por sua vez, Ackerman e colaboradores (1999), propõem dois modelos de inter-relação entre os recursos sócio-económicos em dois contextos particulares – a delinquência e a educação. Nestes contextos foram tomados em conta: a) uma componente aditiva, segundo a qual, os jovens inseridos em contextos mais saudáveis estariam sujeitos a uma maior valorização da escola e ao evitamento do crime, independentemente do nível sócio-económico da família; e b) uma componente de privação relativa, na qual os jovens mais pobres inseridos em contextos sociais mais ricos estariam mais conscientes da posição económica mais baixa da sua família, levando talvez a maior actividade delinvente ou a expectativas educacionais mais baixas.

É notório que nem todas as áreas do contexto social têm um igual peso na socialização dos adolescentes. A este propósito, Steinberg (2001) referiu que quanto mais forte é a ligação do adolescente com um dos subsistemas, maior será a influência desse subsistema. Por exemplo, o contacto com um grupo delinvente irá ter uma contribuição menor no desenvolvimento do comportamento anti-social, se os vínculos familiares, escolares ou comunitários forem fortes. Esta influência só será protectora de comportamento anti-social se as normas e os valores na família e na comunidade não forem também desviantes (Buisse, 1997).

Encontramos na literatura um elevado número de características dos adolescentes e do seu ambiente social que parecem funcionar como preditores de problemas emocionais e comportamentais. Os resultados dos estudos levam a duas conclusões distintas; 1) as características sócio-demográficas e familiares das crianças, como sejam, o sexo, a idade, o estatuto sócio-económico, o divórcio, a monoparentalidade e o conflito conjugal, estão

frequentemente associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento e/ou emocionais; 2) as crianças que experienciam acontecimentos de vida negativos – por exemplo, os maus-tratos parentais, estão em maior risco para desenvolver problemas de comportamento e/ou emocionais.

As investigações efectuadas nas últimas décadas têm acumulado um conjunto de resultados que apontam no sentido de uma associação significativa entre os acontecimentos ou experiências negativas e a manifestação de perturbações interiorizadas e exteriorizadas do comportamento na adolescência, os quais podem resultar em maiores ou menores perturbações psicológicas e psicossociais nos adolescentes.

Ao estudo das crianças e dos adolescentes que expressam a sua vulnerabilidade individual ou contextual através da manifestação de perturbações do comportamento, interessa então compreender que o desenvolvimento dum quadro psicopatológico dependerá da intercorrência dum conjunto de factores de risco individuais, contextuais e históricos, que interligados, levarão ao desencadear de sofrimento psíquico e de problemas psicopatológicos. Estas últimas estarão dependentes, no entanto, dos recursos individuais do indivíduo e dos recursos familiares, escolares e comunitários ao seu dispor, sendo estes definidos como factores protectores para psicopatologia ou factores de resiliência. Destes falaremos no capítulo seguinte.

Capítulo 3

Factores Protectores Face ao Risco Psicossocial na Adolescência: O Estudo da Resiliência

1. Introdução

O interesse pelo estudo da resiliência emergiu essencialmente dos resultados das investigações iniciadas na década de setenta, nomeadamente a partir da identificação de indivíduos que, apesar de terem vivenciado histórias de abuso na infância ou de terem estado expostos a situações de elevado risco psicossocial, manifestavam pouca ou nenhuma sintomatologia psicopatológica (McGloin & Widom, 2001).

Um tal reconhecimento pela comunidade científica de que um número significativo de crianças e adolescentes, a viver em circunstâncias de alto-risco apresentava, no entanto, um funcionamento competente e se desenvolvia de um modo favorável e adaptativo (Olsson et al., 2003), levou a um aumento no número de investigações sobre o tema. A este propósito, efectuámos uma pesquisa na base de dados do *Web of Science*, utilizando as bases de dados *Science Citation Index Expanded* e *Social Sciences Citation Index*, cruzando os termos “*adolescen**” e “*resilien**”, a qual resultou em 60 artigos publicados entre 1989 e 1994, 244 artigos publicados entre 1995 e 2000 e 432 artigos entre 2001 e Julho de 2006. Como podemos constatar, comparativamente, este assunto recebe na actualidade o dobro da atenção, que há cinco anos atrás.

Neste capítulo faremos uma breve incursão sobre os momentos principais de investigação relativos ao constructo de resiliência. Serão também analisados os aspectos referentes à sua definição e aplicabilidade na investigação sobre o desenvolvimento dos adolescentes em contextos de risco psicossocial.

2. A investigação sobre a resiliência: dos atributos individuais ao processo de resiliência

Um número crescente de investigações sobre a forma como as crianças expostas a circunstâncias de adversidade psicossocial desenvolvem competências, tem procurado encontrar indicadores da existência de factores de resiliência. O pressuposto principal destes estudos é o de que tais factores deverão influenciar o desenvolvimento positivo nos jovens, protegendo-os de se envolverem em situações de risco (Constantine, Benard & Diaz, 1999; Schoon & Parsons, 2002).

Se as qualidades resilientes são aprendidas ou se são parte da natureza genética do indivíduo é um debate frequente entre académicos, dependente das crenças e das perspectivas teóricas dos diferentes autores. Contudo, não obstante a forma como a resiliência é conceptualizada e operacionalizada, como refere McGloin e Widom (2001), o princípio unificador nestas definições de resiliência é o da existência de circunstâncias de risco ou adversidade como uma variável sempre presente em algum momento da vida do sujeito.

2.1. Três momentos na investigação sobre a resiliência

Richardson (2002) estabeleceu três momentos ou vagas principais na investigação sobre a resiliência. O primeiro desses momentos de estudos sobre a resiliência surgiu em resposta à questão: quais as características que marcam as pessoas que sobrevivem à

adversidade, por comparação com aquelas que sucumbem perante as mesmas circunstâncias de risco? Dum ponto de vista histórico, este primeiro momento de estudos sobre a resiliência assistiu a uma mudança de paradigma, de uma visão centrada nos factores de risco que conduziam a problemas psicossociais nos indivíduos expostos, para uma pesquisa direccionada para a identificação dos recursos individuais que impediriam a manifestação de comportamentos negativos ou problemáticos. A premissa de resiliência passa a ser a de que as pessoas possuem forças selectivas ou competências que as ajudam a sobreviver face à adversidade (Ungar, 2005).

De acordo com esta linha de pensamento, uma grande parte da literatura sobre resiliência pretendeu descrever as qualidades resilientes internas e externas que ajudam as pessoas a lidar com, ou a recuperar, face a situações de elevado risco ou adversidade e dos sistemas de suporte que predizem o seu sucesso social e pessoal. Foram identificados como factores protectores a auto-estima, a auto-eficácia, os sistemas de suporte familiar, escolar e comunitário, os quais contribuiriam para que as pessoas ultrapassassem a adversidade.

A este respeito, um dos estudos mais referenciados foi o estudo longitudinal levado a cabo na ilha havaiana de Kauai por Werner e Smith (1977, 1982, citado por Werner & Smith, 1992). Esta investigação teve como objectivos iniciais os de documentar a evolução das gravidezes até à idade adulta e avaliar as consequências a longo termo das complicações peri-natais ocorridas. Um terceiro objectivo remetia para a avaliação dos cuidados adversos a que as crianças estariam submetidas ao longo do desenvolvimento. Foram seguidas 698 crianças tendo os dados sido recolhidos na gravidez, nascimento, no pós-parto, ao primeiro e segundos anos de vida, aos dez anos, e finalmente aos dezoito e trinta anos dos sujeitos da amostra. No grupo da população designado por alto-risco, dois

terços apresentava problemas a nível escolar, social e de saúde mental aos 10 e aos 18 anos de idade. No entanto, um terço do grupo de alto-risco apresentava resultados favoráveis a nível académico, social e ainda, ausência de psicopatologia.

As diferenças encontradas ao nível de factores individuais e contextuais entre os dois subgrupos forneceram dados explicativos para a maior vulnerabilidade no grupo perturbado. Assim, o grupo resiliente apresentava, já na primeira infância, características individuais marcadas por um bom nível de actividade e sociabilidade, competências significativas para explorar o ambiente e para organizar uma situação de forma a ajustá-la às suas necessidades, elevada tolerância à frustração, uma notável capacidade de recuperação face a situações adversas e um sentido crescente de autonomia (Werner & Smith, 1992).

Ao nível do contexto familiar foi constatada a existência de pelo menos um adulto com quem tiveram uma relação afectiva significativa. As crianças em risco que não mostraram má adaptação, ou seja, aquelas que conseguiram manifestar competências pró-sociais e boa saúde mental, apesar de uma história de prolongada adversidade ou stresse, foram designados por Anthony (1987) como “*invulneráveis*”. Estes indivíduos foram descritos como sendo portadores de uma característica ou traço de personalidade que as tornavam mais competentes para ultrapassar a adversidade.

Que a acumulação de riscos produza um efeito negativo no desenvolvimento não é uma conclusão surpreendente, uma vez que, utilizando a expressão de Garbarino (2005^a), “*quando colocamos muitos fardos nos ombros de uma criança, o seu peso não permitirá*

que ela consiga manter-se de pé” (p. 448)¹. Por outro lado, as crianças possuem recursos diversos, internos e externos, que influenciam o seu desenvolvimento (Constantine, Benard & Diaz, 1999; Fergus & Zimmerman, 2005)².

O segundo momento de investigação sobre a resiliência teve como objectivo prioritário, a descoberta do processo pelo qual as qualidades resilientes são adquiridas. A resiliência definiu-se então como o processo ou a forma pela qual o sujeito lida com a adversidade, com as mudanças, ou com as circunstâncias de vida, de maneira a que o resultado seja a identificação, o fortalecimento e o enriquecimento das qualidades resilientes ou dos factores protectores. Neste contexto, a resiliência é descrita como o processo de lidar com a adversidade, a mudança ou os acontecimentos negativos (Olsson et al., 2003; Richardson, 2002).

Segundo Richardson (2002), o terceiro momento de pesquisas sobre a resiliência recaiu sobre o conceito de resiliência inata, o qual consistiu na identificação multidisciplinar de forças motivacionais em indivíduos ou grupos e ainda, na criação de experiências que propiciam a activação e a utilização dessas forças. Este autor defende que, para que se possa dar o processo de reintegração de disrupções na vida, será necessário existir algum tipo de energia motivacional nos indivíduos. A resiliência é aqui descrita como uma força motivacional presente em cada indivíduo, a qual o conduz na busca de

¹ A afirmação original é “*When we put too many burdens on a kid’s shoulders, he can’t sand up under the weight*”.

² *Assets* ou *resources*, no original. Fergus e Zimmerman (2005) diferenciam estes dois termos, considerando os *assets* como características internas ao indivíduo e *resources* como factores protectores do seu ambiente familiar ou comunitário. Como não encontramos na língua portuguesa um termo que equivalesse a estas duas definições, passamos a utilizar doravante o termo recursos, especificando-o como interno (i.e., refere-se às características do indivíduo) e externo (refere-se às características do ambiente).

sabedoria, auto-actualização e altruísmo, de forma a estar em harmonia com uma fonte de energia de cariz espiritual.

Esta descrição das características dos sujeitos resilientes, que este autor integra numa terceira vaga face à progressão do conhecimento sobre este constructo pode, no nosso entender, ter duas leituras possíveis. Podemos percebê-la como retomando a ideia da resiliência enquanto característica marcadamente individual, isto é, que incide essencialmente nas qualidades ou atributos individuais. Por outro lado, podemos entendê-la como um constructo resultante das elaborações, dos significados ou das construções individuais, no sentido em que propõem Ungar e Teram (2000) e Ungar (2004, 2005).

2.2. O problema da definição de resiliência

Como referido anteriormente, uma dificuldade importante no estudo das características dos sujeitos resilientes, prende-se com a enorme variabilidade na operacionalização do conceito centrado no modelo ecológico, nomeadamente, no que diz respeito às áreas envolvidas no processo da resiliência dos indivíduos e ainda, a nível dos critérios estabelecidos para quantificar o sucesso, adaptação, tipo e tempo de exposição ao risco. Esta falta de consenso na operacionalização dos factores protectores, torna difícil a comparação de resultados entre estudos, com consequências óbvias a nível da ausência de critérios relativamente aos desenhos das investigações e da selecção das populações para estudo (Born, Chevalier, & Humblet, 1997; Fergus & Zimmerman, 2005; Garbarino,

2005b; McGloin & Widom, 2001; Olsson et al., 2003; Kaufman, Cook, Arny, Jones & Pittinsky, 1994; Ungar, 2004).

Também McGloin e Widom (2001) e Olsson e colaboradores (2003) têm sugerido que, o desenvolvimento de conceitos mais específicos de resiliência podem ajudar a desenvolver a pesquisa nesta área. Segundo os autores, ao juntar e ao confrontar-se ideias sobre a resiliência que sejam oriundas de diversas perspectivas clínicas e dos estudos empíricos, estaremos a contribuir para precisar factores que sejam nucleares ao processo da resiliência e consequentemente, conduzir a uma maior adequação das intervenções junto de crianças e adolescentes e que portanto beneficiem os mais jovens.

Se tradicionalmente a investigação se centrou no estudo da resiliência enquanto resultado final de adaptação positivo, apesar do risco elevado para comportamento desviante ou doença mental, ou ainda na manutenção de competências debaixo de uma situação stressante e/ou a capacidade para recuperar do trauma, os estudos mais recentes têm-se centrado em torno do processo da resiliência (Olsson., Bonda, Burnsb, Vella-Brodricke & Sawyerd, 2003; Fergus & Zimmerman, 2005).

Na verdade, as investigações sobre resiliência têm-se expandido para além do conceito tradicional da resiliência enquanto resultado/traço de personalidade. A elaboração do constructo de resiliência como um processo desenvolvimental dinâmico, surge assim, por oposto à ideia de uma característica estática no indivíduo (Constantine et al., 1999; Morrison, Robertson, Laurie & Kelly, 2002), como um processo dinâmico que envolve uma interacção entre os riscos e os processos protectores, internos e externos ao indivíduo, os quais agem no sentido de modificar os efeitos de um acontecimento de vida adverso (Rutter, 1999). Neste sentido, o que define os indivíduos resilientes não é tanto a sua

invulnerabilidade ao stresse mas antes a sua capacidade para recuperar de acontecimentos negativos. Ou como refere Garmezy (1996), os resilientes são os indivíduos que manifestam um desenvolvimento normal sob condições de vida difíceis.

Neste sentido, diversos autores da perspectiva ecológica (e.g., Baker, Dilly, Aupperlee & Patil, 2003; Fergus & Zimmerman, 2005; McGloin & Widom, 2001; Sameroff, 2000; Schoon & Parsons, 2002), têm actualmente salientado que a resiliência não é um atributo pessoal em si mesmo, mas diz respeito ao fenómeno de adaptação positiva manifestado por alguns indivíduos, apesar da sua exposição à adversidade. Assim, são caracterizadas como resilientes as crianças que desenvolvem competências, apesar de estarem expostas a circunstâncias de desvantagem ou risco psicológico e social (Schoon & Parsons, 2002), ou ainda, a capacidade de um indivíduo em reagir ou ultrapassar as experiências adversas, em evitar os efeitos negativos a longo-termo ou em ultrapassar as ameaças desenvolvimentais que tais experiências colocam (Garbarino, 2005a).

2.3. A resiliência enquanto processo de desenvolvimento

Se não tomarmos em conta a influência dos factores protectores sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente, teremos de considerar que a exposição ao risco deverá levar directamente à desordem. Aliás, como referiu Soares (2000), a revisão da literatura sobre risco e psicopatologia ao longo do ciclo de vida, dá-nos frequentemente uma visão determinista e linear da relação entre os processos desenvolvimentais e os resultados adversos. No entanto, como já anteriormente salientamos, tanto o trabalho

clínico com crianças e adolescentes, como a investigação, têm fornecido provas de que existe uma grande variabilidade nas respostas das crianças às experiências de risco psicossocial.

Neste mesmo sentido, Rutter e Rutter (1993) chamam a atenção para os resultados das pesquisas sobre a influência dos factores protectores e dos factores de risco no desenvolvimento, enfatizando que o estudo dos processos que actuam por detrás dessa variabilidade de respostas deverá tomar em consideração várias questões. São estas:

- a) A multiplicidade de factores de risco e protectores envolvidos,
- b) As crianças apresentam variações na vulnerabilidade ao stresse psicossocial,
- c) A adversidade deve ser vista como o resultado de influências tanto genéticas quanto ambientais,
- d) As experiências familiares influenciam a criança de variadas formas,
- e) A redução das experiências negativas e o aumento das experiências positivas exprimem-se através de reacções em cadeia, as quais influenciam o curso dos efeitos da adversidade ao longo do tempo,
- f) Novas experiências representam novas oportunidades, podendo assim ter como efeito uma viragem no rumo dos acontecimentos,
- g) Se bem que estas novas experiências em si possam não exercer uma influência protectora, elas podem neutralizar alguns dos factores de risco, ou seja, o processamento

emocional e cognitivo de novas experiências pode influenciar o curso do desenvolvimento de resiliência.

Nesta ordem de ideias, como anteriormente referimos, a resiliência não é um conceito estático, mas um processo dinâmico, ou seja, dependente da transacção entre o contexto sócio-histórico e o desenvolvimento do indivíduo (Schoon & Parsons, 2002). Para pensarmos na resiliência como um processo temos de ter em conta, por um lado, a existência de interacção entre um leque de processos de risco e de processos protectores com diferentes graus de impacto e por outro, a presença de uma situação de risco que possa estar presente em vários momentos no desenvolvimento do indivíduo (Rutter et al., 1998). No entanto, como sublinham estes autores, é simplista acreditar que um único factor seja suficiente para explicar a etiologia de uma perturbação psicopatológica ou psicossocial, uma vez que os processos de risco associados com um acontecimento familiar negativo na vida da criança ou adolescente, englobam mais do que o acontecimento em si. Assim, explicam os autores, múltiplos factores de risco agindo conjuntamente podem exceder largamente o efeito de um único acontecimento de vida marcante. Entre estes, como já referimos no capítulo anterior, estará a forma como o acontecimento é vivido pelo sujeito, assim como os recursos do seu ambiente, os quais podem atenuar ou evitar o desenvolvimento negativo.

Para percebermos o processo da adaptação, torna-se necessária a avaliação quer dos mecanismos de risco, que agem de forma a intensificar a reacção de um indivíduo à adversidade (i.e., a sua actuação torna-o mais vulnerável), quer dos mecanismos protectores, que agem de forma a aliviar a resposta de um indivíduo à adversidade (i.e., que

agem de forma a torná-lo mais resiliente). De acordo com Rutter (1999) e com Olsson e colaboradores (2003), a pesquisa focalizada no processo de resiliência tem por finalidade perceber os mecanismos ou processos que agem de forma a modificar o impacto de um contexto de risco e o processo de desenvolvimento pelo qual os jovens se adaptam com sucesso.

A este propósito, Wolff (1995) referiu que “*O conceito de resiliência ilumina a complexidade da psicopatologia, ajuda a clarificar as possibilidades para a sua prevenção e mantém viva a esperança na prática clínica* (p.565).³”. Esta abordagem mais optimista, centrada essencialmente na capacidade de resistência, de elaboração psicológica e de sobrevivência face à adversidade tem levado a que a pesquisa contemporânea tenha passado a enfatizar como tópicos, a natureza precisa da rede de relações entre os factores de risco e de resiliência e as condições sob as quais a resiliência é melhor promovida e os riscos minorados (e.g. Constantine, et al., 1999; Fergus & Zimmerman, 2005). Perspectivar a resiliência enquanto processo de desenvolvimento implica conhecer os recursos internos e os recursos externos ao indivíduo e a forma como a trajectória de risco para psicopatologia é suprimida ou atenuada, tendo em vista um percurso de desenvolvimento adaptativo.

³No original, “*The concept of resilience highlights the complexity of psychopathology, helps to clarify possibilities for prevention and keeps hope alive in clinical practice*”.

2.4. A investigação sobre os factores promotores de resiliência

A partir de uma meta-análise de 41 estudos desenvolvidos entre 1985 e 1999 que incidiram sobre a relação entre saúde mental e resiliência no período da adolescência (dos 12 aos 18 anos de idade), Olsson, Bonda, Burns, Vella-Brodick e Sawyer (2003), categorizaram os conceitos de resiliência utilizados de acordo com três níveis de recursos – individuais, familiares e sócio-ambientais. Da análise destes estudos, foram caracterizados como recursos de nível individual a resiliência constitucional (temperamento positivo e robustez neurobiológica), as competências sociais (atitudes pró-sociais, vinculação aos outros, etc.), a inteligência, as competências de comunicação e os atributos pessoais (por exemplo, a tolerância à frustração, a auto-estima, o sentido de humor, etc.). Foram identificados como sendo recursos de nível familiar, o afecto, a supervisão e o encorajamento parentais, a coesão familiar, o suporte conjugal e uma relação próxima com um adulto prestador de cuidados⁴. Ao nível dos recursos sócio-ambientais, foram categorizados três tipos de recursos: recursos sócio-económicos, experiências escolares (inclui os pares suportivos, as influências positivas de professores e a presença de sucesso académico) e ainda a existência de comunidades suportivas, não punitivas e com capacidade de assistência ao indivíduo.

Podemos então afirmar, de acordo com Olsson e colaboradores (2003) que o interesse da comunidade científica pelo estudo dos factores promotores de resiliência nos adolescentes em circunstâncias de adversidade, tem levado ao desenvolvimento de investigações sobre a identificação destes factores, em diferentes contextos de adversidade,

⁴ *Caregiving adult*, no original.

enfatizando diferentes factores de risco e de factores protectores e atendendo a diversos resultados psicossociais. Neste contexto, coloca-se uma vez mais, o problema da diversidade das definições de resiliência utilizadas na condução dos estudos. A este propósito, Jackson, Born e Jacob (1997) referiram um conjunto importante de artigos publicados no *Journal of Adolescence*, os quais utilizavam abordagens globais relativamente diferentes nas suas definições de risco e de resiliência.

Com uma tal diversidade de critérios e de metodologias de investigação corre-se o risco, ao comparar resultados de diferentes estudos, de tirar ilações sobre os factores de risco e sobre os factores protectores envolvidos em amostras específicas, os quais não são de facto comparáveis por se estar a utilizar medidas e populações diferentes. A grande variabilidade nos estudos sobre a resiliência adolescente reflecte, sem dúvida, o problema da falta de uma teoria unificada de resiliência capaz de guiar abordagens mais estruturadas e baseadas empiricamente, com vista ao desenvolvimento deste constructo (Olsson et al., 2003). Também Fergus e Zimmerman (2005) sublinham a necessidade de uma teoria da resiliência mais diferenciada e testável, para que possa haver progresso no estudo do conceito e para que as teorias sobre resiliência possam ser relevantes para o estudo do desenvolvimento na adolescência.

3. Estudar a resiliência nos adolescentes

3.1. A resiliência enquanto resultado e enquanto processo desenvolvimental

Embora o termo resiliência tenha ganho muita popularidade, diferentes grupos de pesquisa têm investigado o constructo de resiliência em diferentes contextos de risco, examinado o impacto de diferentes processos protectores e ainda, definido os resultados da resiliência de acordo com diferentes critérios. A literatura actual sobre a resiliência na adolescência apresenta duas áreas principais de investigação: a) Uma investigação sobre os resultados psicossociais do desenvolvimento, que consiste maioritariamente no estudo da adaptação psicossocial em jovens oriundos de populações de risco e; b) Uma investigação dos mecanismos protectores importantes no processo da adaptação bem sucedida. Cada uma destas abordagens oferece uma perspectiva útil sobre a resiliência, salientando os diferentes elementos do constructo e sugerindo diferentes abordagens à avaliação (Olsson et al., 2003).

A resiliência pode assim, ser definida como um resultado caracterizado por padrões específicos de comportamento funcional/adaptativo apesar do risco para comportamento desviante ou mal-adaptativo, caracterizado por diversos autores como resiliência enquanto resultado (Constantine et al., 1999; Olsson et al., 2003; Fergus & Zimmerman, 2005). Esta operacionalização focalizada no resultado enfatiza a manutenção da funcionalidade, ou seja, os padrões de comportamento competente ou de funcionamento eficaz em jovens expostos ao risco. Existe, no entanto, uma considerável variabilidade entre estudos relativamente aos tipos de resultados psicossociais que os investigadores consideraram

serem representativos de resiliência durante a adolescência. Assim, tem-se frequentemente, definido o resultado da resiliência em termos de manutenção de competências individuais em condições de risco que apontam para expectativas de resultados desenvolvimentais negativos ou desfavoráveis. Por exemplo, boa saúde mental, competências vocacionais ou competências relacionais /sociais. A variabilidade nos tipos de resultados considerados tem conduzido a uma confusão considerável sobre a natureza do conceito em discussão (Olsson et al., 2003). Esta abordagem tem sido criticada como tendo tantas definições da resiliência no adolescente quanto o número de estudos e poucas medidas validadas psicometricamente (Blum, 1998).

De forma alternativa, a resiliência pode ser definida como um processo dinâmico de adaptação a um contexto de risco, o que implica uma interacção entre uma amplitude de factores de risco e factores protectores, individuais e sociais, factores estes que funcionam como mediadores no processo de resiliência, atenuando ou incrementando o resultado adaptativo num dado momento do desenvolvimento do indivíduo. Estamos então a falar de resiliência enquanto processo (Olsson et al., 2003).

A pesquisa focalizada no processo tem por finalidade perceber os mecanismos que agem de forma a modificar o impacto de um contexto de risco e ainda o processo desenvolvimental pelo qual os jovens se adaptam com sucesso. Perceber a forma como se processa a adaptação torna necessária a avaliação quer dos mecanismos de risco que agem de forma a intensificar a reacção de um indivíduo à adversidade, tornando-o mais vulnerável, quer dos mecanismos protectores que agem para aliviar a resposta de um indivíduo à adversidade e desta forma, tornando-o mais resiliente (Rutter, 1999).

Contudo, apesar das diferenças relativas a estas duas abordagens, desde que seja estabelecida uma distinção entre processo e resultado no delineamento das investigações, ambas contribuem para o estudo da adaptação face aos riscos na adolescência (Masten et al., 1999; Olsson et al., 2003). Nesta ordem de ideias, os dois tipos de abordagem ao estudo da resiliência constituem uma forma útil de operacionalizar o constructo.

De forma a analisar a relação entre a adversidade crónica e os resultados desenvolvimentais a nível do desempenho académico e do comportamento pró-social ou anti-social Masten e colaboradores (1999) conduziram um estudo longitudinal prospectivo. Uma amostra de 205 adolescentes de ambos os sexos, a residir em meio urbano, foi seguida a partir do início da escolaridade e durante dez anos, até ao final da adolescência. Foram classificados como resilientes os adolescentes que, apesar de expostos a elevada adversidade contextual, apresentavam competências elevadas a nível do rendimento académico e das relações sociais. Estes adolescentes apresentavam níveis médios ou superiores a nível das capacidades intelectuais, do bem-estar psicológico e melhores recursos parentais por comparação com os sujeitos classificados como não resilientes. Por sua vez, os adolescentes não resilientes, revelaram poucos recursos que pudessem agir de forma protectora face à adversidade psicossocial. Também Stoiber e Good (1998) identificaram como adolescentes resilientes, aqueles que apesar de residirem em meios urbanos problemáticos não apresentavam problemas de comportamento e tinham um melhor rendimento académico. Comparativamente ao grupo de adolescentes com comportamento anti-social, os adolescentes caracterizados como resilientes eram oriundos de famílias intactas ou biparentais.

Uma outra investigação (Masten et al., 2004) seguiu uma amostra de 173 sujeitos ao longo de vinte anos, centrando-se no estudo da relação entre a presença de adversidade e os recursos psicossociais relevantes na transição para a idade adulta. Os resultados indicaram que os recursos internos e externos na infância (i.e., presença de suporte de pelo menos um adulto, QI médio ou acima da média, estratégias de coping, projectos para o futuro e estatuto sócio-económico) previam uma transição bem sucedida da adolescência para a idade adulta. Os autores concluíram ainda que, para alguns sujeitos cujas capacidades resilientes mudaram ao longo do seu percurso desenvolvimental a transição para a idade adulta apresentou-se igualmente bem sucedida, o que coloca a tónica nas possibilidades de inversão face a um percurso desenvolvimental negativo que a adolescência proporciona enquanto período chave de transição.

3.2. A relação entre resiliência e saúde mental na adolescência

A utilização do bem-estar emocional como um padrão de funcionalidade é uma questão particularmente complexa, na medida em que a tendência para definir a resiliência adolescente somente em termos da manutenção de bem-estar emocional na presença de adversidade pode ser questionável. Será pouco realista acreditar que a repercussão emocional causada por ameaças graves à integridade psíquica e/ou física das pessoas (como sejam os maus-tratos físicos ou psíquicos) pode ser ultrapassada ou resolvida rápida ou facilmente, principalmente se essa pessoa for criança (Olsson et al., 2003; Garbarino, 2005a). Temos que atender a que o sofrimento psíquico, sendo um sinal de adversidade,

não invalida a capacidade de lutar contra a adversidade e de adaptação. A este propósito Luthar, Doernberger e Zigler (1993) sugeriram que um indivíduo resiliente não é necessariamente desprovido de sofrimento emocional e que o mesmo pode mostrar capacidades em lidar com as exigências do seu quotidiano. Da mesma forma Garmezy (1991, citado por Johnson & Wiechelt, 2004), refere que a característica chave do comportamento resiliente seria a manutenção de funcionamento competente em circunstâncias de stresse apesar da interferência de emocionalidade. De facto, se perspectivarmos a capacidade resiliente como um resultado adaptativo na presença de circunstâncias adversas, os jovens que são capazes de manter competências, apesar da presença de afecto negativo elevado, podem estar a demonstrar uma elevada capacidade de resiliência (Olsson et al., 2003).

De referir que as investigações que procuram tirar ilações sobre a resiliência nos adolescentes, baseando-se exclusivamente no estudo das relações entre medidas de desempenho (por exemplo, o desempenho académico) e medidas de bem-estar emocional (por exemplo, auto-estima ou auto-conceito), em populações não caracterizadas do ponto de vista de critérios clínicos (i.e., sem a utilização de medidas de avaliação psicopatológica devidamente sujeitas a estudos de validação), podem sugerir resultados enganosos relativamente às qualidades resilientes dos adolescentes. Segundo Olsson e colaboradores (2003), se um resultado resiliente é definido em termos de manutenção de competências sob stresse, então, as medidas de bem-estar psicológico podem estar a dar uma impressão enganosa sobre a resiliência de um adolescente. Assim sendo, não deveríamos avaliar a capacidade de resiliência unicamente através de medidas de bem-estar emocional.

Por sua vez, Garbarino (2005a) aponta algumas limitações das grelhas conceptuais, quando se olha para as vidas das crianças e jovens que lidam com a adversidade: primeiramente, devemos lembrar-nos de que a resiliência não é absoluta, pois todos os jovens têm um ponto de ruptura⁵. Neste sentido, as crianças são “maleáveis” ao invés de “resilientes”, no sentido em que cada ameaça tem um custo para elas; em segundo lugar, em termos globais a resiliência pode obscurecer os custos reais à qualidade da vida interna de um indivíduo. Algumas pessoas conseguem evitar sucumbir ao risco do fracasso social definido pela pobreza e pela criminalidade mas, no entanto, experienciam os danos causados em termos de uma capacidade diminuída para relações íntimas bem sucedidas. Deste modo, mesmo o sucesso social evidente, como sejam uma boa performance profissional, evitar actividade criminal e formar família, pode obscurecer os custos reais de ter crescido num contexto de adversidade.

Num estudo conduzido por Tolan (1996) com rapazes de raça africana que viviam em bairros pobres e violentos de Chicago e em ambiente familiar abusivo a resiliência foi medida de acordo com os seguintes critérios: a criança ter completado um período de dois anos sem mais do que uma reprovação escolar, nem ter necessitado de serviços profissionais de saúde mental para lidar com problemas psicológicos. As conclusões deste estudo apontaram no sentido de que, se bem que seja esperado que todos os jovens mostrem efeitos negativos quando expostos a ambientes altamente stressantes e ameaçadores, segundo os resultados obtidos, nenhum dos adolescentes estudados correspondia ao critério de resiliente. Ungar (2005) chamou a atenção para a importância da forma como os jovens constroem as suas realidades, alertando que no estudo de Tolan

⁵ *Breaking-point*, no original.

(1996) pode ter sucedido que os jovens se tenham definido como “normais”, ou seja, percepcionando-se como não afectados. Apesar da relevância destes estudos, este é um problema que as investigações de cariz quantitativa colocam relativamente à pesquisa sobre a resiliência (e.g., Bender & Losel, 1997; Born, Chevalier & Humblet, 1997; Carbonell, Reinherz, & Giaconia, 1998; Carbonell et al., 2002; Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004), deixando por responder à questão de como os adolescentes se percebem a si próprios.

3.3. Duas perspectivas sobre o estudo da resiliência: o modelo ecológico e o modelo construtivista

A partir do momento em que os investigadores interessados no estudo da resiliência passaram a adoptar uma perspectiva ecológica da resiliência, os termos “*invulnerável*” ou “*invencível*” perderam utilidade uma vez que, segundo diversos autores (McGloin & Widom, 2001; Schoon & Parsons, 2002; Olsson et al., 2003), três pressupostos estão associadas a esta terminologia: 1) na etiologia do sucesso são determinantes os factores constitucionais; 2) o sucesso abarcaria várias áreas de funcionamento; 3) o sucesso é estático e permanente. No entanto, como salientam McGloin & Widom (2001), temos de considerar que a ausência de resultados negativos ou problemáticos no desenvolvimento pode ser devido, quer a factores constitucionais, quer a factores ambientais. Deste modo, uma pessoa pode ser bem sucedida numa área de funcionamento mas ser mal sucedida noutra; pode ser bem sucedida num momento do seu percurso de vida, vindo contudo mais tarde a fracassar ou a manifestar um funcionamento menos adaptativo.

O modelo ecológico enfatiza as contribuições de inúmeras variáveis ambientais para o desenvolvimento infantil nas suas diversas áreas (Sameroff, 2000). As abordagens ecológicas ao estudo da resiliência derivam da Teoria dos Sistemas e preconizam o estabelecimento de relações preditivas entre os factores de risco e os factores protectores, as quais se processam através de uma causalidade circular e de processos transaccionais que suportam a resiliência. Segundo o paradigma ecológico, a resiliência é definida como saúde apesar da existência de adversidade (Masten et al., 1999). LeBlanc, Talbot e Craig (2005) concebem a saúde psicossocial como um dos componentes da resiliência, consistindo em recursos psicossociais internos que são modelados pelo ambiente do indivíduo.

Nesta linha de pensamento, a adaptação individual está associada às características individuais, mas é também influenciada por factores externos à criança, como sejam um ambiente familiar suportivo, ou o apoio emocional e instrumental proveniente do ambiente social mais vasto.

Como exemplo de recursos de resiliência têm sido referidas: as características da personalidade – por exemplo, o nível intelectual e a capacidade de resolução de problemas ou estratégias de coping, que reduzem ou evitam resultados desenvolvimentais negativos (Fergus & Zimmerman, 2005), apresentar uma auto-estima ou um auto-conceito elevados (Lerner, Walsh & Howard, 1998), ou ainda, possuir perspectivas e projectos de futuro (Aronowitz & Morrison-Beedy, 2004); têm sido sugeridas diferenças relativas à forma como os rapazes e as raparigas lidam com diferentes adversidades (Herrera & McCloskey, 2001); o suporte familiar, nomeadamente os vínculos às figuras parentais (Fergusson & Horwood, 2003) ou a qualidade da parentalidade (Armstrong, Bernie-Lefcovitch & Ungar,

2005); as relações extra-familiares, nomeadamente, a existência de um adulto do contexto extra-familiar ao qual a criança se vinculou significativamente (por exemplo, um professor) (Crosnoe & Elder, 2004) e ainda, o sentimento de pertença a um grupo social (por exemplo, religioso) como um recurso externo importante para o saudável desenvolvimento do adolescente, ao ter um papel protector face às circunstâncias de risco ou à adversidade psicossocial (Carothers, Borkowski, Lefever & Whitman, 2005).

Uma questão importante que se coloca no estudo da resiliência é em que medida os processos que promovem as competências nas crianças e adolescentes são universais (i.e., comparáveis entre diferentes populações) ou, por outro lado, específicos (i.e., a sua eficácia difere consoante o contexto social e as dotações individuais) (Wyman et al., 2003). Se encontramos estudos que confirmam a universalidade de determinados sistemas adaptativos, como sejam, a importância do sistema familiar para o desenvolvimento da criança⁶, mesmo atendendo às especificidades sócio-culturais de algumas das populações estudadas (e.g., Barrera, Hageman, & Gonzales, 2004), outras investigações sugerem a especificidade contextual quer dos riscos, quer de muitos processos protectores (e.g., Bowman, 2006; Blackstock & Trocmé, 2005; Grossman, et al., 1992).

Por exemplo, Blackstock e Trocmé (2005) referiram que os motivos pelos quais as crianças aborígenes do Canadá entram em contacto com o sistema de segurança social prendem-se com a pobreza, com deficiências habitacionais e com o abuso de substâncias. No entanto, estas comunidades não apresentam níveis significativos de maus-tratos físicos e sexuais, pelo que estes autores sugerem que a questão principal em termos do suporte a estas famílias passa por melhorar as redes de apoio social e o suporte do sistema de

⁶ A este propósito, cf. Capítulo 2 – factores de risco familiares.

segurança social, ao invés de responsabilizar somente as famílias pelo bem estar das crianças.

Para além das perspectivas a que os investigadores possam aderir, estes continuam a levar a cabo estudos sobre a resiliência, na esperança de revelar formas de inocular as crianças contra os factores *stressantes* pessoais, familiares e ambientais, quer de carácter agudo, quer crónicos. No entanto, o modelo ecológico baseado nos estudos quantitativos e enfatizando as relações causais e a predeterminação das consequências para a saúde, é incapaz de acomodar a pluralidade dos significados que os indivíduos atribuem nas suas construções como resilientes (Ungar, 2004).

Por sua vez, importa ter em consideração a perspectiva construtivista por esta fornecer explicações complementares ao modelo ecológico e aprofundar formas de compreender os processos individuais de resiliência. Isto não significa no entanto, que a perspectiva ecológica não seja válida do ponto de vista científico e pertinente no estudo das questões do risco e da resiliência, como refere Ungar (2004). O modelo construtivista, defende que, ao contrário das interpretações ecológicas de resiliência que são caracterizadas pela hegemonia cultural, a resiliência é uma construção social, uma vez que aquilo que é definido como um comportamento adequado e saudável depende do contexto no qual este surge.

Segundo o paradigma construtivista, as relações entre os factores de risco e os factores protectores é não-sistémica e não hierárquica, variando entre os diversos contextos sociais, culturais e políticos, de forma caótica, complexa, relativa e contextual (Ungar, 2004). Quer no contexto da investigação quanto na prática clínica, este modelo procura fornecer uma perspectiva alternativa dos fenómenos relacionados com a resiliência, de

forma a aprofundar a compreensão de como as populações de risco se tornam resilientes e sustentam o processo da resiliência.

Neste contexto, Ungar (2004) defende que as famílias e as crianças que desafiam a autoridade e as normas sociais são frequentemente aquelas que permanecem saudáveis, por comparação com aquelas que são vítimas passivas dos sistemas de educação e da segurança social. No entanto, são-no de forma frequentemente invisível aos olhos dos prestadores de cuidados de saúde, pois não correspondem às convenções socialmente vigentes. Nesta linha de pensamento, os factores de resiliência são, não apenas multidimensionais, mas específicos para cada contexto.

Também se verifica que a predição dos resultados em termos de saúde e de doença está dependente da forma como são definidos pelo indivíduo e pelo seu grupo de referência social. Deste modo, a capacidade de sobrevivência, é construída com base nas experiências de vida dos indivíduos, dos desafios que enfrentam e a protecção em relação às ameaças ao bem-estar é feita através da exploração dos recursos de saúde disponíveis. As características resilientes são pois, identificadas pelos indivíduos como compensatórias em relação aos riscos, também eles auto-definidos. Nesta ordem de ideias, a saúde é construída com uma pluralidade de comportamentos e de significantes (Ungar, 2001, 2004, 2005).

Um estudo de índole qualitativa, ilustrativo desta perspectiva foi desenvolvido por Ungar e Teram (2000) com 41 adolescentes delinquentes e não delinquentes. Este estudo teve como objectivo clarificar a relação entre os comportamentos resilientes e a saúde. No entanto, os autores não conseguiram diferenciar com base nas suas narrativas os adolescentes “normais” dos delinquentes. Assim, as construções sobre a saúde mental, quer dos adolescentes classificados como vulneráveis, quer dos adolescentes classificados como

resilientes agiam como protectores ou promotores de saúde. O que diferenciou estes dois grupos foi a presença de recursos que pudessem manter o seu bem-estar e as suas auto-construções como sujeitos saudáveis. Além do mais, é interessante referir que, neste estudo, os jovens mais vulneráveis encontraram, através dos seus comportamentos delinquentes, os mesmos recursos para a saúde (auto-estima, competência, envolvimento significativo com as suas comunidades e vínculos a outros) que os seus pares classificados à priori como resilientes.

De facto, a saúde mental é uma construção social, no sentido em que os resultados do desenvolvimento normativo assentam quer nas construções que o sujeito faz sobre si, como também nas construções sociais que os outros fazem sobre ele, e portanto, assentam em pressupostos de desejabilidade social⁷. Então uma limitação ao conceito de resiliência é o de estar fortemente associado às nossas construções sociais do que é o “normal” e da normatividade face a determinados resultados desenvolvimentais. Se o resultado não é desejável, então a capacidade do sujeito em atingir determinados resultados perante circunstâncias de risco, é considerada não resiliente (Kaplan, 1999, citado por Ungar, 2004).

Se as histórias de resiliência ou as trajectórias dos sujeitos resilientes são únicas, todavia, as diferenças individuais relativas ao processo da resiliência não impedem a existência de factores comuns, consoante tem sido documentado na literatura científica (Manciaux, 2003).

No nosso entender, quer o modelo ecológico, quer o discurso construtivista, interessam ao estudo das questões dos comportamentos desviantes. O primeiro de forma a

⁷ Pio Abreu (2001) referiu a este propósito que, a saúde mental não é necessariamente um equivalente de uma vida com sucesso.

estudar as relações entre os factores de risco e os factores protectores ao dispor do indivíduo; o segundo, porque de forma alternativa, pretende explicar os problemas relativos às especificidades contextuais e à variabilidade individual. Estes têm sido identificados através do estudo da resiliência, mas não foram resolvidos pelos investigadores (Born, Chevalier, & Humblet, 1997; Olsson et al., 2003; Ungar, 2004). Por exemplo, se bem que esteja identificado na literatura um vasto leque de factores ecológicos que se correlacionam com o funcionamento saudável em crianças e em famílias de elevado risco, um tal corpo de conhecimento, se bem que impressionante, não pode predizer quais as crianças de elevado risco irão sobreviver a estes e adaptar-se ou, pelo contrário, irão experienciar problemas desenvolvimentais e /ou comportamentais. Sabemos apenas que as crianças e os jovens resilientes são caracterizados através de qualidades individuais, sociais e ambientais que temos vindo a associar à resiliência. Se, segundo o modelo ecológico, a resiliência é saúde apesar de adversidade, segundo o modelo construtivista, a resiliência é uma consequência da negociação do sujeito com o ambiente para a obtenção de recursos, de forma a definir o self de um indivíduo como saudável apesar de adversidade (Ungar, 2004). Assim sendo, é possível que indivíduos classificados à priori como não resilientes, segundo uma perspectiva ecológica, se auto-descrevam como resilientes.

3.4. A medição da resiliência nos adolescentes

Ao considerarmos a resiliência um processo dinâmico, uma abordagem à sua medição é a de utilizar instrumentos psicométricamente válidos, capazes de avaliar a amplitude de recursos psicossociais, competências, capacidades e aptidões que um

indivíduo possui para negociar com a adversidade. Tais recursos podem ser medidos nos indivíduos, nas suas famílias, nas redes de pares e no seu ambiente social mais alargado (Olsson et al., 2003).

De forma a investigar o processo de resiliência, Olsson e colaboradores (2003) preconizam um conjunto de recomendações: a primeira é a da necessidade de avaliação de uma amplitude de mecanismos de risco e de mecanismos protectores, quer conjuntamente, quer ao longo do tempo. Assim, a configuração de uma grelha de avaliação que envolva simultaneamente a medição do contexto de risco e do processo protector que conduz a um resultado adaptativo, tornará possível integrar os achados de diversos estudos. Em segundo lugar, ao identificar as dimensões chave do conceito de resiliência, podem ser desenvolvidas medidas de avaliação do constructo que sejam concordantes entre si. Mais especificamente, a medição pode centrar-se na avaliação de uma amplitude de processos protectores antecedentes a uma resposta adaptativa ou ao resultado de adaptação.

Se bem que as abordagens com vista à redução de risco e ao desenvolvimento da resiliência partilhem o objectivo comum da prevenção de perturbações psicopatológicas, a ênfase em cada uma das abordagens é, de algum modo, diferente. Uma abordagem baseada na resiliência enfatiza a construção das competências e capacidades que facilitam uma negociação bem sucedida do indivíduo face ao risco. Por outro lado, uma abordagem baseada na redução de riscos enfatiza a remoção ou o evitamento de factores ou processos implicados no desenvolvimento de resultados problemáticos (por exemplo, a experimentação de drogas). Para que se possam obter resultados consistentes, o uso adequado de ambos os métodos de intervenção é essencial (Olsson et al., 2003). Deste

modo, será importante conhecer a interrelação complexa dos factores que estão associados quer à formação da identidade pessoal, quer social (Holleran & Waller, 2003).

O módulo de avaliação da resiliência *California Healthy Kids Resilience*, desenvolvido por Constantine, Benard e Diaz (1999) é um exemplo de um instrumento centrado no processo da resiliência. A utilização deste questionário dá-nos uma indicação da diversidade de recursos que os adolescentes possuem e permite a operacionalização seis grupos de recursos – três externos e três internos ao indivíduo. Dentro destes grupos, encontram-se dezanove dos recursos referenciados na literatura como estando associados a resultados positivos em adolescentes e à protecção face aos riscos relativos à saúde (Werner & Smith, 1989; Benard, 1991, 1995). Nomeadamente, Werner e Smith (1989) postularam que o poder explicativo e preditivo destes seis grupos reside na sua habilidade para ir ao encontro das necessidades desenvolvimentais básicas para a segurança, relações, sentimento de pertença, identidade, respeito, controlo, poder e sentido para a vida.

Os três agrupamentos de factores protectores (ou recursos externos) - relações afectivas, expectativas elevadas e participação significativa - incluem um conjunto de recursos baseados na família, escola e comunidade. Os pares, enquanto recurso adicional, são incluídos nos grupos Relações Afectivas (*Caring Relations*, no original) e Expectativas Elevadas (Figura 1).

Para os autores da escala, os três grupos de factores protectores externos actuam no sentido de promover resultados positivos em todos os contextos. Implícita a esta abordagem está o pressuposto que quanto maior for a amplitude de recursos de um jovem, mais provável será a capacidade deste em mobilizar uma resposta adaptativa perante um acontecimento de vida adverso (Olsson et al., 2003).

Os três grupos de Traços de Resiliência (recursos internos) são vistos como resultados e não como causas do processo de desenvolvimento e abrangem a competência social, a autonomia e sentido do Self e ainda o sentido e objectivos de vida. O pressuposto teórico desta escala é o de que cada um dos factores protectores externos, irá influenciar o processo do desenvolvimento psicossocial do adolescente, manifestando-se essa influência a nível dos traços internos de resiliência. Por sua vez, os três tipos de variáveis que operam como factores protectores e podem impedir ou travar o impacto de experiências adversas incluem: a) características ou recursos internos das crianças resilientes; b) as características ou recursos das suas famílias e; c) as características ou recursos do seu contexto social mais vasto (a escola e a comunidade).

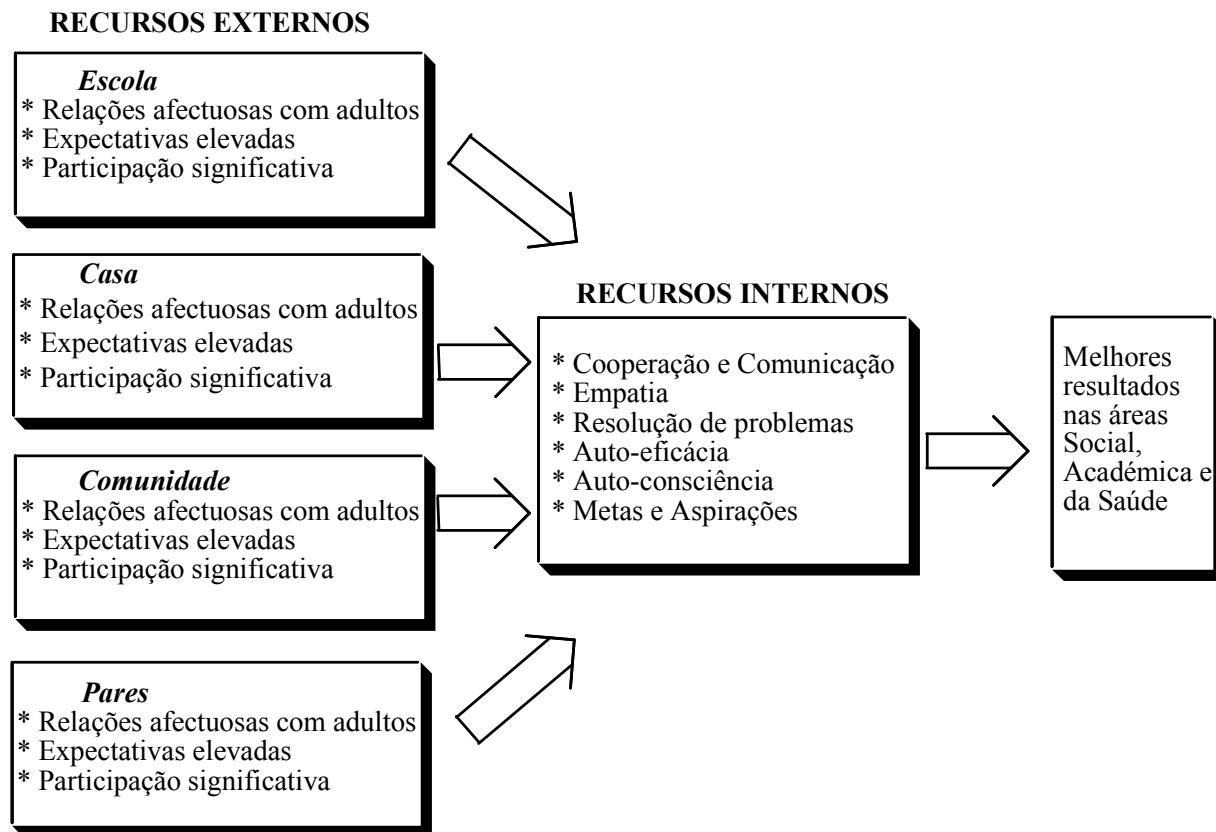


Figura 1: Modelo teórico para o Healthy Kids Resilience Module
(Fonte: Constantine & Benard, 2001).

4. Promover a resiliência em jovens: uma abordagem centrada nos recursos

Consoante exposto anteriormente, diversos estudos têm demonstrado que os factores protectores (também intitulados factores de resiliência ou recursos desenvolvimentais) podem prever a mudança em comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes ao longo do tempo (e.g. Bender & Losel, 1997; Jessor, 1995; McKinnon, O'Rourke, Thompson, & Berumen, 2004; White, Johnson, & Buyske, 2000). Em termos gerais, tais estudos mostraram a existência de uma relação inversa entre os factores protectores e o envolvimento em comportamentos problemáticos, sugerindo que os recursos desenvolvimentais parecem moderar a relação entre o risco e a manifestação dos problemas de comportamento.

Uma questão importante é a de que importa não só perceber das circunstâncias de risco em que vive a criança, mas também quais os recursos disponíveis para superar esses riscos. De facto, uma grande parte dos estudos longitudinais conduzidos com populações de risco têm concluído que os recursos protectores têm uma maior influência sobre o desenvolvimento dos indivíduos do que os factores de risco por si (Garmezy, 1996; Olsson, 2003). Estes resultados têm de ser considerados no planeamento de intervenções. É pois importante que as investigações possam fornecer informações que sejam úteis no planeamento de intervenções mais eficazes para a promoção da saúde mental e de bem-estar na adolescência.

A maioria das intervenções tem procurado centrar-se num dos seguintes recursos protectores: recursos de nível individual, recursos de nível familiar ou recursos de nível social ou comunitário (Constantine et al., 1999; Olsson et al., 2003).

A intervenção ao nível individual pode ter uma finalidade preventiva, procurando desenvolver as competências pessoais que preparem os adolescentes para riscos específicos (como sejam o uso de substâncias). No entanto, consoante refere Olsson e colaboradores (2003), os recursos internos são construídos como resposta à crise, muitas vezes no contexto de uma relação dual (por exemplo psicoterapêutica, ou com um adulto de referência). Isto é, se as pessoas aprendem competências adaptativas não tanto através da instrução mas através da experiência então, não é sustentável a crença de que os jovens são protegidos se forem impedidos de se exporem às circunstâncias de vida potencialmente adversas, ou seja, evitando a sua exposição às complexidades e às dificuldades quotidianas.

Por outro lado, consoante argumentam os autores, temos de ter em atenção que, na pretensão de fornecer recursos aos jovens, uma interpretação simplista do conceito de exposição ao risco levará ao delineamento de formas de intervenção também elas simplistas. De facto, a exposição à adversidade não é garante de diminuição de vulnerabilidades ou de incremento de resiliência. Se a super-protecção de um jovem não contribui para o desenvolvimento de resiliência, demasiada exposição, ou exposição desfasada no curso do desenvolvimento, pode simplesmente potenciar os riscos e comprometer o desenvolvimento da resiliência (Olsson et al., 2003). Além do mais, estabelecer uma relação directa entre a adversidade e a resiliência erra por ignorar o

impacto provável dos efeitos atenuantes (i.e., mecanismos protectores) e advém de uma noção demasiado simplista dos factores que participam na construção da resiliência.

Wolff (1995) refere que devemos colocar a hipótese da resiliência ser grandemente determinada pela maneira como os jovens percebem a sua capacidade para lidar com situações de risco. Rutter (1999) por sua vez, salienta a necessidade dos terapeutas terem em atenção as formas como os diferentes factores de risco interagem, em avaliarem as diferenças individuais na susceptibilidade, em considerar em que medida determinados factores de risco influenciam o indivíduo. Neste sentido, os terapeutas deverão tomar em consideração a importância dos padrões de interacção dentro e fora do contexto familiar (por exemplo, o papel do grupo de pares), assim como as características individuais no desenvolvimento de reacções positivas e negativas em cadeia. Deverão ainda prestar atenção às formas como os indivíduos elaboram as suas próprias experiências.

A importância da vinculação pais-filhos no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes é um tema recorrente na literatura⁸. De igual forma, o afecto parental, o encorajamento e a assistência, a coesão e o cuidado dentro da família ou uma relação próxima com um adulto significativo, estão associados com a resiliência nos jovens, como mostram os estudos sobre a relação entre os factores de risco familiares e os resultados desenvolvimentais negativos⁹.

Colocando-se numa perspectiva sistémica, Holleran e Waller (2003) defendem que as intervenções mais eficazes com os jovens são aquelas que apoiam as famílias, escolas e

⁸ A este propósito, cf., capítulo 1.

⁹ Cf., capítulo 2.

comunidades de forma a estas se transformarem em “*lares psicológicos*” (p.344)¹⁰, geridos por valores e crenças, que actuem em sintonia cultural. A utilização de tutores que possam agir como modelos identificatórios na comunidade será, de acordo com estes autores, a estratégia mais eficaz para lidar com os comportamentos de oposição às normas sociais, nos quais se inclui a delinquência juvenil. A este respeito, os tutores que tenham experienciado situações de vida similares estão em excelente posição para assumirem este papel.

Neste sentido, Manciaux (2003) refere que, por detrás da inversão de um percurso delinquentem num adolescente, existe frequentemente na base desta mudança, um reencontro do jovem com um adulto (um professor, um educador ou um adulto na família) que estabelece com ele uma relação de confiança. O autor chama a este acontecimento “*o reencontro com um tutor de resiliência*”, que só mais tarde será identificado como decisivo. Entre os factores individuais protectores, Manciaux (2003) aponta a capacidade em estabelecer vínculos estáveis, em dar sentido aos acontecimentos, o incremento da auto-estima, o sentido de humor. Existem, no entanto, grandes diferenças individuais e também variações ao longo do tempo no mesmo sujeito. Riscos e protecção interagem num equilíbrio instável, dinâmico, próprio de cada pessoa, em cada momento da vida. A resiliência não se adquire de uma vez por todas como uma garantia para a vida, uma vez se trata de um percurso longo em que os acontecimentos negativos podem desestabilizar um sujeito outrora resiliente.

¹⁰ No original “*psychological homes*”.

A intervenção centrada a nível do contexto escolar representa uma outra dimensão de promoção da resiliência em adolescentes. Os adolescentes, especialmente nas sociedades desenvolvidas, passam cerca de um terço dos seus dias na escola. Isto torna a escola um contexto ou sistema importante no desenvolvimento de recursos, não só de nível individual (i.e., ao proporcionar um ambiente no qual se possa desenvolver as competências individuais, elevar a auto-estima, etc.), mas também podendo propiciar um ambiente securizante, protector face a outras formas de adversidade, no sentido em que, as experiências positivas com os pares, com os professores e as oportunidades para desenvolver competências e ser bem sucedido (em áreas que não exclusivamente académicas) estão positivamente relacionadas com a resiliência adolescente (Glover, Burns, Butler & Patton, 1998; Patton et al., 2000).

O ambiente social da zona residencial, da região e do país pode ter também um papel importante no desenvolvimento psicossocial. Deste modo, os recursos sócio-económicos são, como foi já anteriormente referido, quer um factor de vulnerabilidade, quer um factor de resiliência. Estes estão relacionados com a classe social, a etnia e o género, devendo ser o foco do desenvolvimento das políticas sociais centradas na justiça social e na igualdade. Comunidades suportivas e não punitivas podem ter um papel importante na promoção de resiliência nos jovens (Ingoldsby & Shaw, 2002; Olsson et al., 2003).

Em nosso entender, os estudos que se têm vindo a desenvolver sobre as questões do risco e da resiliência representam, não só um interesse científico acrescido pelas questões

da protecção das crianças mas, de algum modo, uma crença renovada nas capacidades individuais de luta ou de resistência contra a adversidade. Um tal entusiasmo veio, na nossa opinião, acompanhado de alguns perigos, nomeadamente, uma tendência para uma visão simplista face aos problemas e aos dramas humanos. Colocou-se, desta forma, à comunidade científica e aos técnicos “no terreno” algumas questões éticas face ao surgimento de definições de resiliência, enquanto atributo individual marcadamente interno, como se de uma característica genética, determinística ou determinante se tratasse.

Não obstante, é consensual que as investigações sobre as questões da resistência face às adversidades e das capacidades de as ultrapassar, são um campo profícuo quer para o incremento nos conhecimentos sobre os percursos desenvolvimentais, quer sobre as abordagens em populações ou em indivíduos expostos ao risco. Assim, após um primeiro momento de êxtase face às capacidades surpreendentes de superação ou de recuperação relativamente aos contextos de risco que algumas pessoas apresentam, encontramos uma linha de pensamento em que predomina o reconhecimento da existência de diversos factores de risco extremos (e.g., sócio-demográficos e económicos, ser vítima continuada de maus-tratos psicológicos ou físicos, provir de uma minoria étnica, viver em contexto de guerra, etc.) que implicam a desprotecção das crianças e dos adolescentes. Como referiu Garbarino (2005b) “*em situações de ameaças graves, experienciadas em ambientes hostis, nenhuma criança escapa sem marcas, mesmo se tem um bom equipamento emocional*” (p. xi).

Capítulo 4

Comportamento Anti-social na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente

1. Introdução

O aumento nos índices de criminalidade juvenil nas últimas décadas surgiu paralelamente com o acréscimo de perturbações psicossociais nos jovens, nomeadamente o consumo de substâncias e os distúrbios de ansiedade e depressão (Rutter, Giller & Hagell, 1998). Conforme salientam os autores, estes factos sugerem mudanças ao nível do contexto social e económico dos jovens, geradas por uma crescente desigualdade no rendimento económico nos países ocidentais e por um aumento dos períodos de dependência das famílias face ao Estado. De acordo com estes autores, tais factores seriam indutores de marginalização nos grupos mais desfavorecidos da população.

Tais transformações sociais durante o século XX ocorreram, não apenas ao nível das condições de vida das pessoas, mas também ao nível das suas percepções, das culturas e das ideologias dominantes, induzindo mudanças de carácter legislativo, particularmente no ocidente, de forma a procurar lidar com os problemas causados pela delinquência juvenil (Cox, 2002; Shore & Cox, 2002).

O significado cultural da palavra *delinquência juvenil* indica que um dado comportamento está em contradição com as normas e os valores da cultura dominante na qual uma dada criança ou adolescente vive (Tomovic, 1979). Assim, o conceito de delinquência juvenil tem na sua génese uma finalidade reguladora, uma forma de classificar jovens considerados indesejáveis pela sociedade e de separá-los dos seus pares pró-sociais (Cox, 2002).

Para Kaplan (1984) são as normas sociais vigentes e as respostas sociais ao comportamento delinquente que levam à manutenção destes comportamentos. Nesta ordem de ideias, a delinquência é o produto de um processo social dinâmico, envolvendo numerosas variáveis etiológicas e a falha de controlos pessoais e sociais. Em última instância, segundo o ponto de vista sociológico, é um sintoma de profunda perturbação socio-económica e social (Tomovic, 1979).

Na literatura, os termos *delinquência* e *comportamento anti-social* são frequentemente utilizados de forma indiscriminada, o primeiro sendo aplicado na investigação clínica e criminológica como se de um diagnóstico clínico se tratasse. Importa referir que o termo delinquência é uma designação jurídica, referindo-se à transgressão das leis, enquanto que o termo comportamento anti-social é mais abrangente, referindo-se a actos transgressivos ou a violações de normas ou de expectativas sociais que são considerados inapropriados porque danificam outros e a sociedade (Matos, 2002; Sá, 2002; Rutter et al., 1998; Vermeiren, 2003). Rutter e colaboradores (1998) definem o conceito de comportamento anti-social como uma característica dimensional que as pessoas podem manifestar num grau maior ou menor e que diz respeito a um vasto espectro de comportamentos que violam as normas sociais e/ou as leis. Assim, no presente capítulo, o termo *delinquência* será utilizado especificamente para definir comportamentos anti-sociais cometidos pelos indivíduos que impliquem a infracção das leis em vigor, podendo resultar em acusação ou em condenação pelo Sistema de Justiça.

Neste capítulo abordaremos alguns aspectos referentes ao estudo do comportamento anti-social e mais especificamente ao fenómeno da delinquência juvenil. Em primeiro lugar

e para melhor nos situarmos face às questões dos menores que cometem delitos considerados crime pela lei, procuraremos descrever, de forma sucinta, o enquadramento jurídico face à delinquência juvenil. Num segundo momento, incidiremos no estudo da delinquência juvenil, nomeadamente, as fontes de informação utilizadas nas investigações, os factores de risco para a delinquência juvenil, os padrões de delinquência identificados na literatura e ainda, o estudo da psicopatologia em adolescentes delinquentes. Por último, iremos abordar algumas questões relacionadas com as intervenções preventivas neste âmbito.

2. O enquadramento jurídico face à delinquência juvenil

2.1. A regulamentação internacional face aos menores que cometem delitos criminais

O aumento da sensibilização da opinião pública relativamente aos problemas sociais e aos direitos das crianças, surge a par com a necessidade de controlo social por parte dos Estados, conduzindo a um aumento na regulamentação internacional sobre o tratamento das crianças¹ e à criação de regulamentação específica face à prevenção e ao tratamento da delinquência juvenil. É disso exemplo, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que através do documento “*Regras de Beijing*” (ONU, 1985), estabelece as *Regras Mínimas para a Administração de Justiça Juvenil*, de cujos princípios gerais salientamos: a necessidade de “(...) *promoção do bem-estar do jovem e da sua família*” (ponto 1.1.) e ainda, a atenção correspondente que deverá ser dada a “*medidas positivas que envolvam a mobilização total de todos os recursos possíveis, incluindo a família, voluntários e outros grupos comunitários, assim como escolas e outras instituições comunitárias*” (ponto 1.3.). Posteriormente, resultante do Sétimo Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, as “*Directrizes de Riade*” (ONU, 1990), constituíram a regulamentação para a Prevenção da Delinquência Juvenil, da qual salientamos as seguintes recomendações: a) “ (...) *o foco de qualquer programa de prevenção deverá ser o bem-estar das pessoas jovens desde a sua mais tenra infância*” (ponto 4), e b) “*a necessidade e a importância do desenvolvimento de políticas de*

¹ De acordo com a designação da ONU são designadas por crianças os indivíduos até aos 18 anos de idade.

prevenção da delinquência, do estudo sistemático e da elaboração de medidas (...)” (ponto 5).

2.2. A regulamentação portuguesa face aos adolescentes delinquentes: A Lei Tutelar Educativa

Em Portugal, no ano de 1999, por decisão conjunta do Ministério da Justiça e do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, foi aprovada a Reforma do Direito de Menores (Proposta de Lei Nº 266/VII de 17 de Abril de 1999, lei nº 133/99, de 28 de Agosto), até então Organização Tutelar de Menores (OTM). Desta forma, procurava-se definir um conjunto de tarefas mais objectivas e precisas para os técnicos na intervenção junto de *menores agentes de actos criminais*. O eixo fundamental da reforma consistiu na distinção entre a intervenção tutelar de protecção e a intervenção tutelar educativa (sendo esta comumente designada por LTE), distinção essa que passamos a descrever nos moldes da Reforma do Direito de Menores, promulgada em 1999.

A Reforma do Direito de Menores (1999) considera ser competência do Estado efectuar uma intervenção de cariz protectora, através da aplicabilidade da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, às crianças que, embora tendo praticado um acto qualificado pela lei penal como crime, ainda não tenham atingido os doze anos de idade, “*na medida em que se prenda com situações familiares anómalas*”, podendo estas “*constituir um indício de que o Estado tem de intervir*”. Esta intervenção junto de crianças em perigo deve “*processar-se nos quadros da intervenção social, ou sendo caso disso, através dos tribunais, quando estiverem presentes os pressupostos requeridos pela lei*

civil” (idem, p. 8).

Por sua vez, a intervenção de cariz educativa é o propósito da Lei Tutelar Educativa – *“A razão de ser da intervenção tutelar educativa, a cargo do sistema de justiça: Quando é o próprio menor a pôr em causa, através do seu comportamento, os valores jurídicos essenciais da comunidade traduzidos nas normas penais, justifica-se a intervenção do Estado com a finalidade de o educar para o direito e para os valores fundamentais da vida em sociedade, por forma a que ele interiorize aqueles valores e normas básicas essenciais à vida em comunidade. Neste contexto, pressuposto da intervenção tutelar é, não só, a prática de um facto considerado pela lei penal como crime, como também a concreta necessidade de educação do menor para o direito e para os valores fundamentais da vida em sociedade, por forma a que ele interiorize aqueles valores e normas básicas essenciais à vida em comunidade (...). O segundo pressuposto, sendo finalidade da intervenção tutelar a educação do menor para o direito e não a retribuição pelo crime, não poderá aplicar-se medida tutelar sem que se conclua, em concreto, pela necessidade de corrigir a personalidade do menor no plano do dever-ser jurídico manifestada na prática do facto”* (Reforma do Direito de Menores, 1999, p. 300-305).

2.3. Os limites etários de responsabilidade criminal

A idade considerada para imputação de responsabilidade criminal varia segundo os países e segundo as jurisdições. Segundo Negreiros (2001), a partir do início do século XX, as medidas de reabilitação, tratamento e reeducação constituíram o aspecto mais relevante

na justiça de menores, manifestando-se a emergência deste modelo de reabilitação através da implementação dos tribunais de menores em vários países.

A intervenção na delinquência juvenil e mais especificamente, *“o tipo e a natureza das medidas adoptadas neste domínio é, em larga medida, determinado pelas concepções jurídico-legais prevalentes num dado momento sócio-histórico, as quais não são imunes à influência relativa das orientações e filosofias gerais de re-socialização do indivíduo delinquente”* (Negreiros, 2001, p. 120). Assim, consoante refere o autor, seria incauto supor que a aplicação de medidas de controlo de um fenómeno social como a delinquência juvenil poderia ser determinada exclusivamente pelos progressos obtidos na investigação científica e ainda, que tais regulamentações estejam devidamente fundamentadas nas concepções teóricas e empíricas vigentes sobre o desenvolvimento humano.

Para Rutter e colaboradores (1998) e para Sá (2002), uma questão frequentemente ignorada é a de que as tomadas de decisão sobre a responsabilidade social e legal das crianças não são suficientemente fundamentadas, quer no conhecimento científico sobre o desenvolvimento infantil, quer no conhecimento dos seus contextos sociais e culturais.

É significativa a variabilidade entre países relativamente à idade de responsabilidade criminal². Por exemplo, na Irlanda, Singapura, Liechtenstein e Suíça, a responsabilidade criminal tem início a partir dos sete anos de idade, na Escócia e Irlanda do Norte aos oito anos, em Malta e na Jordânia aos nove anos, em Inglaterra e no País de Gales aos dez anos, no Canadá, Grécia, Holanda e Turquia, aos doze anos, na França aos

² A idade limite de responsabilidade criminal implica que o jovem deixe de estar sujeito a procedimentos judiciais e a tribunais que lidam especificamente com as questões do Direito de menores. Os jovens passam a estar abrangidos pelo Direito Penal, embora na maioria destes países a legislação considere a possibilidade de modificações legais, com vista a atender às questões dos jovens adultos que cometem ilícitos criminais (Rutter et al., 1998).

treze anos, na Áustria, Bulgária, China, Alemanha, Hungria, Itália, Rússia e Japão, aos 14 anos, na Dinamarca, Finlândia e Suécia aos quinze anos, na Espanha e na Polónia aos 16 anos, na Costa Rica e nas ilhas Fidji aos 17 anos e na Bélgica, Luxemburgo, Peru, Síria e Roménia aos 18 anos. Relativamente aos Estados Unidos, vários estados não estipulam uma idade mínima específica, de acordo com a qual um jovem seja transferido de um tribunal juvenil para um tribunal adulto, mas nos casos em que existe uma idade mínima, esta varia entre os dez e os 16 anos de idade (Rutter et. al., 1998).

Rutter e colaboradores (1998) mencionam que na maioria dos países europeus se observa uma tendência para o aumento da idade média em que uma criança pode ser condenada. E a título de exemplo referem que, na Noruega a idade de responsabilidade criminal subiu de 14 para 15 anos e na Roménia de 14 para os 18 anos. Países com federações compreendendo vários estados autónomos, como é o caso da Austrália e dos Estados Unidos da América, apresentam variações entre Estados na idade de responsabilidade criminal. Estas informações sugerem que a idade atribuída para responsabilidade criminal se encontra longe de ser uma matéria consensual e que, o desenvolvimento económico dos países parece não ser um indicador de menor utilização de medidas legais punitivas com os mais jovens.

A menor capacidade das crianças e dos adolescentes, comparativamente aos adultos, em pensar nas consequências a longo prazo dos seus actos, em reflectir sobre as consequências dos seus comportamentos, particularmente se estes forem danosos sobre outros, e ainda, em experienciar sentimentos de culpa duradouros, são motivos que favorecem uma abordagem prudente no que se refere à aplicação do conceito de responsabilidade criminal aos mais jovens. Assim, um argumento para aumentar a idade de

responsabilidade criminal apoia-se no pressuposto de que a exposição da criança ao Sistema de Justiça é maléfico para ela, pela estigmatização social a que fica sujeita (Sá, 2002).

Na Reforma do Direito de Menores portuguesa (1999), os motivos considerados para a manutenção do limite etário de imputabilidade penal a partir dos dezasseis anos de idade são os seguintes: *“A barreira dos 16 anos à intervenção penal encontra o seu sentido político-criminal na protecção do indivíduo contra a mais gravosa das intervenções estaduais e a consequente sujeição a um sistema fortemente repressivo, carregado de simbolismo social.”* (Vera Jardim, in Reforma do Direito de Menores, 1999, p. 7). Da mesma forma, decisivo para a fixação do limite etário mínimo de doze anos, em relação à aplicabilidade da Lei Tutelar Educativa, foi a consideração de que *“abaixo desta idade, não faz sentido uma educação para o direito que o menor dificilmente poderia compreender”* (idem, p.7-8). Presume-se então, que o Estado de Direito pressupõe que a criança com idade inferior a doze anos não sabe diferenciar o bem do mal, já o sendo capaz de o fazer, no entanto, assim que atinja esta idade.

Em Portugal, se bem que a Lei Tutelar Educativa esteja desenhada para os jovens no grupo etário dos 12 aos 16 anos que cometam um acto considerado crime pela lei penal, esta prevê um seguimento do jovem, sempre que considerado necessário, até que ele atinja os 21 anos de idade. Embora as ofensas possam não ser sancionáveis pelo direito penal³, quando são cometidas por jovens cuja idade é menor que a idade considerada de responsabilidade criminal (neste caso, os 16 anos), é dada ao Estado a possibilidade de

³ São considerados imputáveis os cidadãos maiores de 16 anos, o que significa a subordinação às normas penais a partir deste limite etário e a possibilidade de julgamento pelo tribunal criminal e aplicação de penas criminais (Reforma do Direito de Menores, 1999, p. 158).

intervir, de forma a avaliar sobre a adequação do controlo ou da supervisão parental e das necessidades de protecção do menor.

O processo organiza-se segundo dois momentos: o inquérito, presidido pelo Ministério Público e a fase jurisdicional, presidida pelo juiz. Na fase de inquérito, é possível o arquivamento do caso quando, não sendo o *facto* qualificado como crime punível com pena superior a um ano, se revelar desnecessária a aplicação de medida tutelar, devido à reduzida gravidade dos factos, à conduta anterior ou posterior do menor e ainda, à sua inserção familiar, educativa e social. A fase jurisdicional pressupõe a existência de indícios criminais que levem o Ministério Público a considerar a necessidade de aplicação de medida tutelar, ou, mesmo que uma tal necessidade não se verifique, o *facto* seja punível com pena de prisão superior a três anos. Para que possa ser dado seguimento ao processo jurisdicional, a lei prevê que a criança ou o adolescente tenha tido a percepção da gravidade ou consequências do mesmo, pelo que, os jovens que sejam considerados psiquicamente incapazes não deverão ser abrangidos pela Lei Tutelar (Reforma do Direito de Menores, 1999, p. 15-18).

2.4. A intervenção do Instituto de Reinserção Social na LTE: O papel das Equipas de Família e Menores

Nos termos da Lei Orgânica do IRS (Dec.-Lei n.º 204-A/2001, de 26 de Julho), constitui atribuição do IRS assegurar o apoio técnico aos tribunais na tomada de decisões no âmbito da jurisdição de menores, determinando ainda que “*o apoio aos menores respeite os princípios da proporcionalidade, da intervenção mínima e da adequação às suas*

finalidades, no respeito da vida privada e da dignidade do jovem e da sua família” (Instituto de Reinserção Social, 2002, p. 18). De acordo com a LTE, a assistência do IRS aos tribunais está prevista na fase de inquérito, através da recolha e elaboração dos *meios de obtenção de prova* – informação, relatório social e relatório social com avaliação psicológica. Estes meios destinam-se a auxiliar a autoridade judiciária no conhecimento da personalidade do menor e da sua inserção sócio-económica, educativa e familiar (idem, p.19).

Durante a fase jurisdicional, os meios de obtenção de prova atrás nomeados, podem ser solicitados ao IRS pelo juiz, como apoio à tomada de decisão. Como atrás referimos, a fase jurisdicional compreende, no período pré-decisório, a comprovação judicial dos factos, a avaliação da necessidade de aplicação de medida tutelar e a determinação da medida tutelar. De acordo com o artigo nº 3 da Lei Tutelar Educativa, são medidas tutelares educativas: a admoestação, a privação do direito de conduzir ciclomotores, a reparação ao ofendido, a realização de prestações económicas ou de tarefas a favor da comunidade, a imposição de regras de conduta, a imposição de obrigações, a frequência de programas formativos, o acompanhamento educativo e, o internamento em centro educativo⁴ (Instituto de Reinserção Social, 2002).

Em resumo, o papel das Equipas de Família e Menores do IRS no âmbito da LTE é o de prover informações ao Ministério Público relativas ao menor e ao seu contexto familiar, escolar e social quando solicitado e posteriormente, no caso de aplicação de medida tutelar educativa pelo juiz, o técnico de reinserção social deverá proceder ao acompanhamento do menor, de acordo com a medida tutelar educativa designada.

⁴ Esta última medida pode ser aplicada em regime aberto, em regime semi-aberto e ainda, em regime fechado.

Assim, pressupõe-se que a intervenção do Estado junto de menores que apresentem os critérios etários e de tipologia delituosa que se enquadrem nas disposições da Lei Tutelar Educativa, deverá contribuir para o desenvolvimento de factores protectores nos jovens, através das medidas estabelecidas na intervenção tutelar educativa de “*educação para o direito*”, sejam estas medidas não institucionais ou de internamento.

3. O estudo da delinquência juvenil

3.1. As fontes de informação

Nas últimas duas décadas do século XX, o aumento de pesquisas sobre os factores associados à delinquência juvenil gerou um incremento na quantidade e qualidade de informação relativamente ao tipo e à incidência de infracções cometidas por adolescentes. Tais investigações tiveram na base estatísticas oficiais sobre delinquência juvenil (e.g. Bender & Losel, 1997; Jonson-Reid & Barth, 2000; Loeber et al., 2001; Mulvey, Arthur & Reppucci, 1993; Snyder, 2001) e estudos epidemiológicos, quer transversais, quer longitudinais (e.g., Crosnoe, Erickson, & Dornbusch, 2002; Espiritu, Huizinga, Crawford & Loeber, 2001; Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood & Swain-Campbel, 2004; Jessor, Vandebos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995; Peiser & Heaven, 1996; Smokowski, Mann, Reynolds & Fraser, 2004).

As estatísticas oficiais, baseadas nos registos das polícias, são uma forma de medida da actividade criminal frequentemente utilizada, embora os procedimentos ao nível dos registos oficiais variem entre os países, dificultando a comparação dos dados disponíveis (Negreiros, 2001). Os registos oficiais dependem, essencialmente, de um conjunto de factores inerentes ao funcionamento das instituições públicas, os quais são externos à própria delinquência juvenil em si. Além do mais, a formação e a sensibilização dos magistrados e de outros técnicos da área da Justiça para as questões da delinquência juvenil e para os factores contextuais que lhe estão associados e ainda, a existência de uma rede comunitária de suporte por parte de instituições públicas e/ou de instituições privadas

de solidariedade social que possam contribuir para intervir junto de indivíduos e populações de risco, influenciam de forma indirecta, as estatísticas oficiais de delinquência juvenil. Por estes motivos, tem sido defendido que o estudo científico da delinquência juvenil não deve estar limitado aos dados oficiais (Rutter et al., 1998). Em alternativa, o estudo da delinquência na adolescência através de medidas de auto-relato é considerado por diversos autores como retratando mais adequadamente os comportamentos dos indivíduos (Poppel & Born, 1994; Espiritu et al., 2001; Rutter et al., 1998).

No entanto, esta questão não é pacífica, pois tem sido contestado que os instrumentos de auto-relato apreendam de forma fidedigna os comportamentos anti-sociais dos indivíduos, particularmente em estudos com delinquentes violentos e/ou crónicos (Loeber, Farrington & Waschbush, 2001), ou ainda, no estudo de crianças delinquentes (Snyder, 2001).

LeBlanc (1998) afirmou que, comparativamente aos indicadores oficiais de delinquência, os instrumentos de *auto-relato* utilizados para avaliar a delinquência são pouco fiáveis quando se procura fazer predições sobre os percursos delinquentes crónicos e/ou violentos. O autor sugere ainda que, o estudo de variáveis psicológicas (por exemplo, a vinculação aos pais ou o auto-controlo) são menos eficazes para o prognóstico sobre a persistência do comportamento anti-social do que as variáveis sócio-demográficas (tais como o estatuto sócio-económico, o género e a idade, o frequentar a escola ou o trabalho, etc.) e as variáveis criminais (tais como o tipo de ofensas). Outros autores sugeriram que os problemas de comportamento não são os melhores preditores de delinquência grave posterior, mas sim, a gravidade dos delitos cometidos (Lipsey & Derzon, 1998). Para

Barnoski, (2004) a história criminal de um jovem, particularmente, o número de episódios criminais (e não o número de ofensas num episódio) é um indicador da duração e da persistência do seu comportamento criminal.

LeBlanc (1998) propõe que na identificação de adolescentes com percurso delinquente sejam utilizadas, conjuntamente, variáveis sócio-demográficas e medidas de auto-relato de comportamento anti-social, preferencialmente, de forma prospectiva e a partir do fim da infância, uma vez que, a idade média do início de actividade delinquente na delinquência crónica e grave se situa entre os oito e os 14 anos. Observamos pois, consensualidade entre os investigadores, relativamente à necessidade da utilização de estudos longitudinais prospectivos com amostras representativas da população geral, quando os objectivos do estudo são a identificação dos factores etiológicos que influenciam o desenvolvimento de comportamento anti-social e as consequências desse comportamento ao longo do ciclo de vida (Fergusson & Horwood, 1998; Lipsey & Derzon, 1998; Loeber, Lahey, Frick, & McBurnett, 2000; Poppel & Born, 1994). No entanto, outros tipos de desenhos de investigação, nomeadamente, estudos transversais com populações específicas ou com amostras da população geral, são úteis para estudar questões mais específicas (Rutter et al., 1998). Neste contexto, será vantajosa a utilização de diversas fontes de informação por fornecerem panoramas distintos sobre o comportamento anti-social na adolescência (Loeber & Farrington, 2001).

3.2. Factores de risco para a delinquência juvenil

Nas últimas décadas, as investigações sobre o comportamento anti-social na adolescência têm contribuído para um aumento substancial no conhecimento sobre as suas causas e sobre os factores que influenciam a sua perpetuação na vida adulta. Mais recentemente, observou-se também um interesse crescente pelo estudo das diferenças individuais e dos factores contextuais, enquanto determinantes do desenvolvimento de comportamento anti-social ao longo do tempo (Caspi, 2000; Loeber & Farrington, 2001; Rutter et al., 1998; White, Bates & Buyske, 2001). Os resultados destes estudos contribuíram para que as teorias sobre a delinquência baseadas numa única dimensão de factores causais tenham vindo a perder consistência⁵. Na verdade, a versatilidade e o polimorfismo que caracteriza o percurso delinquencial tem tornado difícil a identificação clara dos mecanismos subjacentes ao seu desenvolvimento (Mulvey, Arthur & Reppucci, 1993; Negreiros, 2001).

Se os resultados dos estudos criminológicos têm consistentemente identificado variáveis que caracterizam, no global, o comportamento delinquente, como sejam, a preponderância de jovens do sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino, a tendência para início da actividade delituosa se situar por volta dos 14 anos e ainda, a propensão para o pico da actividade delinquente se situar por volta dos 17-18 anos (Caspi, 2000, Loeber & Farrington, 1998; Moffit, 1993; Patterson & Yoerger, 2002), estas

⁵ Por exemplo, factores intrínsecos tais como um temperamento difícil, baixa auto-estima, variáveis genéticas, ou ainda, factores extrínsecos, tais como viver num meio com índices elevados de delinquência.

variáveis são, no entanto, insuficientes para explicar o desenvolvimento do percurso delinquente na infância e adolescência.

Outros factores de risco para o desenvolvimento de comportamento anti-social na adolescência têm sido identificados, nomeadamente, o uso de drogas, uma história familiar de comportamentos de alto-risco, a falência da supervisão parental, expectativas parentais negativas em relação ao adolescente, castigos inconsistentes ou excessivamente severos, conflitos familiares, violência doméstica, a falta de investimento escolar, o insucesso escolar, a imaturidade emocional (baixo auto-controlo, agressividade e impulsividade), os pares anti-sociais e os comportamentos disruptivos com início na infância. Por sua vez, Wasserman e Seracini (2001) referem como factores associados à delinquência juvenil a criminalidade paterna, o tamanho da família, os problemas mentais maternos, a criança ter sido sujeita a colocação familiar, competências parentais pobres e a violência doméstica, destacando-se como factor de risco elevado a falência parental.

Importa referir que muitos dos estudos realizados neste âmbito, tendem a dar suporte a uma conceptualização sócio-ecológica da delinquência juvenil, a qual sugere que esta é multideterminada pela inter-relação recíproca e dinâmica das características do indivíduo e dos sistemas sociais chave destes jovens (a família, o grupo de pares, o contexto escolar e o contexto comunitário mais vasto) (Agnew, 2003; Bender & Losel, 1997; MacCrystal, Higgins & Percy, 2006; Tarolla et al., 2002).

Em Portugal, segundo os dados do relatório publicado pelo Observatório Permanente da Justiça Portuguesa sobre os resultados referentes à aplicação da LTE em 2002 (Santos et al., 2004), foram iniciados pelo Ministério Público 7 316 inquéritos a

adolescentes abrangidos pela Lei Tutelar Educativa. Destes, cerca de 60% dos casos estavam sedeados nos distritos do Porto, Lisboa, Setúbal, Faro e Braga, os jovens apresentavam uma média de idades de 14 anos e eram predominantemente do sexo masculino (88%). Os adolescentes foram caracterizados como oriundos, maioritariamente, de zonas urbanas ou suburbanas degradadas, com famílias numerosas e desestruturadas, frequentemente monoparentais e com baixos de recursos económicos. Foram ainda identificadas o abandono escolar precoce, a baixa escolaridade do jovem e dos pais, a associação a pares anti-sociais e a vadiagem como variáveis associadas à delinquência.

No âmbito do estudo dos factores de risco envolvidos no desenvolvimento do comportamento delinquente, Rutter e colaboradores (1998) propõem que sejam consideradas variáveis que: a) procurem analisar diferenças individuais na tendência para a manifestação de comportamento anti-social; b) estudem os indivíduos que passam duma tendência anti-social para a passagem ao acto (isto é, para o cometimento de actos ilegais); c) explorem variações situacionais na actividade delinquente (isto é, as circunstâncias no cometimento de delitos – se o delito é praticado isoladamente ou em grupo de pares) e; d) avaliem a persistência ou desistência de uma carreira delinquente, com o crescimento dos indivíduos.

Paralelamente, têm também sido identificados factores protectores face à delinquência juvenil. Por exemplo, Barnoski (1997a, 1997b, 1997c) identificou como factores individuais protectores face ao comportamento delinquente, ser do sexo feminino, apresentar um nível intelectual acima da média, uma orientação pró-social (isto é, normas sociais interiorizadas), apresentar um temperamento resiliente para lidar com situações

adversas e a vinculação a elementos da família e a adultos pro-sociais do contexto extra-familiar. A nível contextual, o autor refere como factores protectores de delinquência juvenil, as famílias, as escolas e as comunidades que apresentem expectativas claras e regras consistentes e adequadas no que diz respeito aos comportamentos pró-sociais dos jovens. Estas deverão ser transmitidas, preferencialmente, por adultos que lhe são significativos e pelos grupos sociais aos quais a criança está vinculada.

3.3. A predição do percurso delinquente

A criminologia e a psiquiatria têm convergido no que diz respeito à ênfase crescente que colocam na importância de estudos longitudinais para a compreensão dos padrões de desenvolvimento do comportamento anti-social e das questões de causalidade. A pertinência da realização de estudos longitudinais, iniciados nos anos sessenta em alguns países, tem sido evidente pelo contributo dado na análise dos padrões de delinquência ao longo do curso de vida (Caspi, 2000).

Diversos trabalhos têm utilizado abordagens longitudinais com a finalidade de identificar perfis de delinquentes juvenis através do recurso a vários critérios como, o número ou a natureza das ofensas, as características de personalidade (por exemplo, a personalidade anti-social ou psicopática), um baixo auto-controle e ainda, as suas experiências sociais (tais como, a desestruturação ou instabilidade familiar, o nível socio-económico, os pares delinquentes e ainda o insucesso escolar) (Bender & Losel, 1997; LeBlanc, 1998; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber et al., 2001; Lipsey & Derzon, 1998; Mullis, Cornille, Mullis, & Huber, 2004; Poppel & Born, 1994; Walker-Barnes, &

Mason, 2004; White, Bates & Buyske, 2001). Estes estudos apresentam como objectivos, não só a identificação de factores de risco associados ao comportamento anti-social na adolescência, mas também, a identificação de variáveis que possam contribuir para o estabelecimento de predições sobre a persistência e desistência do percurso delinquente.

De acordo com Lipsey & Derzon (1998), as variáveis de risco que identificam adolescentes entre os 12 e os 14 anos, como apresentando uma probabilidade acrescida de se tornarem delinquentes graves e violentos são, primeiramente, a falta de laços sociais e a presença de pares anti-sociais, em segundo lugar, o ter cometido um acto criminal e em terceiro lugar, manifestar comportamento agressivo, um pobre desempenho escolar, apresentar um diagnóstico de perturbação psicopatológica, relações pais-filhos pobres e ainda, ser vítima de violência física. Segundo estes autores, quase todas estas variáveis representam comportamentos passíveis de modificação ou problemáticas emocionais que podem ser sujeitas a programas de intervenção se forem identificadas no início da adolescência. Também Barnowski (2004) referiu que o abuso e a negligência são preditores significativos de actividade delinquente persistente.

O *Cambridge Study in Delinquent Development*, conduzido na Grã-Bretanha entre 1961 e 1981 (Farrington, Gallagher, Morley, St. Leger & West, 1988; Farrington & West, 1989), e o *Pittsburgh Youth Study* conduzido nos EUA (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber & Kalb, 2001; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber, Moffitt, Caspi & Lynam, 2001) consideraram como indicadores úteis na predição de comportamento anti-social na adolescência e início da adultez, a hiperactividade e a impulsividade, o baixo rendimento escolar, a falência da supervisão parental, o conflito parental, uma figura parental anti-social, a idade da mãe quando do nascimento da criança (isto é, mãe jovem),

viver numa família numerosa, pais divorciados e ainda, nível socio-económico familiar baixo.

De referir que os estudos efectuados sobre a relação entre os factores familiares e a criminalidade reforçam a ideia de que a criminalidade parental prediz significativamente a delinquência na geração seguinte (Smith & Farrington, 2004). Alguns dos dados mais importantes sobre criminalidade familiar vêm do *Cambridge Study in Delinquent Development* (Farrington, Gallagher, Morley, St. Leger, & West, 1988; Farrington & West, 1989). Este estudo concluiu que ter uma figura parental condenada era um dos melhores preditores de ofensas juvenis e comportamento anti-social em sujeitos do sexo masculino. Farrington e colaboradores (2001) reforçam a ideia de que esta variável está associada ao comportamento anti-social masculino no início da adultez.

3.4. Padrões de comportamento anti-social: percurso delinquente limitado à adolescência e percurso delinquente persistente

A perspectiva criminológica sugere que a actividade delinquente é muito resistente à mudança e que, na ausência de intervenção tende a persistir na idade adulta. Segundo Tarolla, Wagner, Rabinowitz, e Tubman (2002) as estimativas de reincidência, quando os adolescentes não são submetidos a programas de tratamento variam entre 60 a 80%. Segundo estes autores, para indivíduos com uma história comprovada de delinquência, as variáveis que predizem a recorrência de delinquência são a idade precoce do início da actividade delinquente, ter cometido delitos com uso de violência e ainda, um agravamento do envolvimento em actividade delinquente.

Como já referimos, diversos estudos têm realçado que o desenvolvimento de comportamento anti-social começa geralmente, através da manifestação de problemas de comportamento, como o comportamento agressivo e impulsivo, o desafio à autoridade dos adultos, com quebra das regras impostas e ainda, através de problemas relacionais pais-crianças. Para Janson e Stattin (2003) os estudos sobre o desenvolvimento de comportamento delinquente serão mais eficazes, se a recolha dos dados sobre o comportamento e a adaptação social das crianças for efectuada logo na idade pré-escolar, ou seja, anteriormente à manifestação de um padrão de comportamento anti-social claramente estabelecido. Passamos então a mencionar as conclusões obtidas por alguns investigadores que se centraram no estudo do comportamento delinquente na infância e na adolescência.

Moffit (1993) estabeleceu uma distinção entre comportamento anti-social temporário e persistente. A importância desta diferenciação provém não apenas do seu contributo para a compreensão dos factores etiológicos no desenvolvimento da delinquência, mas também, pelas implicações relativamente ao prognóstico relativo a um futuro percurso delinquente. A autora desenvolveu duas teorias desenvolvimentais criminológicas, de modo a explicar a delinquência persistente e a delinquência transitória ou limitada à adolescência.

Neste contexto, para delinquentes com actividade criminal limitada ao período da adolescência, os factores causais seriam próximos/circundantes e específicos ao período da adolescência, expressando assim uma descontinuidade nas vidas destes adolescentes. Caracterizados como não apresentando uma história grave de comportamento anti-social, estes indivíduos mostrariam pouca propensão para um percurso delinquente até à adultez.

Os adolescentes experienciariam, segundo Moffit (1993) e Moffit, Caspi, Belsky & Silva (1996), uma “lacuna de maturidade” temporária que os encorajaria a manifestar um comportamento anti-social mimético, como parte de um processo normal de ajustamento. Desta forma, os factores criminógenos neste grupo seriam essencialmente psicossociais. Moffit (1993) sugeriu que a maior flexibilidade dos comportamentos neste grupo *transitório*, mostra que a sua implicação em actividades desviantes podem estar sob o controlo de contingências de reforço e de punição. Então, os adolescentes com comportamento delinquente limitado à adolescência estariam protegidos de se tornarem delinquentes persistentes, por possuírem as competências sociais adequadas, um rendimento académico médio ou superior e boas capacidades intelectuais.

Por sua vez, para adolescentes cujos actos delinquenciais estão inseridos num percurso de vida pautado por comportamento anti-social persistente ou crónico, uma pesquisa dos seus factores etiológicos nas suas infâncias deveria fornecer explicações para uma tal continuidade num padrão de comportamento perturbado. De acordo com a teoria de Moffit (1993) estes jovens apresentam uma vulnerabilidade biológica, ou seja, défices neuropsicológicos subtis que interagiriam cumulativamente com ambientes adversos ou criminógenos, resultando num padrão estável e persistente de ofensas que persistiriam na adultez.

Na sequência desta perspectiva criminal-desenvolvimental, diversos estudos têm vindo a evidenciar que as histórias de vida dos adolescentes com comportamento anti-social persistente são frequentemente caracterizadas por um número de factores de risco cumulativos. Estes estudos têm incidido no estudo de diferentes tipos de factores de risco, tais como, desvantagens sociais e familiares, parentalidade pobre, impulsividade e défices

de atenção (Bender & Losel, 1997; Born, Chevalier, & Humblet, 1997; Lane, Beebe-Frankenberger, Lambros & Pierson, 2001; Kurtz, Thornes & Bairy, 1998, Stouthamer-Loeber, Loeber, Homish & Wei, 2001).

Por exemplo, Hoge e Andrews (1996) analisaram um conjunto de potenciais factores de risco associados ao percurso delinquente num grupo de adolescentes. Os resultados deste estudo sugeriram que os factores familiares, particularmente, a parentalidade ineficaz, eram as variáveis de risco que mais se associavam à reincidência e aos problemas de adaptação no geral.

Um estudo efectuado por Born, Chevalier e Humblet (1997) com uma amostra de 363 adolescentes a cumprir medidas de internamento, demonstrou que uma história de institucionalizações durante a infância, conjuntamente com o tempo de internamento, previa a reincidência num percurso delinquente. Os autores identificaram os seguintes factores de risco psicossocial para reincidência: 1) o adolescente viveu numa família atingida por um dos seguintes acontecimentos – separação dos pais, morte de um ou ambos os pais, prisão de um dos pais; 2) o adolescente é oriundo de um meio sócio-económico baixo e com instabilidade profissional dos pais; 3) a existência de história de maus-tratos (negligência e/ou abusos físicos ou sexuais); 4) o jovem viveu num ambiente que favoreceu a delinquência e o comportamento desviante (i.e., meio urbano ou condições habitacionais nas quais a intimidade não é frequente, ou ainda, contexto em que existe propensão para comportamento violento ou delinquente; e 5) outros elementos da família do adolescente apresentavam comportamento desviante. Estes autores também concluíram que a resiliência é um fenómeno raro nestes adolescentes, parecendo estar associada a relações estáveis, ausência de um diagnóstico psiquiátrico e uma boa adaptação à instituição de reinserção

(adaptação esta que incluía melhorias nos vínculos relacionais com outras pessoas e melhorias ao nível da auto-imagem).

Também Loeber e Farrington (2001) identificaram como indicadores prognósticos de comportamento delituoso grave, violento e/ou crónico (i.e., homicídio, assalto agravado, roubo, violação ou fogo-posto grave) o comportamento disruptivo persistente na infância. Resultados idênticos foram encontrados noutros estudos longitudinais (Janson & Stattin, 2003; Moffit et al., 1996). Outros factores como o comportamento desviante na adolescência (abuso de substâncias, problemas de comportamento, sexualidade precoce) e uma pobre motivação escolar têm sido associados a delinquência no adulto, sugerindo que poderão ter subjacentes factores comuns (Tarolla et al., 2002).

Carr e Vandiver (2001) estudaram uma amostra de 76 adolescentes de ambos os sexos, residentes num centro educativo, tendo recolhido informações sobre os delitos cometidos, as características individuais, o contexto familiar, a relação com os pares, o uso de drogas, o rendimento académico e ainda as actividades extra-curriculares e concluíram que todas estas variáveis diferenciavam os adolescentes com percurso delinquente persistente dos adolescentes sem percurso delinquente persistente.

3.5. A relação entre a delinquência juvenil e a psicopatologia

Se bem que a conduta delinquente não corresponda necessariamente a uma alteração psíquica (Matos, 2002; Rutter et al., 1998), os profissionais de saúde mental tendem a associar ao comportamento delitivo classificações psiquiátricas tais como Perturbação de Oposição, Perturbação do Comportamento ou ainda, Perturbação Anti-

social de Personalidade (DSM-IV, 1996). Estas desordens muitas vezes implicam um envolvimento em comportamento delinquente, mas estão longe de ser sinónimos do mesmo. Por outro lado, os critérios estabelecidos para o diagnóstico destas perturbações psíquicas incluem vários comportamentos que não implicam a transgressão da lei (como por exemplo, o adolescente pernoitar fora de casa ou faltar à escola). Os resultados de investigações nestas categorizações psicopatológicas têm-se mostrado insuficientes no estabelecimento de relações causais no estudo da delinquência juvenil, embora possam ser relevantes para uma compreensão do comportamento anti-social (Rutter *et al.*, 1998).

Se a progressão na investigação científica sobre o comportamento anti-social e delinquente resultou no reconhecimento de vários factores de risco ambientais e individuais, a relação com a manifestação de psicopatologia tem sido pouco estudada (Vermeiren, Deboutte, Ruchkin, & Schwab-Stone 2002; Vermeiren, 2003). Nomeadamente, tem sido referido que os jovens com um percurso delinquente persistente apresentam, tendencialmente, desordens psíquicas, embora sejam insuficientemente estudados deste ponto de vista (Kurtz, Thornes & Bairy, 1998; Sá, 2002). De outro modo, as crianças cujos problemas de comportamento progridem para delinquência juvenil, frequentemente, apresentam na sua história de vida experiências acumuladas de abandono ou negligência por parte dos adultos significativos, as quais, enquanto factores patogénicos tenderão a manifestar-se através dum quadro psicopatológico (Coimbra de Matos, 2002; Sá, 2002; Strecht, 1998).

Para Sá (2002), a delinquência é uma consequência de um quadro psicopatológico que se organiza num ambiente de morbilidade de uma família de risco. Se perspectivada como uma consequência de uma longa exposição de uma criança a circunstâncias de risco,

que transformam uma criança em perigo numa criança cujos problemas psicopatológicos se manifestam através do percurso delinquente, o comportamento delinquente deverá merecer o estudo dos recursos individuais e contextuais destes jovens.

Os resultados do *National Inquiry into Human Rights of People with Mental Illness* conduzido na Austrália (Burdekin, 1993), apontaram para uma prevalência de problemas mentais em 30% a 50% dos adolescentes internados em instituições ao abrigo do Sistema de Justiça, cerca de sete vezes superior à população geral australiana. Com base nestes indicadores, Burdekin (1993) sugeriu que os comportamentos desencadeados por problemas de saúde mental são frequentemente interpretados, de forma errónea, como delinquência e que os centros de detenção para menores são, frequentemente, uma causa de acréscimo de problemas mentais nos jovens. O autor defende que, de todos os sujeitos que cometem actos delinquentes, os adolescentes são aqueles que apresentam maiores necessidades ao nível do tratamento e de intervenção precoce, de forma a prevenir o recidivismo e a promover a reabilitação.

Com o objectivo de calcular os índices de prevalência de desordens clínicas em adolescentes detidos na Austrália, Bickel e Campbel (2002) utilizaram a *Adolescent Psychopathology Scale* (APS de Reynolds, 1998a). Tratou-se do primeiro estudo a utilizar neste país um instrumento standardizado sobre a prevalência de indicadores diagnósticos em delinquentes jovens e foi também o primeiro estudo a utilizar a APS em contexto forense. Estes autores encontraram uma prevalência de perturbações psicopatológicas superior ao esperado, numa amostra de 50 adolescentes de ambos os sexos (com uma média de idades de 15.7) detidos em centros educativos. Assim, 46% sofriam de uma perturbação

de depressão e/ ou ansiedade, dos quais 36% sofriam de Perturbação Pós-Stress Traumático, o que foi atribuído ao facto de muitos destes jovens com problemas de comportamento e com um percurso delinquente terem sido vítimas de abuso e negligência familiar.

Comparando os resultados obtidos por Bickel e Campbel (2002) com os resultados de estudos levados a cabo com amostras da população geral australiana, a taxa de perturbações interiorizadas em adolescentes detidos foi cerca de cinco vezes superior às obtidas nos adolescentes da população geral. Os resultados deste estudo sugeriram ainda que os jovens detidos apresentavam défices superiores ao nível das competências cognitivas e da literacia básica e consequentemente, baixo desempenho escolar, apontando assim para a necessidade de intervenção precoce junto das crianças com dificuldades psico-educacionais. Estes autores sugerem ainda que devem ser dados aos adolescentes em cumprimento de medida de internamento, suporte e oportunidades para aquisição de competências pessoais, por forma a superarem as suas dificuldades de aprendizagem, uma vez que a circularidade das experiências de fracasso os irá fechar num ciclo de delinquência.

Igualmente, nos EUA, um estudo realizado por Robertson, Dill, Husain e Undesser (2004) com 482 adolescentes em custódia prisional, concluiu que 85% dos sujeitos apresentavam pelo menos uma perturbação psicopatológica. Este estudo utilizou também a *Adolescent Psychopathology Scale* como instrumento de avaliação diagnóstica. Da amostra estudada, cerca de metade dos inquiridos apresentavam Perturbação do Comportamento e 36% apresentava Perturbação de Abuso de Substâncias, 20% dos sujeitos apresentavam Depressão Major, e somente 7% dos sujeitos apresentavam Perturbação de Ansiedade.

Vermeiren (2003) efectuou uma revisão da literatura sobre este tópico e concluiu que, quer a psicopatologia de tipo exteriorizada, quer a psicopatologia de tipo interiorizada tendem a apresentar uma incidência nos adolescentes delinquentes superior à dos adolescentes da população geral, nomeadamente, no que diz respeito a Perturbação do Comportamento, Perturbação de Comportamento de Oposição, Abuso de Substâncias, Depressão e Perturbação Pós-Stress Traumático.

Segundo Vermeiren (2003), a utilização de sistemas estandardizados para o diagnóstico de psicopatologia tem sido pouco utilizada nas investigações sobre a delinquência juvenil, principalmente porque a grande parte das pesquisas efectuadas são conduzidas por criminologistas e por sociólogos. Como consequência, os investigadores sobre a delinquência na adolescência, mais frequentemente, avaliam padrões gerais de conduta mas não categorias mais específicas como a Perturbação de Comportamento ou a Perturbação de Comportamento de Oposição e a sua co-ocorrência com outras perturbações.

Surge-nos como evidente que a delinquência, enquanto fenómeno complexo e etilogicamente multifactorial, poderá ser melhor compreendida, se atendermos à complexidade dos processos desenvolvimentais, não podendo a sua compreensão ficar limitada a uma perspectiva psicopatológica do fenómeno (Poppel & Born, 1994; Rutter, Giller & Hagell, 1998). Dito isto, se bem que os indicadores de perturbações psicopatológicas possam não ser suficientes para explicar o fenómeno da delinquência juvenil, parece-nos importante o estudo da sua prevalência nos adolescentes em contacto

com a Justiça e ainda o estudo da sua relação com as circunstâncias dos delitos criminais, na medida em que estes podem contribuir para o delineamento de intervenções.

Do ponto de vista da Psicologia Clínica, será importante avaliar o adolescente, não só do ponto de vista da persistência e da gravidade dos delitos praticados, mas interrogando-nos, sobre as problemáticas desenvolvimentais que poderão estar por detrás desse comportamento anti-social. Um melhor conhecimento sobre os processos delinquenciais pode melhorar o desenvolvimento de prevenção específica e de programas de intervenção.

4. A intervenção na delinquência juvenil

A intervenção primária e secundária na delinquência juvenil baseia-se na premissa de, para que se possa remover os factores de risco para o comportamento anti-social ou incrementar a resistência a estes, é necessária a adequada identificação dos indivíduos e dos contextos de risco. A utilidade desta abordagem está assim, dependente do processo de identificação de factores de risco e da opção de quando e como intervir (Mulvey et al., 1993). Como referiu Yaqub (2002), tais decisões são prioritárias, uma vez que, o período de desenvolvimento em que a criança se encontra e o tipo de suporte psicossocial de que a família necessita, determinam a forma como possam beneficiar atempadamente dos recursos. Uma intervenção precoce mas que se enquadre em pressupostos científicos e éticos adequados será mais eficaz.

LeBlanc (1998) colocou algumas questões éticas que interessa referir, relativamente às intervenções na delinquência juvenil. Assim, de um ponto de vista puramente ideológico, não deveriam ser feitos programas de prevenção nem classificação de delinquentes, pelo risco de etiquetar sujeitos ou grupos da população inadequadamente. A necessidade de analisar e compreender este fenómeno impede a existência de uma solução ética para este problema. A solução prática será estudar e melhorar medidas e procedimentos que permitam reduzir a identificação de falso-positivos e de falso-negativos.

Uma outra questão, diz respeito aos possíveis efeitos estigmatizantes dos programas de prevenção secundária. Embora tal problema não se coloque aos programas de prevenção primária, por estes serem universais por natureza, nem aos programas de prevenção terciária, porque nestes casos a estigmatização decorrente da intervenção do sistema de

justiça não pode ser evitada, a prevenção secundária pode levar a estigmatização decorrente da identificação de subgrupos de potenciais delinquentes. No entanto, LeBlanc (1998) sublinha que a estigmatização de crianças enquanto potenciais delinquentes tem sido evitada pela maioria dos programas de prevenção, ao proporem ao público-alvo, objectivos desenvolvimentais para as intervenções. A título de exemplo, encontramos programas focalizados na intervenção no comportamento agressivo e anti-social nas escolas ou nas famílias (Gavazzi, Wasserman, Partridge & Sheridan, 2000; Hayez, 2002; Shechtman, 2000), programas centrados na identificação e prevenção de maus-tratos na criança (Eckenrode et al., 2001; MacMillan, 2000), ou ainda, programas de prevenção na parentalidade em populações minoritárias (Spoth, Gyll, Chao, & Molgaard, 2003).

Encontramos, grosso modo, dois pontos de vista vigentes na literatura contemporânea sobre as intervenções na delinquência juvenil. Por um lado, estudos criminológicos de cariz governamental, em que os programas de intervenção/prevenção junto das crianças e adolescentes que cometem actos anti-sociais encontram a sua razão de ser na necessidade de protecção social e jurídica dos cidadãos em geral. Como exemplo, referimos as investigações levadas a cabo sob a tutela do *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, nos EUA, de que é exemplo o *Study Group on Serious and Violent Juvenile Offenders* (Loeber, Farrington & Waschbusch, 1998). Loeber e Farrington (2001) justificam a necessidade de intervenção junto das crianças delinquentes pela “ameaça à segurança e aos bens dos cidadãos nos Estados Unidos da América que estas representam” (p. xix). Num outro trabalho, Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber e colaboradores (2001) defendem que a importância de atender a crianças que estejam em risco de cometerem delitos de forma continuada e/ou grave advém da necessidade em

identificar e possivelmente intervir, antes da acumulação de ofensas múltiplas e portanto, antes que estas se tornem delinquentes crónicos.

Por outro lado, autores com preocupações de cariz social defendem que o contexto político, sócio-económico e familiar em que se nasce, influenciam grandemente as oportunidades de cada indivíduo no seu percurso de vida (Griffiths, 2002; Garbarino, 2005a; Yakub, 2002). Assiste-se aqui à necessidade de perspectivar o período da infância como um determinante da saúde psicossocial a longo prazo (Yaquub, 2002). Esta linha de pensamento proteccionista em relação à infância preconiza que a responsabilidade pelos comportamentos anti-sociais das crianças e dos adolescentes deverá estar dividida entre o Estado, a sociedade civil e, só depois, a família.

De acordo com o que foi exposto anteriormente⁶, diversos estudos apresentam resultados divergentes no que diz respeito à presença ou ausência de recursos resilientes nos adolescentes com comportamento anti-social. Se encontramos estudos que apontam para uma presença de índices elevados de perturbações psicopatológicas em amostras de adolescentes delinquentes (e.g., Bickel & Campbell, 2002; Robertson et al., 2004; Vermeiren et al., 2002; Vincent, Vitacco, Grisso, & Conrado, 2003), no entanto, outros estudos indicam que os adolescentes com um comportamento delinquente se auto-percebem como saudáveis e como resilientes, de forma idêntica aos adolescentes caracterizados como pró-sociais (Tolan, 1996; Ungar & Teram, 2000). Se o estudo dos factores de risco no comportamento anti-social na adolescência tem concluído sobre a sua multifactorialidade, todavia, é importante que, ao invés de nos centrarmos exclusivamente

⁶ cf. Capítulo 3

nas vulnerabilidades destes jovens, a investigação abranja também o estudo dos factores protectores, de forma a que, consoante referiram Bickel e Capmbell (2002), as intervenções sejam uma fonte de suporte e de oportunidades para a aquisição ou desenvolvimento de competências.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo 5

Metodologia

A revisão teórica que apresentámos nos capítulos anteriores permitiu-nos identificar algumas questões que merecem ser empiricamente aprofundadas, relativamente às relações entre as características familiares, a psicopatologia, a resiliência e o comportamento anti-social na adolescência. Neste capítulo serão apresentados os objectivos e as questões de investigação e descreveremos a metodologia seguida nos estudos empíricos que efectuámos, incluindo a descrição do desenho dos estudos, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha de dados e as análises estatísticas efectuadas.

1. Objectivos e questões de investigação

É nossa intenção identificar possíveis factores de risco psicossocial e factores protectores para a expressão de perturbações psicopatológicas e características de comportamento delinvente em adolescentes. Assim, a nossa pergunta de partida é: de entre os factores individuais e contextuais em estudo, quais podem estar mais associados a indicadores de perturbações psicopatológicas em adolescentes da população escolar e em adolescentes com um percurso delinvente, e quais podem actuar como protectores, ao estarem relacionados com uma menor presença de indicadores de psicopatologia?

Para tentarmos responder a esta questão, o nosso trabalho foi organizado de acordo com os seguintes **objectivos gerais**:

1. Estudar a relação entre factores de risco psicossocial (individuais, sócio-demográficos e familiares), indicadores de psicopatologia, atitudes educativas parentais e recursos de

resiliência (recursos externos ou contextuais e recursos internos) em adolescentes da população geral.

2. Identificar eventuais indicadores de psicopatologia, factores de risco psicossocial, assim como recursos de resiliência (internos e/ou contextuais), em adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça (delinquentes).

Para procurarmos responder a estes objectivos, a presente investigação integra três estudos:

Estudo 1 – Características psicométricas dos instrumentos de psicopatologia

Com este primeiro estudo pretendemos proceder à adaptação da *Adolescent Psychopathology Scale – Short Form* (Reynolds, 2000) e do *Brief Symptom Inventory – BSI* (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999). Este primeiro objectivo prende-se com a inexistência, à data de realização da investigação, de instrumentos adaptados para a população adolescente portuguesa que permitissem avaliar a sintomatologia psicopatológica em adolescentes abrangidos pela Lei Tutelar Educativa (compreendendo idades entre os 12 e os 16 anos).

Estudo 2 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência na adolescência

No segundo estudo, procurámos identificar indicadores de psicopatologia, bem como explorar a sua relação com a percepção das atitudes educativas parentais e com os recursos de resiliência em adolescentes da população geral. Pretendemos ainda identificar

possíveis factores de risco psicossocial (individuais e contextuais) para psicopatologia, assim como identificar factores psicológicos e psicossociais que possam funcionar como factores protectores desses riscos. Os objectivos específicos do Estudo 2 foram os seguintes:

Em primeiro lugar, analisar algumas características do contexto sócio-demográfico e familiar dos adolescentes da população geral, de forma a identificar variáveis que possam estar eventualmente associadas a indicadores de psicopatologia, a atitudes educativas parentais e a recursos de resiliência. Especificamente, procuramos descrever a relação destas características psicológicas e psicossociais com o sexo, a idade e o número de retenções escolares dos adolescentes (enquanto indicador do desempenho escolar), o nível de escolaridade dos pais, o estatuto sócio-económico e a dimensão da sua família e ainda, a estrutura do agregado familiar actual do adolescente (vive em família intacta, família monoparental, família de recasamento, família de avós ou institucionalizado).

Procuramos também neste estudo, registar indicadores de acontecimentos negativos na infância (separação de figura parental e motivos da separação - económicos, divórcio dos pais, doença ou morte de figura parental, conflitos ou maus-tratos familiares), com o objectivo de analisar a sua relação com o desenvolvimento de problemas de comportamento e/ou emocionais (índice e tipo de sintomas psicopatológicos), a relação com os pais (percepção do afecto e das atitudes parentais) e as características de resiliência do adolescente.

Estudo 3 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência em adolescentes delinquentes

Num terceiro momento, é objecto do nosso estudo o comportamento anti-social na adolescência. Para isso, procuramos identificar factores de risco para psicopatologia, assim como a identificação de factores psicológicos e psicossociais que possam funcionar como factores protectores desses riscos, em adolescentes cujos actos delinquentes resultam em intervenção do Sistema de Justiça. São objectivos específicos do Estudo 3:

Em primeiro lugar, caracterizar o contexto sócio-demográfico e familiar destes adolescentes, tendo em vista encontrar variáveis que se associem ao desenvolvimento de psicopatologia. Serão analisadas a relação dos indicadores de psicopatologia (índice e tipo de sintomas psicopatológicos) com as variáveis sexo, idade, estatuto sócio-económico da família, a composição do agregado familiar actual (oriundo de família intacta, família monoparental, família de recasamento, família de avós, ou institucionalizado) e, por fim, com os *acontecimentos negativos na infância* (separação de figura parental, história de maus-tratos, história de institucionalizações). O padrão de associação encontrado nesta amostra específica será comparado com as associações encontradas na amostra de adolescentes da população geral (Estudo 2), de modo a ressaltar as especificidades desta população específica.

Num segundo momento deste estudo, é nossa intenção analisar a existência de uma eventual relação das variáveis individuais, sócio-económicas e familiares referidas, com a percepção do afecto e das atitudes parentais e com os recursos de resiliência do

adolescente. Pretendemos verificar de que forma os factores de risco e os factores protectores identificados no Estudo 2 se revelam no grupo delinquente.

Num terceiro momento, procuraremos observar possíveis relações entre as características psicopatológicas e os recursos protectores (características de resiliência) dos adolescentes delinquentes.

Num quarto momento, pretendemos ainda caracterizar os adolescentes no que se diz respeito a indicadores sobre o contexto familiar actual (envolvimento das figuras parentais e disciplina parental na educação do adolescente, história de psicopatologia e/ou comportamento desviante familiar), identificar os sujeitos relativamente a eventual uma história de maus-tratos familiares na infância, perceber se existe envolvimento social e escolar/profissional do adolescente, estabelecer a tipologia do comportamento delinquente – precocidade, tipo, persistência e circunstâncias do delito (individual, em grupo de pares, em associação com adultos) e, por último, analisar a relação entre as características psicopatológicas do adolescente e as características do comportamento delinquente (precocidade, diversidade, gravidade e persistência do delito).

2. Definição e articulação das variáveis

O Estudo 2, de cariz exploratório, pretende caracterizar um grupo de adolescentes da população geral portuguesa no que respeita à incidência de indicadores de psicopatologia. O seu objectivo é identificar possíveis relações entre um conjunto de variáveis sócio-demográficas e familiares e a manifestação de psicopatologia em termos de duas dimensões, desordens exteriorizadas e interiorizadas. Mais concretamente, pretendemos analisar se os indicadores de mal-estar psicológico, nas suas diversas formas de expressão psicopatológica (as perturbações ou problemas psicopatológicos), são ou não moderados por factores de risco psicossociais ou por factores protectores psicossociais ou de resiliência, os quais actuariam como recursos internos e/ou externos ao adolescente. No âmbito deste estudo definimos resiliência segundo Fergus e Zimmerman (2005) como os factores e processos que interrompem a trajectória de risco para problemas de comportamento ou psicopatologia e, assim, resultam em comportamento ou funcionamento adaptativo, mesmo na presença de diferentes tipos de adversidade.

No contexto da revisão bibliográfica efectuada, parece-nos ainda pertinente o estudo da relação adolescente-pais (avaliada através da percepção pelo adolescente do afecto e das práticas educativas parentais). A relação adolescente-pais pode ser perspectivada, quer como factor protector, quer como factor de risco, dependente portanto, da qualidade e intensidade da percepção do sujeito. Ou seja, a presença de vínculos positivos entre os pais e o adolescente, assim como a presença de práticas parentais pautadas por níveis adequados de autonomia e de controlo, deverão ser um factor protector para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos.

No Estudo 3, o qual abrange uma amostra de adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça (delinquentes), é nossa intenção analisar possíveis relações entre a incidência de psicopatologia, a presença de factores psicossociais de risco para o comportamento delinvente e ainda a presença ou ausência de factores protectores ou de resiliência face ao percurso delinvente. Não obstante tomarmos em linha de conta que o comportamento anti-social e delinvente é um fenómeno complexo e multifactorial na sua etiologia, para melhor operacionalizarmos o comportamento anti-social no contexto da presente investigação, definimo-lo de acordo com a classificação da Perturbação do Comportamento descrita no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (adiante designado de DSM-IV) (1996), a qual é caracterizada por *“um padrão de comportamento, repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade”* (p. 88). O comportamento anti-social remete geralmente para quatro áreas principais: agressão a outros, destruição da propriedade, roubo ou fraude e violação grave das regras.

Foram incluídos no Estudo 3 (grupo delinvente) todos os adolescentes que na altura da recolha de dados estavam em contacto com o Sistema de Justiça por cometimento de delitos criminais (indiciados ou provados judicialmente). Entre os delitos, considerámos os seguintes: a) contra as pessoas, b) contra o património, c) contra a sociedade, d) delitos relacionados com o Código de Estrada e, ainda, e) por tráfico e consumo de drogas.

Para a caracterização de comportamento anti-social no grupo delinvente foi recolhida informação junto de fontes oficiais¹, através de um questionário de resposta breve, por nós construído com base na pesquisa da literatura sobre os indicadores de risco

¹ Técnico do Instituto de Reinserção Social responsável pela avaliação ou acompanhamento educativo do menor.

psicossocial para comportamento anti-social na adolescência, destacando-se a tipologia de risco psicossocial estabelecida por Born, Chevalier e Humblet (1997) e a tipologia do percurso delinquente de Moffit (1993).

Os critérios de risco psicossocial considerados foram assim os seguintes: 1) o indivíduo viveu no contexto de uma família instável (divórcio, separação dos pais, morte de um ou ambos os pais, prisão de um dos pais); 2) o adolescente é oriundo de um meio sócio-económico baixo; 3) história de maus-tratos (negligência e/ou abusos parentais); 4) o jovem viveu num ambiente que favoreceu a delinquência e o comportamento desviante (i.e., meio urbano ou condições habitacionais nas quais a intimidade não é frequente, ou ainda, contexto em que existe propensão para comportamento violento ou delinquente; 5) história criminal de pais ou irmãos; 6) comportamento desviante dos pais – alcoolismo, toxicodependência ou prostituição. De acordo com a tipologia do percurso delinquente de Moffit (1993), foi recolhida informação relativamente a: a) idade de início (precocidade) do comportamento delinquente; b) persistência e circunstâncias dos actos delinquentes; e c) tipo e diversidade dos delitos. Esta informação permitir-nos-á de forma a procurarmos estabelecer um perfil de risco psicossocial do jovem (Anexo 7).

3. Desenho do estudo

Estamos na presença de estudos quantitativos com um desenho transversal e com um plano correlacional. De acordo com Almeida e Freire (2003), os estudos correlacionais permitem investigar as relações entre as variáveis e o estabelecimento de previsões, mas não fornecem provas de causalidade. Pretendemos deste modo, determinar até que ponto as variáveis estudadas tendem a associar-se. Considerando o carácter exploratório deste estudo, não foram formuladas hipóteses, tendo a análise sido guiada pelos objectivos acima descritos.

Importa aqui referir, que apesar da crescente valorização por especialistas internacionais das metodologias longitudinais prospectivas em estudos epidemiológicos de larga escala (e.g., Loeber et al., 1998; Lipsey & Derzon, 1998; Farrington, 2004), justifica-se a utilização de estudos com desenhos transversais em populações insuficientemente estudadas e ainda, a sua utilização em amostras específicas para o estudo dos percursos delinquentes que não têm sido suficientemente estudados em investigações epidemiológicas (Rutter, Giller & Hagell, 1998).

4. Amostra

Como referimos no início deste capítulo, sendo objectivo desta investigação explorar as possíveis relações entre eventuais factores de risco e factores protectores para psicopatologia em adolescentes, foram constituídos dois grupos de sujeitos: um grupo de adolescentes escolarizados, oriundos da população geral, e um outro grupo de adolescentes em contacto com o sistema de justiça por cometimento de actos delinquentes.

4.1. Técnica de amostragem

Na medida em que os sujeitos que participaram nos Estudos 1 e 2 foram seleccionados atendendo essencialmente ao critério idade², o método de amostragem foi intencional. Assim, a selecção dos participantes não respeitou nenhum procedimento aleatório, tendo os estudantes sido inquiridos em contexto de aula, no caso dos Estudos 1 e 2, e em contexto de sessão de avaliação e/ou acompanhamento educativo por técnicos do Instituto de Reinserção Social (adiante designado IRS), no caso do Estudo 3.

Apesar desta ser uma amostragem por conveniência e corte sincrónico, com as vantagens da disponibilidade temporal, geográfica e económica que daí advêm, foi nossa intenção torná-la a mais representativa possível da população dos adolescentes do Algarve. Por esse motivo, optámos por inquirir jovens que frequentavam, quer escolas situadas em zonas geográficas urbanas, quer escolas situadas em zonas rurais. De acordo com

² Como adiante explicitaremos (no ponto 4.2.1), levou-se em conta, quer o grupo etário ao qual um dos instrumentos de avaliação, nomeadamente, o *APS-SF* se destina, quer o grupo etário abrangido pelas intervenções ao abrigo da Lei Tutelar Educativa – 12-16 anos.

Fombonne (2005), a utilização de amostras da população escolar é vantajosa para o estudo da psicopatologia da criança e do adolescente, uma vez que, a frequência escolar obrigatória tende a proporcionar amostras compreensivas da população geral. Porém, reconhecemos que a opção metodológica tomada é limitativa no que diz respeito à generalização dos resultados.

Para diminuir a probabilidade de sobreposição de sujeitos nos dois grupos estudados, não foram incluídos no Estudo 3 (grupo delinquente) sujeitos que frequentassem as escolas alvo do Estudo 2 (grupo escolar).

4.2. Caracterização geral da amostra

Sendo a operacionalização das variáveis sócio-demográficas e familiares comum a todos os estudos desenvolvidos, descreveremos de seguida as suas características gerais. A informação sobre estas variáveis foi recolhida através de uma ficha de caracterização sócio-demográfica e familiar (Anexo 1). Nesta caracterização, foi recolhida informação relativa ao sexo, idade, nível de escolaridade, número de reprovações, número de irmãos e posição na fratria dos adolescentes. Procurámos também caracterizar o contexto sócio-demográfico, incluindo informação sobre nível sócio-económico (adiante designado por NSE), o nível de escolaridade e a profissão dos pais, a situação conjugal dos pais, o tamanho e a estrutura da família. No caso de o adolescente residir com outros elementos que não o pai ou a mãe, o NSE foi estimado com base na profissão e escolaridade dos adultos que pertenciam ao núcleo familiar. Neste estudo, à semelhança de outros, utilizámos estas variáveis como indicadores de NSE, uma vez que o rendimento económico dos pais não é geralmente

conhecido de forma fidedigna pelos adolescentes. Na determinação do nível sócio-económico, seguiu-se o procedimento utilizado por Simões (1994), o qual propõe uma classificação em três níveis (NSE baixo, NSE médio e NSE elevado), com base na profissão principal dos pais, na situação profissional e no nível de escolaridade parental. O procedimento de classificação utilizado é apresentado no Anexo 2. Categorizamos ainda a profissão do pai e da mãe segundo seis níveis, de acordo com a classificação proposta por Álvarez, Alonso, Domingo & Regidor (1995), apresentada no Anexo 3.

4.2.1. A amostra escolar

Tendo em conta os objectivos dos Estudos 1, 2 e 3, anteriormente apresentados, os critérios seguidos na definição da população-alvo foram os seguintes: adolescentes da população geral, escolarizados, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A opção de utilização desta faixa etária teve em conta, por um lado, o facto deste intervalo de idades englobar as características etárias da população alvo do Estudo 3 e por outro, o facto de ter sido a opção efectuada originalmente nos estudos de validação americanos da APS-SF, levados a cabo por Reynolds (2000).

No global, a amostra para o Estudo 1 e 2 foi composta por adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, distribuídos por 7 níveis de escolaridade, do 6º ao 12º ano, incluindo duas turmas de currículos alternativos e quatro turmas de ensino profissionalizante, residentes em 12 concelhos do distrito de Faro: Faro, Olhão, Tavira, Silves, Portimão, Loulé, Lagoa, Lagos, S. Bartolomeu de Messines, Monchique, São Brás de Alportel e Vila Real de Santo António. As escolas participantes foram as seguintes

escolas públicas dos concelhos de Olhão e Faro: EB 2/3 Alberto Iria, EB 2/3Dr. António João Eusébio, EB 2/3 Joaquim Magalhães, Escola Secundária de João de Deus, Escola Secundária Francisco Fernandes Lopes e Escola de Formação Profissional de Faro, e por último, Escola Profissional Gil Eanes.

Dos 700 sujeitos a quem foram administrados os questionários, 32 foram excluídos à priori: 18 por apresentarem uma idade superior a 19 anos e 14 por incorrecto preenchimento dos questionários e outros 12 foram excluídos por apresentarem um número de itens não respondidos numa só escala superior a 20% no caso do APS-SF ou a 10% nos restantes instrumentos, segundo as indicações dos autores dos instrumentos³. No total foram considerados válidos 656 questionários.

4.2.1.1. Amostra final do Estudo 1 – Características psicométricas dos instrumentos de psicopatologia

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos sujeitos segundo o sexo, o grupo etário, o ciclo de escolaridade, o NSE e a zona de residência. Dos 656 indivíduos que compõem a amostra utilizada nos estudos de adaptação da APS-SF e do BSI à população adolescente portuguesa, 298 são do sexo masculino e 358 são do sexo feminino. Em termos de grupo etário, 285 sujeitos têm idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos e 371 sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Relativamente ao nível de escolaridade dos adolescentes, 15 indivíduos frequentam o 2º ciclo de escolaridade, 386 frequentam o 3º ciclo de escolaridade e 255 frequentam o ensino

³ Relativamente ao APS-SF foram ainda eliminados 3 sujeitos por o número de respostas inconsistentes contabilizadas na escala Inconsistência de Respostas ser superior a 70%.

secundário. No que respeita à variável NSE, verificamos que 322 sujeitos integram o NSE baixo, 258 sujeitos o NSE médio e 76 o NSE alto. Observamos ainda que 494 indivíduos residem em zona urbana e 152 residem em zona rural.

Tabela 1. Características da amostra utilizada no estudo de adaptação da APS-SF e do BSI à população adolescente portuguesa (Estudo 1)

Características da amostra de validação ⁴	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	298	45.4	358	54.6	656	100.0
Idade (grupo etário)						
12 - 14 anos	129	43.3	156	43.6	285	43.4
15 - 19 anos	169	56.7	202	56.4	371	56.6
Idade (em anos)*						
Média ± DP	14.95 ± 1.94		14.99 ± 2.14		14.97 ± 2.05	
Moda	15		15		15	
Amplitude	12-19		12-19		12-19	
Nível de Escolaridade**						
EB 2º Ciclo	8	2.7	7	2.0	15	2.3
EB 3º Ciclo	186	62.4	200	55.9	386	58.8
Secundário	104	34.9	151	42.2	255	38.9
NSE						
Baixo	138	46.3	184	51.4	322	49.1
Médio	122	40.9	136	38.0	258	39.3
Elevado	38	12.8	38	10.6	76	11.6
Zona de Residência**						
Urbana	219	73.5	27	76.8	494	75.3
Rural	73	24.5	79	22.1	152	23.2

⁴ **Nota:** *Idade em anos: 92sujeitos (14.0%) com 12 anos, 90 (13.7%) sujeitos com 13 anos, 103 (15.7%) sujeitos com 14 anos, 125 (19.1%) sujeitos com 15 anos, 82 (12.5%) sujeitos com 16 anos, 72 (11.0%) sujeitos com 17 anos, 53 (8.1%) sujeitos com 18 anos e 39 (5.9%) sujeitos com 19 anos. **Nível de escolaridade: 6º ano (n = 15, 2.3%), 7º ano (n = 154, 23.5%), 8º ano (n = 111, 16.9%), 9º ano (n = 121, 18.4%), 10º ano (n = 82, 12.5%), 11º ano (n = 87, 13.3%), 12º ano (n = 86, 13.1%). **Não se obteve informação sobre a zona de residência numa pequena proporção de adolescentes (n=9, 1.5%).

A Tabela 2 caracteriza os sujeitos relativamente ao concelho de residência. A maioria dos os adolescentes é oriunda do concelho de Olhão (59.3%) e do concelho de Faro (29.9%), distribuindo-se os restantes por outros concelhos do Algarve.

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos por concelho de residência (Estudo 1)

Concelho de residência	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Olhão	174	58.4	215	60.1	389	59.3
Faro	101	33.9	95	26.5	196	29.9
Portimão	5	1.7	16	4.5	21	3.2
Loulé	3	1.0	9	2.5	12	1.8
Lagoa	0	0.0	11	3.1	11	1.7
Monchique	6	2.0	2	0.6	8	1.2
Tavira	4	1.3	3	0.8	7	1.1
São Brás de Alportel	2	0.7	1	0.3	3	0.5
Silves	0	0.0	3	0.8	3	0.5
Lagos	1	0.3	2	0.6	3	0.5
Albufeira	2	0.7	0	0.0	2	0.3
Vila Real de St.º António	0	0.0	1	0.3	1	0.2
Total	358	100.0	298	100.0	656	100.0

4.2.1.2. Amostra final do Estudo 2 – Grupo escolar

Da amostra recolhida (n=656) foram excluídos 28 sujeitos por não terem completado correctamente todos os quatro instrumentos (i.é., o número de itens em branco numa escala ser superior a 10% do número de itens dessa escala). A eliminação destes sujeitos não alterou as características da amostra do Estudo 2.

Na Tabela 3 está representada a caracterização da amostra final para o Estudo 2 de acordo com as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, NSE e zona de residência.

Tabela 3. Características descritivas da amostra utilizada no Estudo 2

Características da amostra escolar ⁵	Sexo				Total n (%)	
	Masculino n	(%)	Feminino n	(%)		
	282	44.9	346	55.1	628	100.0
Idade (grupo etário)						
12 - 14 anos	121	42.9	150	43.4	271	43.2
15 - 19 anos	161	57.1	196	56.6	357	56.8
Idade (em anos) *						
Média ± DP	14.97 ± 1.96		15.02 ± 2.16		15.00 ± 2.07	
Moda	15		15		15	
Amplitude	12-19		12-19		12-19	
Nível de Escolaridade**						
EB 2º Ciclo	3	1.1	6	1.7	9	1.4
EB 3º Ciclo	177	62.8	192	55.5	369	58.8
Secundário	102	36.2	148	42.8	250	39.8
NSE						
Baixo	129	45.7	177	51.2	306	48.7
Médio	118	41.8	132	38.2	250	39.8
Elevado	35	12.4	37	10.7	72	11.5
Zona de Residência						
Urbana	209	74.1	266	76.9	475	75.6
Rural	73	25.9	80	23.1	153	24.4

⁵ **Nota:** * **Idade em anos:** 88 sujeitos (14.0%) com 12 anos, 87 (13.9%) sujeitos com 13 anos, 96 (15.3%) sujeitos com 14 anos, 117 (18.6%) sujeitos com 15 anos, 77 (12.3%) sujeitos com 16 anos, 72 (11.5%) sujeitos com 17 anos, 52 (8.3%) sujeitos com 18 anos e 39 (6.2%) sujeitos com 19 anos. ****Nível de escolaridade:** 6º ano (n = 9, 1.4%), 7º ano (n = 145, 23.1%), 8º ano (n = 107, 17.0%), 9º ano (n = 117, 18.6%), 10º ano (n = 79, 12.6%), 11º ano (n = 86, 13.7%), 12º ano (n = 85, 13.5%).

A amostra final deste estudo ficou constituída por 628 adolescentes da população escolar, dos quais 282 são do sexo masculino e 346 são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos.

A distribuição dos sujeitos segundo as variáveis estrutura familiar, nível de escolaridade dos pais e profissão dos pais é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos do Estudo 2 segundo as variáveis tipo de estrutura familiar, nível de escolaridade e profissão dos pais

Características da amostra escolar⁶	n	%
Estrutura familiar		
Biparental (intacta)	460	73.2
Monoparental	95	15.1
de Recasamento	52	8.3
Outra (avós)	19	3.0
Institucionalizado	2	0.3
Nível de Escolaridade do Pai ^a		
Sem estudos	8	1.3
EB 1º Ciclo	219	34.9
EB 2º-3º Ciclos	158	25.2
Ensino Secundário ou Profissional	119	18.9
Bacharelato ou Licenciatura	87	13.9
Nível de Escolaridade da Mãe ^b		
Sem estudos	11	1.8
EB 1º Ciclo	183	29.1
EB 2º-3º Ciclos	168	26.8
Ensino Secundário ou Profissional	163	26.0
Bacharelato ou Licenciatura	94	15.0

⁶ **Notas:** ^a37 sujeitos da amostra (5.9%) não deram informações sobre a profissão do pai.

^b 9 sujeitos da amostra (1.4 %) não deram informações sobre a profissão da mãe.

^c 45 sujeitos da amostra (7.2%) relataram desconhecer a profissão do pai e 13 sujeitos (2.1%) informaram que o pai actualmente não tem profissão.

^d Mães domésticas ou desempregadas em 145 sujeitos da amostra (23.1%) e 11 sujeitos (1.8%) que referiram desconhecer a profissão da mãe.

Tabela 4 (cont.). Distribuição dos sujeitos do Estudo 2 segundo as variáveis tipo de estrutura familiar, nível de escolaridade e profissão dos pais

Características da amostra escolar	n	%
Profissão do Pai^c		
I – Profissões associadas a 2º e 3º ciclo Univ.	63	10.0
II – Profissões associadas a 1º ciclo Univ.	43	6.8
III – Apoio à gestão administrativa e financeira	155	24.7
IVA – Trabalhadores manuais qualificados	116	18.5
IVb – Trabalhadores manuais semi-qualificados	128	20.4
V – Trabalhadores não qualificados	65	10.4
Profissão da Mãe^d		
I – Profissões associadas a 2º e 3º ciclo Univ.	39	6.2
II – Profissões associadas a 1º ciclo Univ.	45	7.2
III – Apoio à gestão administrativa e financeira	167	26.6
IVa – Trabalhadoras manuais qualificadas	56	8.9
IVb – Trabalhadoras manuais semi-qualificadas	118	18.8
V – Trabalhadoras não qualificadas	47	7.5
Total	628	100.0

De referir que a maioria dos adolescentes da amostra (73.2%) vive numa família biparental intacta (isto é, com ambos os progenitores residindo com o/a adolescente), enquanto que 15% dos adolescentes vive numa família com estrutura monoparental, 8% com família de recasamento (mais frequentemente constituída por mãe biológica e padrasto e mais ocasionalmente composta por pai biológico e madrasta) e os restantes 3% com os avós. Dois adolescentes da amostra residem numa instituição de acolhimento.

Os participantes foram ainda caracterizados em relação à variável *profissão do pai*, a qual se distribuiu maioritariamente entre os níveis III (associadas a Apoio à gestão administrativa e financeira), IVA (Trabalhadores manuais qualificados) e IVb (Trabalhadores manuais semi-qualificados). Por sua vez, a *profissão da mãe*

distribuiu-se maioritariamente entre os níveis III (Apoio à gestão administrativa e financeira) e IVb (Trabalhadoras manuais semi-qualificadas), consoante indica a tabela 4.

A distribuição dos sujeitos segundo a dimensão do agregado familiar e o número de irmãos é apresentada na Tabela 5. Relativamente à variável dimensão da família, os adolescentes são maioritariamente oriundos de agregados familiares compostos por quatro a cinco elementos (58.9%), sendo que 33.4% são oriundos de famílias com três ou menos elementos e 7.3% vivem numa família numerosa (entre seis a 11 elementos). A maioria dos adolescentes (68.5%) tem um ou dois irmãos, 17% não tem irmãos e 14.5% tem pelo menos três irmãos.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos do Estudo 2 segundo as variáveis dimensão do agregado familiar e dimensão da fratria

Dimensão da família*	n	%
Pequena (≤ 3 elementos)	210	33.4
Média (4 - 5 elementos)	370	58.9
Numerosa (6 - 11 elementos)	46	7.3
Dimensão da fratria	n	%
Sem irmãos	107	17.0
1 - 2 irmãos	430	68.5
3 ou mais irmãos	91	14.5

Nota: * 2 sujeitos não deram informações nesta variável.

4.2.1.3. Amostra final do Estudo 3 – Grupo delinquente

A amostra do Estudo 3 integra adolescentes abrangidos pela Lei Tutelar Educativa, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos.⁷

A recolha da informação junto dos sujeitos que estavam em processo de avaliação ou de seguimento pelas Equipas de Menores da Direcção Regional do Sul do Instituto de Reinserção Social foi efectuada entre Março de 2005 e Março de 2006, tendo sido incluídos na amostra adolescentes em todas as situações jurídicas (fase pré-sentencial, jurisdicional e em fase de cumprimento de medida). A recolha de informação junto dos sujeitos que estavam em cumprimento de medida de internamento em Centro Educativo do Ministério da Justiça foi efectuada entre Maio e Junho de 2006.

No total foram recolhidos 76 questionários, tendo sido excluídos 12 por apresentarem um elevado número de itens por responder, ou por invalidade das respostas⁸. A amostra final do Estudo 3 foi constituída por 63 sujeitos (13 raparigas e 50 rapazes), dos quais 42 eram acompanhados nas Equipas de Família e Menores (FM) do IRS-Sul e 21 estavam internados em dois Centros Educativos do IRS (oito raparigas do Centro Educativo de São Bernardino e 13 rapazes do Centro Educativo de Vila Fernando). Na Tabela 6 podemos observar a distribuição dos sujeitos de acordo com a Equipa de Família e Menores ou o Centro Educativo onde foram recolhidos os questionários.

⁷ Consoante foi descrito no Capítulo 4, a LTE abrange menores com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos. No entanto, esta lei prevê que os adolescentes possam ser abrangidos pelas medidas tutelares educativas até aos 19 anos de idade.

⁸ Foi ainda eliminado um questionário devido a uma pontuação elevada na escala Inconsistência de Respostas (≥ 80 T).

Tabela 6. Distribuição dos sujeitos do grupo delinquente (Estudo 3) por sexo e por Equipa FM / Centro Educativo do IRS

Equipa do IRS / Centro Educativo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Portimão	6	12.0	3	23.1	9	14.3
Faro	7	14.0	1	7.7	8	12.7
Loulé	1	2.0	0	0.0	1	1.6
Beja	5	10.0	0	0.0	5	7.9
Évora	2	4.0	0	0.0	2	3.2
Santiago do Cacém	2	4.0	0	0.0	2	3.2
Setúbal	5	10.0	1	7.7	6	9.5
Portalegre	9	18.0	0	0.0	9	14.3
Centro Educativo de São Bernardino	0	0	8	61.5	8	12.7
Centro Educativo de Vila Fernando	13	26.0	0	0.0	13	20.6
Total	50	79.4	13	20.6	63	100.0

Na Tabela 7 apresentamos a caracterização da amostra final do Estudo 3 de acordo com a variável sexo, idade, nível de escolaridade e NSE. No que diz respeito à variável idade, seis participantes encontram-se no grupo etário dos 12 - 14 anos (9.5%) e 57 sujeitos encontram-se no grupo etário dos 15 - 18 anos (90.5%). Relativamente à variável escolaridade, 14 % dos sujeitos frequentam 1º ciclo do ensino básico, 38% da amostra frequenta o 2º ciclo, 46 % frequenta o 3º ciclo de escolaridade e 1.6% frequenta o ensino secundário. É possível observar na Tabela 7 que 85.7 % dos adolescentes encontra-se no NSE baixo, 9.5% encontra-se no NSE médio e apenas 3.2% no NSE alto.

Tabela 7. Características descritivas da amostra utilizada no Estudo 3:
Adolescentes delinquentes

Grupo Delinquente ⁹	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Idade (grupo etário)	50	79.4	13	20.6	63	100.0
12 - 14	5	10.0	1	7.7	6	9.5
15 - 18	45	78.9	12	21.1	57	90.5
Idade (em anos) *						
Média ± DP	15.82 ± 1.16		15.23 ± 0.59		15.70 ± 1.08	
Moda	16		15		15	
Amplitude	13-18		14-16		13-18	
Nível de Escolaridade						
1º Ciclo	8	16.0	1	7.7	9	14.3
2º Ciclo	20	40.0	4	30.8	24	38.1
3º Ciclo	21	42.0	8	61.5	29	46.0
Secundário	1	2.0	0	0	1	1.6
NSE						
Baixo	55	7	9	69.2	54	85.7
Médio	6	9	4	30.8	6	9.5
Elevado	2	3.2	0	0	2	3.2
Zona de Residência						
Urbana	42	84.0	13	100.0	55	87.3
Rural	8	16.0	0	0	8	12.7

A maioria dos adolescentes do grupo delinquente tem nacionalidade portuguesa (85.7%) e 14.2% têm nacionalidade estrangeira (7.9% com uma nacionalidade europeia e 6.3% com nacionalidade Cabo-Verdeana ou Angolana). Dos 63 sujeitos que constituem a amostra, 20 têm residência no distrito de Faro, 18 no distrito de Lisboa, distribuindo-se os restantes respectivamente pelo distrito de Setúbal, Portalegre, Beja e

⁹ Nota: * **Idade em anos:** 2 sujeitos (3.2%) com 13 anos, 4 sujeitos (6.3%) com 14 anos, 22 sujeitos (34.9%) com 15 anos, 21 sujeitos (33.3%) com 16 anos, 11 sujeitos (17.5%) têm 17 anos e 3 sujeitos (4.8%) com 18 anos.

Évora. A maioria dos jovens é de etnia caucasiana (71.4%), e os restantes de etnia africana (19%) e cigana (9.4%).

Relativamente às variáveis sócio-demográficas em estudo, 38% dos adolescentes são oriundos de uma família biparental intacta, enquanto que 31.7% vive numa família com uma estrutura monoparental, 13% vive numa família de recasamento, 11% da amostra vive com avós ou tios e os restantes 6.3% vivem numa instituição de acolhimento.

Quanto à dimensão da família dos participantes, 52.4% é oriundo de uma família de dimensões médias (quatro a cinco elementos), 38% dos sujeitos provém de uma família numerosa (≥ 6 elementos) e apenas quatro sujeitos (6.3%) estão inseridos numa família com menos de quatro elementos. Relativamente ao número de irmãos, quatro sujeitos são filhos únicos, 33 sujeitos (52.4%) têm um a dois irmãos e 24 sujeitos (38.1%) têm três ou mais irmãos. A distribuição dos participantes segundo as variáveis estrutura familiar, distrito de residência, grupo étnico, nacionalidade, dimensão do agregado familiar e dimensão da fratria, apresenta-se na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição da amostra do Estudo 3 segundo a nacionalidade, a residência, o grupo étnico e a estrutura familiar dos adolescentes delinquentes

Características da amostra	n	%
Nacionalidade		
Portuguesa	54	85.7
País da União Europeia	5	7.9
PALOP	4	6.3
Distrito de Residência		
Faro	20	31.7
Beja	5	7.9
Évora	1	1.6
Portalegre	9	14.3
Setúbal	10	15.9
Lisboa	18	28.6
Grupo étnico*		
Caucasiano	40	63.5
Africano	17	27.0
Cigano	5	7.9
Estrutura familiar		
Biparental (intacta)	24	38.1
Monoparental	20	31.7
Recasamento	8	12.7
Outra (avós ou tios)	7	11.1
Institucionalizado	4	6.3
Dimensão da família*		
Sem família	4	6.3
Pequena (≤ 3 elementos)	16	25.4
Média (4-5 elementos)	32	50.8
Numerosa (> 5 elementos)	10	15.9
Dimensão da fratria**		
Sem irmãos	4	6.3
1 - 2 irmãos	33	52.4
3 ou mais irmãos	24	38.1
Total	63	100.0

Nota: * Não foi obtida informação nesta variável para 1 sujeito.

**Não foi obtida informação nesta variável para 2 sujeitos.

5. Instrumentos

Após a delimitação dos objectivos deste trabalho, da revisão sobre instrumentos construídos ou adaptados para a população adolescente portuguesa e tendo sido tomado em consideração que os jovens em contacto com o Sistema de Justiça apresentam tendencialmente uma baixa escolaridade (Cavaco, 2004), optámos por seleccionar instrumentos relativamente breves. Encontrámos na literatura dois instrumentos: o Inventário de Percepções Adolescentes – IPA e o *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module* /Versão 6.0 – HKRA, já adaptados para a população portuguesa. Um outro instrumento – Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI, cujas características psicométricas iremos descrever, foi adaptado para a população portuguesa adulta, mas requeria estudos de adaptação para a população em estudo neste trabalho (a população adolescente). Por sua vez, a *Adolescent Psychopathology Scale – Short Form* (APS-SF) foi construída para a população adolescente americana, tratando-se de um instrumento relativamente breve mas suficientemente exaustivo na avaliação de sintomatologia psicopatológica, ainda que não estivesse adaptado para a população portuguesa. Foi assim necessário proceder a uma adaptação para a população portuguesa dos dois instrumentos seleccionados para medir a dimensão da psicopatologia: a *Adolescent Psychopathology Scale* (APS-SF, Reynolds, 2000) e o *Brief Symptom Inventory* de Derogatis (1982), adaptado à população adulta portuguesa por Canavarro (1999a).

5.1. Adolescent Psychopathology Scale- Short Form - APS-SF

A *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form* (adiante designada por APS-SF) de Reynolds (2000) é uma medida multidimensional de psicopatologia e características de personalidade, desenhada para utilização em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A escala integra 115 itens, tratando-se de uma versão abreviada da *Adolescent Psychopathology Scale* (APS) (Reynolds, 1998a). A escala original assume-se como uma medida de psicopatologia e de problemas psicossociais do adolescente, composta por 346 itens. Tal como a APS original, a APS-SF foi desenvolvida para avaliar sintomas de perturbações psicológicas em adolescentes, de forma a ser consistente com a especificação de sintomatologia do DSM-IV (1996).

Esta forma abreviada foi escolhida para a presente investigação por se tratar de uma medida de preenchimento fácil e breve (cerca de um terço do tempo de aplicação da forma original - aproximadamente 20 minutos) e, neste sentido, permitir aplicações individuais ou em grupo, em contextos em que o tempo ou as circunstâncias de aplicação são limitadas. Segundo Reynolds (2000), trata-se de um instrumento útil para a triagem de indicadores de psicopatologia em contexto escolar e em contexto clínico, podendo posteriormente, se necessário, proceder-se à utilização de medidas mais compreensivas de psicopatologia. Relativamente às instruções de aplicação, o autor do instrumento aconselha a que o mesmo seja introduzido aos adolescentes não como uma medida de avaliação de psicopatologia mas como um questionário de bem-estar emocional, destinado a averiguar comportamentos e sentimentos experienciados mais recentemente.

5.1.1. O âmbito de Avaliação da APS-SF: Os estudos de aferição americanos, a descrição das escalas e a classificação de psicopatologia

5.1.1.1. O desenvolvimento das normas para a APS-SF: a versão original

Os estudos psicométricos da APS-SF incluíram 2.834 estudantes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, oriundos de escolas de oito Estados americanos (45% eram rapazes, 55% eram raparigas. Esta amostra total incluiu uma amostra clínica de 506 adolescentes utentes de serviços de saúde mental (58.1% rapazes 41.9% raparigas).

As normas para a APS-SF foram desenvolvidas por Reynolds (2000) com base numa amostra final de 1.827 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Esta amostra foi retirada da amostra escolar total, de forma a que correspondesse aos censos de 1990 dos EUA (Reynolds, 2000). As pontuações brutas obtidas nesta amostra normativa foram padronizadas através de notas T, cujos procedimentos de cálculo são abaixo expostos. Nos estudos americanos foram ainda efectuados estudos de estabilidade temporal numa amostra de 64 sujeitos em contexto escolar, num intervalo de tempo de duas semanas.

5.1.1.2. O cálculo dos níveis de severidade clínica

De forma a avaliar a intensidade da sintomatologia psicopatológica assinalada, alguns autores (Almeida & Freire, 2003; Reynolds, 2000; Reynolds, 2005) referem a

transformação das pontuações brutas obtidos através dos instrumentos de avaliação psicodiagnóstica em unidades de medida padronizadas (designadas notas padrão), definindo-se depois o “*nível clínico*” de severidade de psicopatologia a partir destas pontuações padronizadas. A classificação em notas padrão é o procedimento utilizado originalmente por Reynolds (2000) na APS-SF para a classificação do *nível clínico* de psicopatologia. A intensidade ou severidade da psicopatologia é avaliada pelas respostas do sujeito aos itens que medem as características (ou seja, os sintomas) da perturbação ou área problema. Na APS-SF as pontuações brutas obtidas numa determinada escala são transformadas em notas T através da seguinte fórmula:

$$T = \frac{X - M}{DP} \times 10 + 50$$

em que X é a pontuação bruta obtida pelo sujeito, M é a pontuação média do grupo normativo e DP é o desvio padrão do grupo normativo. As pontuações padronizadas assim obtidas têm valor médio 50 e desvio-padrão 10. Esta informação padronizada é então usada para determinar a significância clínica dos problemas reportados, calculando-se os níveis de severidade dos sintomas clinicamente relevantes. Na Tabela 9 apresentamos os níveis de severidade clínica da APS-SF.

Tabela 9: Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia definidos com base nas notas *T* da APS-SF (Fonte: Reynolds, 2000, p.31)

Nível de classificação das notas <i>T</i>	Intervalo expresso em DP ^a	Descrição/interpretação clínica
Inferior a 60	Inferior a 1.00	Nível normal
60 a 64	1.00 a 1.49	Nível de sintomas subclínico
65 a 69	1.50 a 1.99	Nível de sintomas clínico ligeiro
70 a 79	2.00 a 2.99	Nível de sintomas clínico moderado
Igual e superior a 80	Igual e superior a 3.00	Nível de sintomas clínico grave

^a Intervalo acima do valor médio 50 expresso em Desvios-Padrão

5.1.1.3. Descrição das escalas da APS-SF

A APS-SF inclui 12 escalas clínicas e duas escalas de validade. Seis das 12 escalas clínicas baseiam-se na sintomatologia do DSM-IV e representam uma amostragem de sintomas do DSM-IV associados com as seguintes perturbações: Perturbação do Comportamento (PC), Perturbação de Oposição (PO), Depressão Major (DEP), Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG), Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Abuso de Substâncias (AS). As restantes seis escalas clínicas da APS-SF não se encontram associadas a desordens e a sintomas específicos do DSM-IV, mas avaliam áreas importantes relacionadas com problemas psicossociais e competências do adolescente: Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), Suicídio (SUI), Problemas Académicos (PA), Propensão à Ira/Violência (PIV), Auto-Conceito (AC) e Problemas Interpessoais (PIP). Da APS-SF fazem ainda parte duas escalas que pretendem avaliar a consistência e a qualidade das respostas: Defensividade (Def) e Inconsistência de Respostas (InconR).

Para a descrição das escalas da APS-SF, recorreremos, sempre que necessário, à edição portuguesa do DSM-IV. Consultámos igualmente o texto revisto (DSM-IV-TR)

publicado em Portugal em 2002. Relativamente às categorias diagnósticas estudadas e descritas na APS-SF, não foi encontrada nenhuma alteração ao texto original.

Na tabela que se segue apresentamos as escalas da APS-SF, e os itens correspondentes a cada uma delas.

Tabela 10. Escalas da APS-SF e itens correspondentes

Escalas da APS-SF	Número de itens	Itens correspondentes
<i>Escalas Clínicas</i>		
Perturbação do Comportamento (PC)	15	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 22
Perturbação de Oposição (PO)	9	27, 29, 33, 35, 36, 38, 39, 41, 42
Abuso de Substâncias (AS)	9	107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115
Propensão à Ira /Violência (PIV)	14	2, 7, 8, 13, 22, 26, 39, 41, 43, 51, 69, 75, 84, 106
Problemas Acadêmicos (PA)	9	28, 30, 32, 37, 42, 47, 59, 61, 65
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	11	46, 49, 52, 54, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 67
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	11	14, 23, 45, 48, 50, 56, 65, 78, 88, 89, 90
Depressão Major (DEP)	14	91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	8	19, 31, 40, 53, 64, 85, 86, 87
Tendência para Suicídio (SUI)	6	73, 77, 80, 93, 104, 105
Problemas de Auto-conceito (PAC)	9	34, 68, 74, 76, 79, 81, 83, 95, 106
Problemas Interpessoais (PIP)	11	33, 43, 44, 45, 55, 66, 70, 71, 72, 82, 84
<i>Escalas de Validade</i>		
Defensividade (Def)	6	5, 12, 15, 21, 24, 25
Inconsistência de Respostas (InconR)	14	15/21, 19/53, 31/53, 34/68, 34/79, 34/81, 39/51, 46/49, 50/91, 62/94, 77/93, 79/81, 79/95, 88/94

A tipologia de respostas da escala foi desenvolvida por Reynolds (2000) respeitando os critérios de sintomatologia do DSM-IV. Assim:

a) Porque alguns sintomas são melhor avaliados através da sua ausência ou presença, vários itens são do tipo dicotômico *Verdadeiro/Falso* (por exemplo, “*usei uma arma quando estava a lutar.*”);

b) Alguns sintomas são mais facilmente avaliados através da sua frequência ou duração: *nunca ou quase nunca, algumas vezes e quase sempre* (por exemplo, “*senti-me triste.*”);

c) Outros sintomas ainda requerem respostas diferentes: *nunca, uma ou duas vezes por semana e três ou mais vezes por semana*. Os itens relativos a abuso de substâncias utilizam uma escala tipo *likert* de cinco níveis, relacionados com a frequência de consumo (por exemplo, *nunca, duas vezes por mês, uma vez por semana, duas vezes por semana e quase todos os dias*);

d) Outra distinção do tipo de resposta da APS-SF é a de que os sintomas são avaliados ao longo de diferentes períodos de tempo, com o intervalo de duração determinado segundo os critérios do DSM-IV. Desta forma, os sintomas são avaliados de acordo com a sua ocorrência durante as últimas *duas semanas, um mês, três meses, seis meses* ou “*em geral*”, esta última categoria avaliando características e sintomas de tipo *traço*. Os sintomas associados a Perturbação Depressiva Major são avaliados de acordo com a sua presença nas *últimas duas semanas*, enquanto os sintomas específicos para a Perturbação da Ansiedade Generalizada são avaliados de acordo com a sua presença nos *últimos seis meses*, de acordo com os critérios do DSM-IV.

5.1.1.4. A distinção entre as Perturbações Interiorizadas e as Perturbações Exteriorizadas na APS-SF

A ordem pela qual estão dispostos os itens na escala reflecte a distinção efectuada pelo autor entre perturbações Interiorizadas e Exteriorizadas, com base nos resultados da análise factorial. Assim, as primeiras sete escalas clínicas representam problemas interiorizados e as restantes cinco escalas clínicas representam problemas exteriorizados.

A relação das escalas clínicas da APS-SF com a dimensão interiorizada / exteriorizada é ilustrada na Tabela 11, segundo os resultados obtidos na análise factorial por Reynolds (2000).

Tabela 11. Resultados da Análise Factorial no estudo americano com as Escalas Clínicas da APS-SF (Fonte: Reynolds, 2000)

Interiorizadas	(Factor 1)	Exteriorizadas	(Factor 2)
Depressão Major	0.900	Perturbação do Comportamento	0.931
Perturbação Pós-Stress Traumático	0.899	Abuso de Substâncias	0.584
Problemas Interpessoais	0.856	Propensão à Ira/Violência	0.550
Perturbação de Ansiedade Generalizada	0.854	Perturbação de Oposição	0.537
Problemas de Auto-conceito	0.709	Problemas Académicos	0.477
Tendência para Suicídio	0.677		
Perturbações do Comportamento Alimentar	0.630		

5.1.1.5. Descrição e interpretação das escalas clínicas da APS-SF

Descreveremos de seguida o conteúdo das escalas clínicas, o tipo de resposta e o período de tempo associado com a avaliação do sintoma. Refira-se que a descrição e a

interpretação das escalas clínicas é baseado nos estudos de validação americanos (Reynolds, 2000).

Escala Perturbação do Comportamento (PC)

A Perturbação do Comportamento (adiante designada por PC) é caracterizada por um padrão de comportamento repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras / normas sociais próprias da idade, constituindo uma das condições mais frequentemente diagnosticadas em Serviços de Saúde Mental (DSM-IV, 1996, 2002). De acordo com o DSM-IV (1996), o comportamento anti-social é geralmente englobado em quatro áreas: agressão a outros, destruição da propriedade, roubo ou fraude e violação grave das regras¹⁰.

A Perturbação do Comportamento caracterizada por conduta não-agressiva (como seja o roubo, a vadiagem e a fuga à escola, a invasão e a destruição de propriedade) é uma das perturbações psicopatológicas com maior prevalência na adolescência (Lahey & Waldman, 2003) e um dos principais motivos para encaminhamento psiquiátrico ou psicológico (Reynolds, 2000). A prevalência estimada de PC no DSM-IV (1996) em sujeitos com idade inferior a 18 anos varia entre 6% a 16% no sexo masculino e entre 2% a 9% no sexo feminino.

A escala PC inclui 15 itens que avaliam um conjunto abrangente de comportamentos anti-sociais, incluindo roubo, lutas, mentiras, crueldade a animais, uso de

¹⁰ O DSM-IV distingue ainda o tipo de comportamento anti-social de acordo com o seu início (na segunda infância ou na adolescência): o comportamento que surge na segunda infância é considerado de maior gravidade e com pior prognóstico que aquele que aparece na adolescência (Prinz, 1998). De acordo com Lahey e Haldman (2003), na população geral, os comportamentos agressivos surgem com menos frequência e são mais comuns nas crianças em idade de início da escolaridade, mas a sua prevalência diminui com a entrada na adolescência.

uma arma durante uma luta, destruição de propriedade, fogo-posto, não adesão a regras em casa ou na escola, problemas com a polícia ou autoridade escolar, assim como outros problemas de comportamento. Os sintomas são avaliados de acordo com a sua presença ou ausência nos últimos seis meses.

De acordo com os estudos efectuados por Reynolds (2000), uma pontuação na escala PC acima de 60T é clinicamente relevante, pontuações entre 66T e 70T reflectem formas mais ligeiras de PC, tais como suspensão da escola, violação de regras em casa ou na escola, roubar e envolver-se em lutas. Pontuações iguais ou superiores a 70T estão frequentemente associadas a comportamentos anti-sociais mais graves, tais como comportamento violento em relação a pessoas ou destruição de propriedade.

Escala Perturbação de Oposição (PO)

A Perturbação de Oposição (adiante designada por PO) apresenta características comuns com a Perturbação do Comportamento, embora seja geralmente vista como menos severa e com menor expressão de comportamento anti-social. A PO apresenta comorbilidade com uma série de outras perturbações: Perturbação de Ansiedade, Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Perturbação de Comportamento e Abuso de Substâncias e Depressão Major (Reynolds, 2000).

Os critérios para o diagnóstico de PO incluem pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: a) encoleriza-se com frequência; b) discute com os adultos; c) desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos; d) importuna deliberadamente as outras pessoas; e) culpa os outros pelo seu comportamento; f) é frequentemente molestado pelos outros; g) é frequentemente rancoroso e vingativo.

A escala PO é constituída por nove itens que avaliam sintomas da Perturbação de Oposição, descritos no DSM-IV (1996) e cuja característica essencial é um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil e desafiante, com uma duração mínima de seis meses, em relação a figuras de autoridade. Uma pontuação de *nível clínico grave* (i.e., ≥ 80) significa que o adolescente pontuou positivamente em todos os nove itens da escala.

Escala Abuso de Substâncias (AS)

De acordo com Reynolds (2000), um uso mínimo de substâncias pode ser considerado normativo em adolescentes, ainda que não necessariamente adaptativo. O abuso de substâncias é, geralmente, um comportamento encoberto relativamente a pais, professores e profissionais de saúde. A dificuldade em detectar sinais de abuso de substâncias e a ausência de definições práticas, fiáveis e válidas desta perturbação contribui para que este problema não seja muitas vezes avaliado ou que seja mal diagnosticado e que assim não sejam desenvolvidos esforços com vista à prevenção e/ou ao tratamento de adolescentes em risco (Waldron, 1998)¹¹. Reynolds (2000) e Waldron (1998) sugerem que esta perturbação apresenta uma elevada comorbilidade com outras perturbações psicopatológicas.

A escala AS avalia o consumo de substâncias nos últimos seis meses, indo de *nunca, duas vezes por mês, uma vez por semana, duas vezes por semana, a quase todos os dias*. Na versão original do instrumento, cada um dos nove itens refere-se a uma substância específica (p.e., álcool, anfetaminas, cannabis, cocaína, alucinogénios, inalantes).

¹¹ De acordo com o DSM-IV (1996; 2001) o diagnóstico de Abstinência é reconhecido para os seguintes grupos de substâncias: álcool, anfetaminas e outras substâncias relacionadas, cocaína, nicotina, opiáceos, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, variando os sintomas de abstinência com a substância utilizada.

Na tradução portuguesa, optámos por introduzir duas novas substâncias - *cannabis* (no item 107) e *heroína* (no item 110) - por se tratarem de substâncias ilícitas de elevado consumo em jovens toxicodependentes em Portugal mas que não constam na versão americana do instrumento. Para esse efeito, consultámos dois especialistas em prevenção e tratamento de toxicodependências, tendo-se introduzido também os termos “*charro*” e “*haxixe*” (no item 107) e “*branca*” e “*rebulau*” (no item 110), de forma a facilitar a compreensão junto dos adolescentes das designações mais comumente utilizadas relativas às referidas substâncias.

O consumo de álcool é avaliado através de dois itens, os quais procuram medir separadamente o consumo de cerveja e o consumo de bebidas brancas (por exemplo, rum e vodka).

A escala AS permite determinar níveis de consumo de substâncias que são clinicamente relevantes, ou seja, cujos níveis de severidade clínica possam ser considerados indicadores de patologia. Uma pontuação AS no *nível sub-clínico* reflecte algum consumo de substâncias, mais frequentemente do uso de álcool e marijuana, podendo no entanto implicar o uso de inalantes ou de cocaína (Reynolds, 2000). Para efeitos de avaliação considera-se que uma pontuação de 45T reflecte uma ausência de consumo nos últimos seis meses.¹² Uma pontuação igual ou superior a 80T está frequentemente relacionada com o consumo de substâncias variadas e com o uso crónico de duas ou mais substâncias.

¹² O autor chama a atenção para o facto de que esta escala foi construída com o objectivo de detectar um consumo clinicamente relevante de substâncias e que uma pontuação abaixo de 60T não significa uma ausência de consumo.

Escala Propensão à Ira/Violência (PIV)

A escala PIV integra 14 itens que avaliam comportamentos que reflectem ira generalizada e violência contra os outros. Os itens avaliam a manifestação excessiva e frequente de cólera em casa ou na escola, a falta de controlo sobre a própria raiva e sobre o seu comportamento, podendo causar dano físico a outros, o uso de uma arma durante uma luta, a destruição de propriedade alheia e ainda a retribuição de ofensas com actos de violência física. O conteúdo dos itens da PIV é indicador de propensão à ira e ao comportamento violento enquanto manifestação excessiva, face às normas sociais e aos comportamentos normativos.

Uma pontuação igual ou superior a 80T demonstra uma grande dificuldade em controlar a ira e uma tendência ao comportamento violento face aos outros.

Escala Problemas Académicos (PA)

A escala PA é constituída por nove itens que avaliam problemas associados à aprendizagem e problemas de comportamento na escola. Os itens incluem sintomas que estão relacionados com a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (DSM-IV, 1996; 2002). A este respeito, os três subtipos de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção que ocorrem em crianças e adolescentes – hiperactivo-impulsivo, desatento e a sua combinação, estão representados por: a) falta de atenção-distractibilidade e b) hiperactividade (Lahey et al., 1994, citado por Reynolds, 2000). A escala PA inclui ainda itens que estão relacionados com a aprendizagem na sala de aula, fazer os trabalhos de casa e colocar-se em situações problemáticas na escola, o que permite obter uma

avaliação abrangente das dificuldades académicas e dos problemas relacionados com a aprendizagem.

Uma pontuação de *nível sub-clínico* entre 60T e 64T é indicadora de possíveis problemas académicos. Reynolds (2000) refere que uma pontuação igual ou superior a 80T revela dificuldades em lidar com as exigências académicas, distração e dificuldades de concentração e ainda possíveis problemas de comportamento na escola.

Escala Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)

Nos adolescentes e de acordo com o DSM-IV (1996; 2002), a Perturbação da Ansiedade Generalizada (adiante designada PAG) inclui a Perturbação de Sobreansiedade na Infância. Estudos com adolescentes *sobreansiosos* sugerem que esta é uma perturbação relativamente prevalente nesta faixa etária (Kashani & Orvaschel, 1988, citado por Reynolds, 2000). Os critérios de diagnóstico para Perturbação da Ansiedade Generalizada incluem ansiedade e preocupação (apreensão expectante) excessiva acerca de um número de acontecimentos ou actividades (tais como o trabalho ou o desempenho escolar), e que ocorre durante mais de metade dos dias, pelo menos durante seis meses¹³. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou perturbação no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área (DSM-IV, 1996; 2002). De referir que a Perturbação da Ansiedade Generalizada pode coexistir com várias outras perturbações, como sejam a Perturbação de Hiperactividade com Défice de

¹³ A ansiedade e a preocupação estão associadas a pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações no sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado e insatisfatório).

Atenção, o Abuso de Substâncias, a Perturbação Depressiva Major e outras perturbações de ansiedade.

A PAG integra 11 itens que avaliam os seguintes sintomas: ansiedade, preocupação, inquietação, fadiga, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, dores no corpo e dificuldade em adormecer. Considerando a elevada taxa desta perturbação em adolescentes, as pontuações de PAG no *nível subclínico* podem reflectir stresse agudo, uma situação transitória ou um acontecimento iminente. Segundo Reynolds (2000), os adolescentes que pontuam nos níveis mais baixos queixam-se frequentemente de nervosismo, tensão, preocupação e queixas somáticas, tendendo ainda a apresentar pontuações elevadas nas escalas Depressão Major e Perturbação Pós-Stress Traumático. Adolescentes que obtêm uma classificação igual ou superior a 80T nesta escala manifestam um grave problema de ansiedade, expressando grande dificuldade em lidar com as exigências quotidianas.

Escala Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)

A escala PPST avalia sintomas associados à experiência de um acontecimento traumático, ou seja, os 11 itens foram concebidos de forma a avaliar a ocorrência de acontecimentos negativos e traumáticos, mal-estar emocional e cognitivo e a reactividade fisiológica aumentada que pode acompanhar esta perturbação (Reynolds, 2000)¹⁴. Segundo

¹⁴ De acordo com o DSM-IV (1996), os critérios para diagnóstico de PPST incluem: a) a exposição a um acontecimento traumático (isto é, acontecimentos que envolveram ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física e psicológica do próprio ou de outros). A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror; b) O acontecimento traumático é reexperienciado de forma persistente, pelo menos através de um dos seguintes modos: através de lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento (as quais incluem imagens, pensamentos ou percepções); sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento, agir ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse novamente a ocorrer; mal-estar psicológico intenso, com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.

o autor, pontuações de *nível moderado* (entre 70T e 79T) são indicadoras de respostas associadas a stresse, como sejam uma reactividade fisiológica aumentada, dificuldades no sono, irritabilidade, afecto depressivo ou instável, sentimentos de despersonalização e ainda o reviver do acontecimento traumático¹⁵. Por sua vez, pontuações iguais ou superiores a 80T representam sintomas de Perturbação Pós-Stress Traumático, sugerindo uma resposta generalizada ao stresse que conduz a limitações em todas as áreas problemáticas.

Escala Depressão Major (DEP)

O conceito de depressão inclui tanto uma síndrome fenomenológica de mal-estar emocional e disfunção significativos, como uma perturbação psiquiátrica formal (Reynolds, 1998b; 2000).¹⁶ De acordo com a nomenclatura corrente e com os principais sistemas de classificação já referidos, a depressão em crianças e adolescentes é considerada como uma perturbação do humor semelhante, em muitas características, à dos adultos. No entanto, um adolescente deprimido pode exteriorizar tais sintomas, como sejam um aspecto claramente triste ou irritabilidade ou, doutro modo, o mal-estar pode estar camuflado por outros

¹⁵ Nalguns casos, uma culpabilização patológica associada ao acontecimento traumático pode aumentar o mal-estar e a ansiedade, assim como interferir nas actividades escolares e do quotidiano. Estes adolescentes podem experienciar também sentimentos de despersonalização, perda de contacto com os outros e com a realidade, introversão e ainda, ideação e comportamento suicida (Reynolds, 2000).

¹⁶ No DSM-IV (1996), a perturbação depressiva Major é apresentada como uma forma aguda e relativamente severa de depressão. O Episódio Depressivo Major pode ser classificado como um episódio único (sem história de episódio maníaco ou hipomaniaco) ou recorrente (uma história de dois ou mais episódios major, separados por, pelo menos dois meses de funcionamento normal). Um conjunto de critérios adicionais caracterizam a natureza do episódio depressivo: características melancólicas; características catatónicas; características atípicas; início no período pós-parto, e ainda; fornece indicações de severidade (ligeiro, moderado, grave), com ou sem características psicóticas e em remissão parcial ou em remissão total (DSM-IV, 1996).

sintomas (por exemplo, um baixo auto-conceito, desesperança, pensamentos suicidas e culpabilidade) (Reynolds, 1994; 1998b).¹⁷

A escala DEP inclui 14 itens que avaliam sintomas primários e secundários de Perturbação Depressiva Major, integrando: a) os componentes emocionais de disforia, b) aspectos cognitivos tais como a ideação suicida, um auto-conceito baixo e sentimentos de culpa, c) sintomas vegetativos como dificuldades em dormir, fadiga e perda de energia, e d) queixas somáticas. Os 14 itens na escala DEP avaliam as nove áreas de sintomas do DSM-IV, assim como sintomas associados (por exemplo, o choro), nas duas semanas anteriores ao teste (Reynolds, 2000).

Na medida em que a Perturbação Depressiva Major tem uma prevalência na adolescência superior à da maioria das restantes perturbações, é necessário um ponto de corte igual ou superior a 65T para indicar um *nível clínico* de sintomatologia (i.e., uma nota T igual ou superior a 65T é indicadora de presença de Depressão Major no adolescente). Também nesta escala, uma pontuação de *nível subclínico* tem relevância clínica. Nalguns casos, uma pontuação de *nível subclínico* está associada a uma pontuação elevada noutras escalas relacionadas com a depressão e problemas interiorizados, tais como PAG, PAC e PPST.

As pontuações no *nível clínico ligeiro* representam pontuações brutas entre 15 e 17 na amostra de standardização americana, indicando que o adolescente convergiu na maioria dos itens. Adolescentes no *nível clínico moderado* tendem a reportar como uma

¹⁷ Reynolds (1998b) chama a atenção para a excessiva rigidez dos critérios do DSM-IV no que diz respeito às perturbações depressivas, os quais podem levar-nos a subestimar as pessoas cujos níveis de sintomas depressivos não são suficientes para corresponder aos critérios de uma perturbação descrita no DSM, mas que, no entanto, podem corresponder a uma gravidade que necessite de intervenção.

queixa primária, disforia, mal-estar generalizado e sentimentos subjectivos de infelicidade. Muitos relatam tristeza, desinteresse e alienação relativamente a actividades e amigos. Não é raro neste nível clínico surgirem manifestações de raiva ou ira dirigida a si próprio ou aos outros, a presença de labilidade emocional e de hipersensibilidade (Reynolds, 2000). Pontuações elevadas na escala DEP podem coexistir com uma ideação suicida e com uma história de tentativas de suicídio, indicando uma forte tendência para um futuro comportamento suicidário. Alguns dos sujeitos que relataram abuso de substâncias obtiveram também um *nível moderado a grave de severidade clínica* na escala DEP.

Escala Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)

A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são perturbações psicopatológicas com início na adolescência, com uma prevalência superior em raparigas do que em rapazes (Garner & Myerholtz, 1998; Reynolds, 2000). Segundo o DSM-IV (1996) as características principais da Anorexia Nervosa são: a) recusa em manter um peso corporal minimamente normal para a idade e altura; b) medo intenso em ganhar peso ou engordar, mesmo quando muito magra, c) perturbação na apreciação do peso e da forma corporal, ou denegação da gravidade do grande emagrecimento actual e; d) amenorreia (após a menarca). As características essenciais da Bulimia Nervosa são a ingestão compulsiva de alimentos e a utilização de métodos compensatórios inapropriados para impedir o aumento de peso (incluindo laxantes, vomitar, exercício físico excessivo e uso de medicamentos).

A escala PCA consiste em oito itens, os quais estão centrados no medo, na preocupação e na percepção de estar gordo, associados à ingestão exagerada ou compulsiva de alimentos, ao acto de provocar o vómito após a ingestão de alimentos e a uma resposta

negativa à comida. Assim, os itens desta escala avaliam aspectos dos critérios B e C do diagnóstico do DSM-IV para a Anorexia Nervosa e para os sintomas associados com a Bulimia Nervosa (Reynolds, 2000).

Os adolescentes com uma pontuação de 80T nesta escala tendem a manifestar um medo intenso de ter excesso de peso, ao ponto de este facto se tornar uma preocupação constante. Assim, os indivíduos com pontuações elevadas na escala PCA cuja aparência física sugira um peso significativamente inferior ao normal, podem estar em risco de um diagnóstico de Anorexia ou de Bulimia Nervosa. Segundo o autor, os adolescentes com pontuações PCA elevadas podem manifestar sintomas numa série de perturbações interiorizadas (por exemplo, Depressão Major e Perturbações da Ansiedade, ideação ou comportamentos suicidas), tendendo geralmente a manifestar um baixo auto-conceito (PAC) e dificuldades interpessoais (PIP).

Escala Tendência para Suicídio (SUI)

O comportamento suicida pode ser o resultado de um acto impulsivo perante uma situação de significativo mal-estar ou, decorrer de uma ideação suicida, mentalizada e planeada. As características psicológicas associadas com o comportamento suicida variam bastante e embora este apresente uma elevada comorbilidade (nomeadamente com as perturbações do comportamento, o abuso de substâncias e a depressão major), não existe um padrão de psicopatologia que descreva adequadamente os adolescentes que apresentem

ideação suicida, que façam uma tentativa de suicídio ou que se suicidem (Spirito & Donaldson, 1998)¹⁸.

A percentagem de comportamentos suicidários surge em alguns estudos como relativamente elevada na população adolescente (Reynolds & Mazza, 1994, citado por Reynolds, 2000; Spirito & Donaldson, 1998), ocupando em Portugal, segundo Sampaio (1993), o segundo lugar nas causas de morte para a faixa etária dos 15 aos 24 anos.

A escala SUI é composta por seis itens que avaliam a ideação suicida e comportamentos suicidas. Os itens específicos avaliam uma amplitude de comportamentos suicidários, como por exemplo, uma ideação ligeira de desejar nunca ter nascido, pensamentos graves de matar-se, e ainda, ter efectuado uma tentativa de suicídio. Reynolds (2000) refere que sempre que sejam encontradas pontuações de *nível subclínico* nesta escala, devem-lhes ser atribuídas uma importância acrescida, de forma a proceder a uma leitura clínica dos itens assinalados. Os adolescentes cuja pontuação for igual ou superior a 80T na SUI tendem a apresentar pensamentos auto-destrutivos e comportamentos suicidas, daí a necessidade de avaliação, intervenção e monitorização junto destes adolescentes.

Escala Problemas de Auto-Conceito (PAC)

Segundo Owens (1995), o conceito de *self* pode ter diferentes significados associados às diversas capacidades, aptidões, interesses e atributos pessoais que um indivíduo crê possuir e são distintos de indivíduo para indivíduo. Ao solicitar-se aos adolescentes para avaliar o seu funcionamento em várias áreas, é provável que se auto-

¹⁸ Os pensamentos suicidas podem variar em frequência, intensidade e duração, tendo um significado subjectivo para o indivíduo e para a família. Assim, para além da intenção real ou não do adolescente em suicidar-se, o comportamento suicidário representa um modo do adolescente comunicar o seu enorme mal-estar ou uma forma para chamar sobre si a atenção da família.

percepçõem como tendo diferentes capacidades face às diversas tarefas que têm de desenvolver¹⁹. Assim, a forma como um indivíduo se descreve na relação com os outros e com as suas próprias competências, constitui, de acordo com Bacchini e Magliulo (2003), um indicador válido do seu nível de adaptação às tarefas desenvolvimentais que caracterizam a adolescência.

A escala PAC inclui nove itens que avaliam aspectos básicos do auto-conceito e da auto-estima, avaliando duas áreas principais do auto-conceito: a) sentimentos de auto-desvalorização; e b) o auto-conceito físico e social e a percepção da avaliação de si pelos outros. Os itens PAC são cotados de forma a que uma pontuação elevada nesta escala indica uma pobre auto-estima e um pobre auto-conceito. Deste modo, pontuações baixas no PAC (i.e., inferiores a 46T) podem ser interpretadas como representando um auto-conceito positivo e um sentimento de auto-valorização. Pontuações entre 46T e 57T são ainda geralmente indicadoras de um bom auto-conceito e de uma auto-avaliação e auto-estima positivas, enquanto que, os adolescentes que pontuam nos *níveis clínicos ligeiro e moderado* (i.e., entre 65T e 79T) geralmente relatam uma auto-estima e um auto-conceito baixos. Um nível de *severidade clínica grave* está associada a um auto-conceito patologicamente baixo, ideação e comportamento suicida e a comportamento auto-agressivo e auto-mutilações.

¹⁹ Ou seja, podemos esperar que eles se descrevam como capazes de dominar um aspecto do seu ambiente e que, no entanto, se descrevam como tendo dificuldade em dominar outro aspecto ou competência. Devido à tendência do indivíduo para generalizar as capacidades que possui numa área específica, em detrimento de outras em que não se sente igualmente competente, o adolescente irá indicar certas características ou competências pessoais como dominantes e outras como marginais ou secundárias (Owens, 1995).

Escala Problemas Interpessoais (PIP)

A escala Problemas Interpessoais é composta por 11 itens e avalia problemas na relação com os outros, solidão, falta de amigos, introversão social e “*o sentimento de que a vida corre mal*”(Reynolds, 2000, p. 39). As dificuldades interpessoais podem incluir o sentimento de perda do sentido da realidade (medo de enlouquecer) e a percepção de falta de auto-controlo emocional e comportamental.

Uma pontuação nos níveis *ligeiro* e no *nível moderado* pode estar associada a sentimentos de solidão, falta de amigos e dificuldades na relação com outros. Por sua vez, adolescentes que pontuam no *nível de severidade clínica grave* podem estar a experienciar uma ausência ou a presença de poucos amigos, assim como a dificuldade em fazer amigos e em estar com outras pessoas (Reynolds, 2000). Podem ainda manifestar-se problemas a nível do auto-controlo, com consequências a nível das relações com os pares, pais e outros adultos. Pode ainda co-ocorrer uma diminuição no rendimento académico, como consequência dos problemas a nível das relações interpessoais, da falta de suporte social e ainda de possíveis acontecimentos negativos que alguns destes adolescentes possam estar a experienciar.

5.1.1.6. Descrição e interpretação das escalas de validade

As duas últimas escalas da APS-SF representam indicadores de validade, e têm como finalidade avaliar respostas que, pela sua inconsistência face ao conteúdo dos itens ou extrema defensividade, possam invalidar o protocolo das respostas. São estas a escala Defensividade e a escala Inconsistência de Respostas, que de seguida passamos a descrever.

Escala Defensividade (Def)

No que se refere à escala Defensividade (adiante designada por Def) inclui seis itens, cuja direcção de resposta sugere uma actividade defensiva ou uma propensão para dar uma imagem de si socialmente desejável. Esta última característica reflecte o desejo de apresentar-se de forma excessivamente positiva. Consoante refere Reynolds (2000), os itens nesta escala estão dispostos de forma a sugerir uma das seguintes características no sujeito: a primeira é a de um comportamento ou afecto altamente improvável, de que é paradigmática uma resposta do tipo *Verdadeiro* ao item 21 (“*Nunca me aborreci com os meus pais.*”); a outra característica é a de dar uma imagem de si excessivamente positiva, de que é exemplo uma resposta *Verdadeiro* ao item 24 (“*Eu fiz sempre aquilo que era correcto fazer.*”).

Uma pontuação Def igual ou superior a 65T indica, na amostra americana, três ou mais respostas Def. e pontuações entre 65T e 73T indicam que o protocolo APS-FS deve ser interpretado com precaução, devendo tomar-se também em consideração a pontuação na escala InconR e as características qualitativas do protocolo. Pontuações acima de 80T indicam provavelmente um protocolo inválido. No entanto, Reynolds sugere que, antes do examinador invalidar um protocolo por apresentar pontuações Def elevadas, deve analisar os itens respondidos neste sentido, de forma a determinar se algum tipo de circunstâncias reais (como por exemplo, o ter sido abandonado em criança) pode explicar uma pontuação Def elevada.

Escala Inconsistência de Respostas (InconR)

A escala Inconsistência de Respostas (adiante designado InconR) consiste em 14 pares de itens que avaliam a consistência das respostas, uma vez que o seu conteúdo pode ser similar ou dissimilar. Um exemplo de resposta inconsistente será uma resposta de *Nunca ou Quase Nunca* ao item 88 – “Tive dificuldade em adormecer à noite.”, emparelhada com uma resposta de *Quase Todos os Dias* ao item 94 - “Tive dificuldade em adormecer.”. Pontuações InconR abaixo de 70T sugerem que os sujeitos responderam de forma consistente e interpretaram correctamente o conteúdo dos itens. Pontuações acima de 70T surgem quando três ou mais pares de itens são respondidos de forma inconsistente.

Os protocolos com pontuações InconR entre 70T e 89T devem ser examinados, por este indicador sugerir confusão ou má interpretação do conteúdo dos itens. Sujeitos que respondam de forma descuidada, desatenta ou dissimulada tenderão a obter notas T elevadas nesta escala. Pontuações T acima de 90 indicam uma resposta inconsistente e podem reflectir respostas ao acaso, desatenção, confusão mental, dificuldades de leitura ou uma atitude de antagonismo face à situação de avaliação. Nestes casos, pode presumir-se que o respondente não forneceu uma resposta de auto-relato válida e que as pontuações nas restantes escalas da APS-SF são inválidas, não podendo ser interpretadas.

5.1.1.7. Procedimentos de cotação das escalas APS-SF

Na sua forma original a APS-SF é cotada utilizando um programa computadorizado. No entanto, este procedimento só é viável para a utilização da escala em contexto clínico,

porque apenas permite a análise de um protocolo de cada vez. Este programa fornece uma classificação para um dado sujeito em notas T para as várias escalas, com base na estandardização efectuada para a população americana.

Os procedimentos de cotação para as diferentes escalas estão dispostos no Anexo 4. De acordo com o estipulado pelo autor, são excluídos os questionários cujos itens deixados em branco sejam superiores a 20% do número total de itens numa escala.

5.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory*, adiante designado BSI) é uma versão abreviada do SCL-90 de Derogatis (1977), construído pelo autor em 1982. O BSI foi originalmente validado para aplicação a sujeitos adultos, embora possa ser utilizado com sujeitos adolescentes, desde que respeitado o requisito da presença de um técnico durante a sua administração (Canavarro, 1999b). Os estudos preliminares do inventário (Derogatis & Melisaratos, 1983), com base numa amostra de 1002 pacientes psiquiátricos em ambulatório, 313 pacientes em situação de internamento psiquiátrico e 719 sujeitos da população geral, revelaram bons índices de estabilidade temporal e de validade convergente e discriminante (os coeficientes alpha para as nove dimensões da escala variaram entre 0.71 na dimensão Psicoticismo e 0.85 na dimensão Depressão; o coeficiente de estabilidade temporal ou teste-reteste, efectuado com 60 sujeitos, variou entre 0.68 na dimensão Somatização e 0.91 para a dimensão Ansiedade Fóbica).

A versão portuguesa do BSI foi adaptada por Canavarro (1999a) com uma amostra de 551 sujeitos da população geral e uma amostra da população clínica, com idades entre os

15 e os 68 anos. Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa por Canavarro (1999a) revelaram boas qualidades psicométricas, apresentando resultados satisfatórios quanto à fidelidade e à validade²⁰.

Neste inventário de auto-resposta, o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou na última semana, numa escala tipo *likert* de cinco pontos (de “nunca”- 0 a “muitíssimas vezes”- 4). A administração do inventário demora em média 10 minutos.

O BSI pretende avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Estes últimos consistem em avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia. As nove dimensões primárias são a Somatização, as Obsessões-Compulsões, a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, a Ansiedade, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica, a Ideação Paranóide e o Psicoticismo. A **Somatização** remete para o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, estando as queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro sistema com clara mediação autonómica. A dimensão **Obsessões-Compulsões** inclui sintomas identificados com a síndrome obsessivo-compulsiva e remete para as cognições, os impulsos e os comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Esta dimensão inclui também os comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral. A dimensão **Sensibilidade Interpessoal** centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a

²⁰ Os estudos de consistência interna do BSI resultaram em índices satisfatórios, situados entre 0.40 e 0.70. A estabilidade temporal da escala foi avaliada também por Canavarro (1999a) numa amostra de 108 sujeitos, em que os valores índices obtidos situaram-se entre 0.45 e 0.80.

hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão. Os itens da dimensão ***Depressão*** são indicadores de depressão clínica, estando representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida; A dimensão ***Ansiedade*** reporta-se a indicadores gerais tais como o nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, bem como componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade. A dimensão ***Hostilidade*** inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos da cólera. A dimensão ***Ansiedade Fóbica*** é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que, sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. A ***Ideação Paranóide*** representa o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo da perda de autonomia e os delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. Por fim, o ***Psicoticismo*** abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento.

Os três Índices Globais são: o ***Índice Geral de Sintomas (IGS)*** – número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade; o ***Total de Sintomas Positivos (TSP)*** – número de sintomas assinalados e – o ***Índice de Sintomas Positivos (ISP)*** – medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes.

Para obter-se as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão, sendo a soma

obtida dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu para essa dimensão. O resultado obtido expressa-se, assim, no intervalo de 0 a 4. Quatro itens (11,25, 39 e 52) não pertencem a uma dimensão específica, mas são relevantes do ponto de vista clínico, pelo que são considerados apenas nas pontuações dos três Índices Globais. O *Índice Geral de Sintomas* (IGS) é calculado através da soma das pontuações de todos os índices, divididos pelo número total de respostas (i.e., 53, se não existirem respostas em branco). O *Total de Sintomas Positivos* (TSP) é obtido contabilizando o número de itens assinalados com uma resposta positiva (i.e., maior que zero). O *Índice de Sintomas Positivos* calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

5.3. Inventário de Percepções Adolescentes – IPA (Streit, 1978; Fleming, 1997)

A versão original do Inventário de Percepções Adolescente (adiante designado por IPA) - o *Youth Perception Inventory* – foi construída por Fred Streit (1978, citado por Fleming, 1997), tratando-se de uma versão revista do *Children's Report of Parent Behavior Inventory* de Earl S. Schaefer (1965, citado por Fleming, 1997), tendo sido concebido para medir a percepção das atitudes e comportamentos educativos parentais.

A versão utilizada no presente estudo foi validada por Fleming (1988; 1997) para a população portuguesa, numa amostra de 994 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A validade das escalas foi testada por Fleming (1988,1997) através de dois procedimentos: a correlação item-teste e o coeficiente alfa de Cronbach.

O estudo das percepções das atitudes parentais, ou seja, a percepção que o adolescente tem da qualidade e da intensidade da relação com os seus pais, efectua-se segundo duas *dimensões principais*: a dimensão do Afecto (Amor versus Hostilidade) e a dimensão das Práticas Educativas (Autonomia versus Controlo). A dimensão Amor versus Hostilidade remete para a qualidade afectiva da relação com os pais e tem subjacentes conceitos que devem ser entendidos num contínuo aceitação / protecção / calor afectivo até à frieza emocional e à rejeição. A dimensão Autonomia versus Controlo remete para as práticas educativas e tem subjacente os conceitos de autoritarismo e punição (Fleming, 1997).

O questionário, composto por 63 itens, apresenta-se em formato de auto-resposta, sendo dadas ao sujeito quatro possibilidades de resposta: *Mãe e Pai*, *Só Mãe*, *Só Pai* e *Nem Mãe nem Pai*, devendo o sujeito mostrar, para cada questão, a forma como sente que os seus pais o tratam na maior parte das vezes. De referir que no nosso estudo a formulação e a construção sintáctica dos itens foram mantidas integralmente relativamente à versão de Fleming (Anexo 5).

As quatro escalas do IPA (Fleming, 1988, 1997) medem as seguintes dimensões do comportamento parental: *Amor* (Factor 1), *Hostilidade* (Factor 2), *Controlo* (Factor 3) e *Autonomia* (Factor 4) e são compostas respectivamente por 30 itens (Factor 1), 17 itens (Factor 2), 10 itens (Factor 3) e 6 itens (Factor 4). Para medir a dimensão Afecto são contabilizadas as pontuações no Factor 1 (itens 1, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63) e no Factor 2 (itens 3, 5, 8, 14, 16, 19, 22, 26, 28, 34, 38, 44, 46, 52, 56, 58, 62). Para medir a dimensão práticas

Educativas são contabilizadas as pontuações no Factor 3 (itens 2, 6, 12, 18, 24, 32, 36, 42, 48, 54) e no Factor 4 (itens 10, 20, 30, 40, 50, 60).

A cotação da escala foi efectuada com base no procedimento proposto por Fleming (1988). O valor de cada dimensão é obtido através do número de respostas positivas dadas em todos os itens do factor, dividido pelo número de itens que o compõem e multiplicando o resultado pela constante 100. Na pontuação é atribuído uma ponderação maior à resposta dada na categoria “*mãe e pai*” do que à resposta dada nas categorias “*só mãe*” ou “*só pai*”, na proporção de 2:1. Obtém-se assim, para cada dimensão, um intervalo de pontuação que vai de 0 a 200, sendo que, quanto maior o valor, maior será a intensidade de percepção nessa dimensão. Os níveis de intensidade da Percepção das Atitudes Parentais também são medidos de acordo com o critério utilizado por Fleming (1988). Assim, a intensidade de percepção nas quatro dimensões (Amor, Hostilidade, Controlo e Autonomia) foi pontuada com os seguintes valores: baixa – valores pontuados entre 1 e 70, moderada – valores pontuados entre 70 e 140 e, alta – valores pontuados entre 140 e 200. Não foram considerados válidos os questionários cujo número de itens não respondidos tenham excedido 10% do total de itens da escala, consoante o procedimento utilizado por Fleming (1988) no estudo de validação do instrumento.

5.4. California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module (Versão 6.0) – HKRA

O *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module* (Versão 6.0, de agora em diante designado por HKRA) foi concebido como um módulo opcional do

Califórnia Healthy Kids Survey, e teve na base da sua concepção o levantamento de necessidades, planeamento e de avaliação de programas educacionais pelo Departamento de Educação da Califórnia. Este módulo foi assim concebido para que pudesse contribuir para a compreensão da rede de relações entre os factores protectores, traços de resiliência, promoção de comportamentos de saúde e outros resultados desenvolvimentais positivos (Constantine, Benard & Diaz, 1999).

A concepção teórica subjacente a este instrumento foi desenvolvida por Benard (1991, 1995) para quem a resiliência seria entendida como um processo desenvolvimental dinâmico. Neste sentido, Constantine, Benard e Diaz (1999) desenvolveram uma estrutura teórica que articulava uma representação multidimensional dos factores de resiliência e das suas inter-relações. Esta estrutura integrou seis grupos de recursos - três externos e três internos, nos quais se encontram 19 dos recursos que são mais referenciados na literatura como estando associados a resultados positivos e à protecção de riscos relativamente à saúde nos adolescentes.

Os três grupos de factores protectores (Recursos Externos) referem-se a *Relações Afectivas*, *Expectativas Elevadas* e à *Participação Significativa*, incluindo cada um destes um conjunto de recursos baseados na família/casa, escola e comunidade. Nos grupos *Relações Afectivas* e *Expectativas Elevadas* são incluídos recursos adicionais envolvendo os pares. A importância destes três grupos de *factores protectores externos* para promover resultados positivos em todos os contextos e ambientes foi enfatizada por Constantine e Benard (2001)²¹. A teoria da resiliência postula que o poder explicativo e preditivo destes

²¹ Os autores chamam a atenção para a noção de que embora sejam vistos como externos, os factores protectores são também influenciados pelo adolescente (pela sua percepção e pela sua capacidade de os fomentar). Os traços de resiliência, usualmente vistos como constructos internos, são também, em certa

três grupos reside na sua habilidade para ir ao encontro das necessidades desenvolvimentais básicas para a segurança, as relações e o sentimento de pertença, identidade, respeito, controlo, poder e significado (Constantine, Benard & Diaz, 1999).

Os três grupos de traços de resiliência (Recursos Internos) são a *Competência Social, a Autonomia e Sentido de Eu* e os *Objectivos e Aspirações*. Os autores defendem o pressuposto de que cada um dos factores protectores externos irá influenciar o processo do desenvolvimento psicossocial do adolescente, manifestando-se essa influência a nível dos traços internos de resiliência. Por outras palavras, os traços de resiliência interna são vistos como resultados e não como causas do processo de desenvolvimento (Constantine, Benard & Diaz, 1999). O modelo teórico apresentado por Constantine e Benard (2001), pressupõe assim que a presença de Recursos Externos (também designados por factores protectores ou apoios desenvolvimentais) irá influenciar o desenvolvimento dos Recursos Internos da criança ou adolescente, conduzindo assim a resultados desenvolvimentais nas áreas social, académica e da saúde.

De acordo com Olsson e colaboradores (2003), o HKRA é um instrumento de medida centrado no *processo de resiliência* e dá-nos uma indicação da diversidade de recursos que os adolescentes podem ter. A assunção implícita a esta abordagem é a de que, quanto maior for a amplitude de recursos de um jovem, mais provável será a capacidade deste mobilizar uma resposta adaptativa perante qualquer crise de vida.

O modelo foi testado numa amostra representativa de 50 mil crianças americanas oriundas de diversos meios sócio-culturais e tem sido referido como um instrumento com

medida, influenciados pelo ambiente externo. No seu entender, “*the model we employ postulates that protective factors are among the primary determinants of resilience traits*” (Constantine & Benard, 2001, p. 4).

boas capacidades de avaliação da resiliência e saúde adolescente, tendo revelado uma boa consistência interna (alfa de Chronbach de 0.80 para os factores protectores e de 0.84 para os traços de resiliência) (Cagampang et al., 2001).

A versão portuguesa do HKRA foi validada por Martins (2005) numa amostra de 905 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos e uma escolaridade entre o 8º e o 12º anos. Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa revelaram boas qualidades psicométricas, apresentando resultados globais satisfatórios quanto à fidelidade e à validade. A análise da consistência interna revelou resultados muito satisfatórios relativos ao procedimento do Coeficiente Alfa de Chronbach. Martins (2005) efectuou ainda o estudo da estabilidade temporal da escala, tendo obtido um valor de $r = 0.616$.

A HKRA (Versão 6.0) é um questionário de auto-resposta numa escala tipo *likert* (1 a 4), correspondendo 1 a *Discordo Totalmente* e 4 a *Concordo Totalmente*. Integra 58 itens que avaliam os dezassete factores protectores e os traços de resiliência – *Recursos externos e Recursos Internos* – distribuídos pelo envolvimento escolar, familiar/casa, comunidade e grupo de pares (Anexo 6). A HKRA avalia 11 recursos externos, através de 31 itens e oito recursos internos através de 18 itens. A organização dos Recursos Externos, assim como dos Recursos Internos, é descrita no quadro 1.

Quadro 1. HKRA: Recursos medidos pelo inventário (Fonte: adaptado de Constantine, Benard & Diaz, 1999 e de Martins, 2005)

A. Factores protectores: Suportes e oportunidades (11 recursos externos)	
Grupos de recursos	Recursos externos específicos
1. Relações afectivas (<i>Caring Relationships</i>) Ligações afectivas de apoio (consideradas um factor protector fundamental na promoção da saúde e sucesso do sujeito, necessidades de segurança, amor e pertença e ainda cooperação/comunicação e empatia).	Relações afectivas com... • Adultos em casa • Adultos na escola • Adultos na comunidade • Pares
2. Expectativas elevadas (<i>High Expectations</i>) Capacidade e sucesso na comunicação consistente de mensagens directas e indirectas (reflecte a confiança do adolescente nas suas capacidades e no apoio para a sua realização, promovem uma orientação firme, definindo limites e possibilitando sentimentos de segurança, liberdade, autonomia, identidade e auto-controlo).	Expectativas elevadas de... • Adultos em casa • Adultos na escola • Adultos na comunidade • Pares pró-sociais

Quadro 1 (cont.). Recursos medidos pela HKRA

3.Oportunidades significativas para participação (<i>Meaningful opportunities for participation</i>) Envolvimento em actividades relevantes (com oportunidades para a responsabilidade e o contributo pessoal, as quais preenchem as necessidades de pertença, domínio, desafio e poder, desenvolvem a cooperação e a comunicação, a resolução de problemas, a auto-eficácia, as metas e os objectivos).	Participação significativa em... • Casa • Escola • Comunidade
B. Traços de resiliência: Resultados desenvolvimentais positivos (8 recursos internos)	
Grupos de recursos	Recursos internos específicos
4. Competência social (<i>social competence</i>) Capacidade para comunicar com eficácia e de forma apropriada (flexibilidade e capacidade de responder nas relações sociais e para demonstrar preocupação ou interesse pelos outros).	• Cooperação e competências de comunicação (<i>cooperation and communication skills</i>): flexibilidade nas relações e capacidade para trabalhar com os outros, capacidade para trocar informação, ideias e para expressar sentimentos e necessidades. • Empatia (<i>empathy</i>): Compreender e importar-se com os sentimentos e as experiências dos outros. • Competências de resolução de problemas (<i>problem solving skills</i>): capacidade para planear, ser criativo, pensar de forma crítica e examinar diversas perspectivas antes de agir.
5. Autonomia e Sentido de Eu (<i>Autonomy and Sense of Self</i>) Sentido de poder e de identidade pessoal.	• Convicção pessoal (<i>personal conviction</i>): Forte sentido do que é certo e errado e de defesa das suas crenças. • Auto-eficácia (<i>Self-efficacy</i>): Crença na sua própria competência. • Auto-consciência (<i>Self-awareness</i>): Conhecimento e compreensão do Eu.
6. Objectivos e Aspirações (<i>Sense of Meaning and Purpose</i>) Crença e compreensão de que a sua vida tem coerência e faz a diferença.	• Optimismo (<i>Optimism</i>) • Objectivos e aspirações (<i>Goals and aspirations</i>): Usar de sonhos específicos e de visões e planos para focar-se no futuro. Expectativas elevadas para si.

O HKRA inclui ainda um grupo de sete itens relacionados com a resiliência – os *Response-set Breakers*, baseados na AKA *Experimental Angst Scale*, que os autores consideram indicadores do desenvolvimento e promoção da resiliência (Martins, 2005). No Quadro 2 são descritos os recursos desenvolvimentais, itens e cotação do HKRA.

A cotação de cada escala é feita através da soma dos pontos obtidos pelo sujeito em cada sub-escala, dividido pelo número dos itens respondidos. O somatório das pontuações das diferentes sub-escalas é posteriormente dividido pelo número de itens de cada sub-escala, de forma a ser obtida uma cotação por escala. O cálculo da pontuação total da escala é obtido através da soma das três escalas RE, RI e AKA a dividir pelo somatório das pontuações obtidas. De acordo com o critério utilizado por Martins (2005), não foram considerados válidos os questionários cujo número de itens não respondidos tenham excedido os 10% do total da escala.

Quadro 2. Descrição dos recursos desenvolvimentais, itens e cotação do *Healthy Kids Resilience Assessment*

<i>Escalas e Sub-escalas</i>	<i>Itens correspondentes</i>
I. Recursos externos	
A – Envolvimento na Escola	
1. Relações afectivas: Adultos na escola	B5, B7 e B9
2. Expectativas elevadas: Adultos na escola	B6, B8 e B10
3. Participação significativa: Na escola	B12, B13 e B14
<i>Cálculo da sub-escala Envolvimento na escola</i>	<i>= Soma dos valores dos itens ÷ n</i>
B – Envolvimento em Casa	
4. Relações afectivas: Adultos em casa	B33, B35 e B37
5. Expectativas elevadas: Adultos em casa	B32, B34 e B 36
6. Participação significativa: Em casa	B38, B39 e B40
<i>Cálculo da sub-escala Envolvimento em Casa</i>	<i>= Soma dos valores dos itens ÷ n</i>

Quadro 2 (cont.): Descrição dos recursos desenvolvimentais, itens e cotação do *Healthy Kids Resilience Assessment*

C – Envolvimento na Comunidade	
7. Relações afectivas: Adultos na comunidade	B17, B19 e B22
8. Expectativas elevadas: Adultos na comunidade	B18, B20 e B21
9. Participação significativa: Na comunidade	B23, B24 e B25
<i>Cálculo da sub-escala Envolvimento na Comunidade</i>	<i>= Soma dos valores dos itens ÷ n</i>
D – Envolvimento com grupo de pares	
10. Relações afectivas: Pares	B26, B27 e B28
11. Expectativas elevadas: Pares pró-sociais	B29, B30 e B31
<i>Cálculo da sub-escala Envolvimento com grupo de pares</i>	<i>= Soma dos valores dos itens ÷ n</i>
<i>Cálculo da escala Recursos Externos</i>	<i>= Soma dos valores das sub-escalas (A + B + C + D) ÷ 4</i>
II. Recursos internos	
12. Cooperação e comunicação	B2-8, B2-10 e B2-11
13. Auto-eficácia	B2-6, B2-7 e B2-9
14. Empatia	B2-1, B2-2 e B2-12
15. Resolução de problemas	B2-3, B2-4, B2-5
16. Auto-consciência	B2-13, B2-14 e B2-15
17. Metas e aspirações	B2-16, B2-17 e B2-18
<i>Cálculo das pontuações totais da escala Recursos Internos</i>	<i>Total = Soma dos valores dos itens das sub-escalas ÷ n</i>
III- Response-set Breakers	
	B11, B1, B2, B3, B4, B15, B16
<i>Cálculo da escala Response-set Breakers (AKA)</i>	<i>= Soma dos valores dos itens ÷ n</i>

5. 5. Questionário sobre as características familiares, acontecimentos de vida e comportamento delinquente de jovens abrangidos pela Lei Tutelar Educativa

Com base na revisão da literatura, construímos um questionário composto maioritariamente por respostas fechadas (apresentado no Anexo 7), o qual foi posteriormente aplicado aos técnicos de reinserção social responsáveis pela avaliação e/ou acompanhamento dos adolescentes da amostra (grupo delinquente). Foi nossa intenção obter dados relativos ao:

Contexto Familiar: tamanho da família, tipo de estrutura familiar, tamanho da fratria, lugar na fratria, nível sócio-económico dos pais, nível educacional e situação profissional dos pais. Foi efectuado ainda um levantamento relativamente à história de comportamento desviante na família (consumo de substâncias, prostituição e comportamento delinquente) e maus-tratos do adolescente.

Contexto escolar: nível de escolaridade, progresso escolar, motivação face à escola, rendimento escolar, interesses vocacionais ou inserção profissional.

Envolvimento social do sujeito: participação em actividades de grupo de adolescentes, formas de ocupação de tempos livres e existência de interesses extra-curriculares.

Problemas de comportamento: vadiagem, fugas à escola, fugas de casa, consumo de substâncias, história de problemas de comportamento na infância.

Comportamento delinquente do adolescente: número e tipo de actos delinquentes (diversidade de delitos), persistência, gravidade, precocidade e circunstâncias do delito (cometido individualmente, em grupo de pares ou com adultos).

6. Procedimentos

Iniciamos este ponto com os procedimentos relativos à tradução da APS-SF e adaptação do BSI para os adolescentes e a de recolha de dados relativos aos Estudos 1 e 2. Segue-se os procedimentos relativos à recolha de dados para o Estudo 3.

6.1. Procedimentos preliminares de adaptação dos instrumentos de avaliação de sintomas psicopatológicos (Estudo 1)

6.1.1. Procedimentos de tradução do APS-SF

O processo de adaptação da *Adolescent Psychopathology Scale –Short Form* iniciou-se com o pedido de autorização à entidade que detêm os direitos de autor do instrumento (*Psychological Assessment Resources, Inc.* - PAR). A autorização para a adaptação da APS-SF para a população portuguesa foi deferida, após satisfeitos os seguintes requisitos: a) compromisso de cedência dos resultados dos estudos de validação do instrumento para a população portuguesa, b) não cedência do instrumento a terceiros; e c) a utilização do instrumento ficar dependente da avaliação pela PARs da fidelidade de tradução através do envio da retroversão (Anexo 8).

A tradução e retroversão do instrumento foi efectuada de acordo com o procedimento de Behling e Law (2000), tendo sido este o método requerido pelos detentores dos direitos de autor do instrumento. Os procedimentos seguidos foram: 1) o

questionário foi primeiramente traduzido por um docente bilingue do ensino superior, para a língua portuguesa; 2) um segundo docente do ensino superior, perito na língua inglesa e sem qualquer conhecimento do conteúdo do instrumento original, efectuou a retro-tradução do instrumento para o inglês; 3) a retro-tradução foi enviada para a PARs, para aprovação pelo autor do instrumento. Uma vez que não se observaram quaisquer incompatibilidades significativas na comparação dos itens originais com a retroversão, esta última foi aprovada pela PARs (Anexo 8); 4) A versão original e a versão traduzida foram comparadas pelos tradutores, de forma a decidir da adequação da linguagem ao grupo etário que iria ser alvo do estudo. Tendo em vista este objectivo, foram ainda consultados dois professores do 2º e 3º ciclos. Por fim, o instrumento foi dado à apreciação de um pequeno grupo de adolescentes (com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos) para avaliar se existiam quaisquer dificuldades de compreensão das instruções, assim como do conteúdo dos itens. Não foi necessário proceder-se a quaisquer alterações.

Na tradução das instruções para o preenchimento da escala, mantivemo-nos fiéis às instruções originais, respeitando a preocupação de reduzir ao mínimo possível quaisquer expectativas negativas dos adolescentes relativamente a uma possível avaliação de psicopatologia. Neste sentido, procurámos manter a redução de expectativas negativas e portanto de defensibilidade perante o questionário, quer nas instruções verbais, quer nas instruções escritas dadas para o seu preenchimento (Anexo 9).

6.1.2. Adaptação do BSI numa amostra de adolescentes portugueses

O interesse do estudo do BSI para a população adolescente advém do facto de, tal como Canavarro (1999b) refere, ter a vantagem de ser um questionário de auto-resposta breve, não exigindo demasiado esforço por parte do adolescente, quando comparado com outros questionários construídos para quantificação de psicopatologia. Por outro lado, este pretende ser uma medida diversificada de avaliação de psicopatologia. Como desvantagem, Derogatis e Melisaratos (1983) salientaram que, enquanto medida de auto-resposta, o BSI presta-se a que o indivíduo responda de acordo com a desejabilidade social, favorecendo estilos extremos de resposta, o que pode contribuir para uma triagem de falsos positivos ou de falsos negativos, no que respeita aos índices de psicopatologia avaliados. Quando se estuda um grupo de adolescentes, estas desvantagens devem ser devidamente ponderadas. No entanto, tal como defendem Derogatis e Melisaratos (1983), para além das suas vantagens em tempos de economia de recursos técnicos e materiais, os instrumentos de auto-resposta para avaliação de psicopatologia podem permitir o acesso a “*informação que deriva directamente da pessoa que está a experienciar o fenómeno*” (p.595), que neste caso é o próprio adolescente. Parece-nos pois pertinente estudar se o BSI é suficientemente fiável para aplicação em adolescentes, embora não esquecendo que as conclusões deste estudo estão à priori limitadas pela não representatividade da amostra.

Após cedência e autorização de utilização do instrumento no âmbito da presente investigação pela autora da validação para a população portuguesa, o instrumento foi primeiramente administrado a residentes numa instituição privada de solidariedade social com idades entre os 12 e os 15 anos, para controlo do grau de compreensão e dificuldade

das questões e do tempo da sua aplicação. O tempo de duração médio para o preenchimento da bateria total de questionários (questionário de dados sócio-demográficos e familiares, APS-SF, BSI, IPA e IKRA) foi de cerca de 40 minutos.

Devido a dificuldades de compreensão de alguns vocábulos, foi necessário alterar 3 itens, que de seguida apresentamos. Assim, o item 19 - *Sentir-se atemorizado* foi alterado para *Sentir-se assustado*, o item 30 - *Calafrios ou afrontamentos* foi alterado para *Sensações de frio ou de calor*, e o item 33 - *Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo* foi alterado para *Sensação de anestesia (dormência ou formigueiro) no corpo* (Anexo 10).

6.2. Procedimentos de recolha de dados nos Estudo 1 e 2: Grupo escolar

Iniciamos este ponto com a descrição do pré-teste realizado com todos os instrumentos de avaliação de psicopatologia a um grupo de oito voluntários (com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos), para avaliar eventuais dificuldades de compreensão das instruções, assim como do conteúdo dos itens. Não foi necessário proceder-se a quaisquer alterações. O tempo médio de administração foi de 50 minutos. De seguida referir-nos-emos aos procedimentos de recolha de dados efectuados para os Estudos 1 e 2.

Após ter sido efectuado um pedido de autorização formal aos Presidentes dos Conselhos Executivos das Escolas (Anexo 11) e do respectivo consentimento expresso, foi enviada uma carta aos encarregados de educação dos adolescentes, através do director de

turma, com um pedido de autorização relativamente à participação do aluno (a) no estudo (Anexo 12).

Aos alunos cujos pais não manifestaram impedimentos à colaboração no estudo, foi efectuado um novo pedido de participação voluntária, anónima e confidencial, tendo ainda sido facultadas explicações pela investigadora sobre os objectivos gerais do estudo. O questionário foi aplicado no contexto de sala de aula, na presença da investigadora e do director de turma. Sempre que não foi possível terminar o preenchimento do questionário numa única sessão, por esta ultrapassar o período de 45 minutos, foi solicitado aos adolescentes que assinalassem o seu questionário com um símbolo que só eles identificassem e os questionários foram recolhidos pela investigadora, que os voltou a entregar aos adolescentes na aula seguinte, designada para o efeito. A resposta aos questionários decorreu, no geral, sem dificuldades, tendo o tempo de resposta oscilado entre os 40 e os 60 minutos.

De forma a podermos controlar a influência da variável saturação/cansaço nas respostas, os instrumentos foram aplicados alternadamente aos sujeitos numa de quatro versões. Assim, a ordem de aplicação da primeira versão foi APS, HKRAM, IPA e BSI, da segunda foi HKRAM, IPA, BSI e APS, da terceira IPA, BSI, APS e HKRAM e da quarta aplicação BSI, APS, HKRAM e IPA.

Para o cálculo da fidelidade temporal dos instrumentos de psicopatologia foi efectuado um reteste com sujeitos de duas das escolas que fizeram parte da amostra global, 12 semanas após o primeiro momento de aplicação dos instrumentos. Neste reteste, foram considerados válidos 68 questionários da APS-SF e 71 questionários do BSI.

6.3. Procedimentos de recolha de dados no Estudo 3: Adolescentes delinquentes

Neste ponto descreveremos os procedimentos de recolha de dados efectuados no Estudo 3. Foi inicialmente apresentado um pedido de colaboração junto do Presidente do Instituto de Reinserção Social, o qual foi posteriormente deferido para a Comissão de Avaliação de Documentos Administrativos (CADA) para avaliação da não violação das regras de confidencialidade de dados relativos aos menores em contacto com o Sistema de Justiça (Anexo 13).

Em Maio de 2004, foi efectuada uma sessão de informação junto dos coordenadores das Equipas de Menores do Instituto de Reinserção Social do Sul (Setúbal, Santiago do Cacém, Portalegre, Évora, Beja, Loulé, Portimão e Faro), tendo então sido explicitadas as principais questões teóricas, os objectivos e os procedimentos do estudo.

Após efectuada a tradução e adaptação dos instrumentos para a população portuguesa, foi pedida a participação voluntária e confidencial de todos os adolescentes acompanhados nas oito equipas da direcção Regional do Sul do Instituto de Reinserção Social, em condições de responder ao inquérito, e ainda a adolescentes a cumprir medida de internamento em dois Centros Educativos do Ministério da Justiça. Para que esta finalidade pudesse ser cumprida, a investigadora deslocou-se a todas as equipas em causa para reunir com os respectivos técnicos e coordenadores das equipas de menores, tendo sido discutidos os procedimentos de aplicação dos questionários e esclarecidas possíveis dúvidas sobre os mesmos. Por se tratar de uma população em que surgem frequentemente dificuldades de literacia, de baixos níveis de atenção/concentração e de baixa tolerância a situações de

leitura, sempre que necessário, os instrumentos foram aplicados em duas ou mais sessões. As sessões de aplicação decorreram na presença do técnico de reinserção social responsável pelo acompanhamento do menor.

A par com o preenchimento dos questionários, foram recolhidos dados demográficos e sócio-familiares junto do técnico responsável pelo processo. Para preencher a ficha de dados do menor, foi solicitado aos técnicos que recorressem quer a dados de entrevista, quer a dados dos processos individuais dos menores.

7. Análise e tratamento dos dados

Os procedimentos de análise e tratamento dos resultados relativos ao Estudo 1 são descritos no Capítulo 6. Para a análise dos resultados obtidos nos Estudos 2 e 3, utilizámos metodologias de comparação de grupos com testes paramétricos (testes t e análises de variância simples) e não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Sempre que foi necessário avaliar o grau de associação entre variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, em função da natureza métrica das variáveis em estudo. Por último, de referir que o nível utilizado para avaliar a significância dos testes estatísticos efectuados foi de 0.05. Todas as análises foram realizadas com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos SPSS (versão 14.0).

Capítulo 6

Estudo 1 – Características psicométricas dos instrumentos de avaliação de psicopatologia: apresentação, análise e discussão dos resultados

Neste capítulo procedemos ao estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação de psicopatologia utilizados na nossa investigação, nomeadamente, a Escala de Psicopatologia do Adolescente – Forma Abreviada (*Adolescent Psychopathology Scale – Short Form – APS-SF*) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory – BSI*). De acordo com Almeida e Freire (2003), a informação relativa às características psicométricas de um instrumento é requerida quando se deseja transpor a utilização deste para uma amostra com características diferentes daquela para a qual foi originalmente construído. Assim, de forma a permitir a utilização da APS-SF e do BSI nos estudos 2 e 3 da presente investigação, efectuámos a análise das propriedades psicométricas destes instrumentos. Esta contempla o estudo da fidelidade e da validade das medidas.

A análise da fidelidade dos instrumentos informa-nos sobre o grau de confiança que podemos ter na informação por eles obtida. Almeida e Freire (2003) referem duas significações mais habituais do conceito de fidelidade: a consistência interna ou homogeneidade dos itens (se os itens que compõem o teste se apresentam como um todo homogéneo) e a estabilidade ou constância dos resultados (se o teste avalia o mesmo quando aplicado em dois momentos diferentes)¹. A fidelidade do APS-SF e do BSI foi estudada através da consistência interna dos itens (avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach) e através da sua estabilidade temporal, tendo-se recorrido ao método teste-reteste.

No que diz respeito à validade de constructo das medidas, esta refere-se ao estudo do grau de consonância entre os resultados obtidos e a conceptualização teórica

¹ Os autores chamam a atenção para o sentido relativo do conceito de fidelidade, ou seja, aquilo que procuramos saber com este procedimento é “em que medida os sujeitos tendem a manter as respectivas posições ao longo do tempo e para além de mudanças operadas nas reais características avaliadas” (Almeida & Freire, 2003, p.158).

do instrumento (isto é, se o instrumento mede as dimensões conceptuais que pretende medir) (Almeida & Freire, 2003). Uma das metodologias utilizadas para aferir a validade de constructo numa prova psicológica é a análise factorial, termo genérico empregue para designar um conjunto de métodos estatísticos multivariados, cujo objectivo principal é o da redução e simplificação dos dados. Em traços gerais, a análise factorial tem em vista analisar as inter-relações entre um conjunto possivelmente vasto de variáveis observadas (os itens que compõem o instrumento), pretendendo-se explicar essas relações em termos de um número menor de variáveis latentes, os factores comuns (Everitt, 1996).

1. O estudo das características psicométricas da APS-SF

Iniciamos este ponto com uma abordagem das características psicométricas da APS-SF, tendo em vista caracterizar a distribuição dos resultados das escalas que o compõem. A fidelidade e a validade de constructo do instrumento foram estudadas num grupo de adolescentes de ambos os sexos.

Os estudos da APS-SF foram conduzidos com a amostra total de 656 estudantes e separadamente segundo o sexo ($n = 298$ rapazes e $n = 358$ raparigas) e segundo o grupo etário ($n = 285$ sujeitos com idades compreendidas entre os 12-14 anos; $n = 371$ sujeitos com idades compreendidas entre os 15-19 anos). As características descritivas da amostra estão apresentadas no Capítulo 5.

1.1. Caracterização da distribuição das respostas na APS-SF

Na tabela que se segue são apresentadas as médias, os desvios-padrão, os coeficientes de assimetria e de curtose e a amplitude (mínimo e máximo) das pontuações obtidas pela amostra total nas diferentes escalas da APS-SF. As pontuações expressam-se em notas T , que foram calculadas a partir das pontuações brutas das escalas, obtidas para a amostra total².

No que respeita à forma da distribuição destas pontuações padronizadas, verifica-se que todas elas apresentam assimetria positiva. Tal pode constatar-se pela presença de coeficientes de assimetria estatisticamente significativos para todas as

² Os procedimentos de cotação das notas T para as escalas do APS-SF são apresentados no Capítulo 5.

escalas ($p < 0.001$) e pela observação dos valores extremos de cada escala, que denotam uma clara dispersão à direita do respectivo valor médio. São de destacar as escalas Abuso de Substâncias (AS), Tendência para Suicídio (SUI), Perturbação de Comportamento (PC) e Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) pela marcada assimetria. Na análise dos coeficientes de curtose, voltam a destacar-se estas quatro escalas, indiciando distribuições marcadamente leptocúrticas. As restantes escalas, com exceção da Inconsistência de Resposta (InconR), não apresentam coeficientes de curtose estatisticamente significativos ($p > 0.1$). Estes resultados sugerem a não normalidade da distribuição destas variáveis, que se caracterizam nalguns casos por uma concentração elevada de pontuações nos níveis inferiores da escala.

Relativamente à análise por item, pela sua extensão, remetemos para anexo as estatísticas descritivas dos 115 itens da APS-SF. No que respeita à amplitude, os inquiridos utilizam os vários níveis de resposta para cada escala (Quadro 3, Anexo 14); no entanto, a observação das médias das pontuações brutas indica que a grande maioria dos participantes utilizou os níveis inferiores de resposta.

Os itens cujos valores de assimetria e de curtose se apresentam mais elevados são: item 2. *“Comecei lutas com outros”*, item 3. *“Assaltei uma casa, um carro ou um prédio”*, item 4. *“Fugi de casa duas ou mais vezes”*, item 6. *“Magoei animais”*, item 7. *“Usei uma arma quando estava a lutar”*, item 18. *“Fui suspenso ou expulso da escola”*, item 20. *“Roubei algo que não me pertencia”*, item 80. *“Magoei-me de propósito”*, item 85. *“Vomitei de propósito após ter comido uma grande refeição”*, item 87. *“Comi uma grande quantidade de comida às escondidas para que ninguém me visse”*, item 93. *“Pensei matar-me”*, item 105. *“Tentei ou pensei seriamente matar-me”*, item 107. *“Cannabis (Haxixe, Marijuana, charro, etc.)”*, item 110. *“Cocaína (Coca, Crack, Branca, Rebulau), Heroína”*, item 111. *“Alucinogéneos (LSD, Mescalina)”*, item 112.

“Anfetaminas, speed, MDMA (Ecstasy)”, item 113. “Snifar cola, sprays”, item 114. “Calmantes, comprimidos para dormir, Serenal, Valium”, item 115. “Outras drogas ou álcool”.

Estes itens compõem as escalas Problemas do Comportamento (PC), Abuso de Substâncias (AS), Propensão à Ira e à Violência (PIV), Problemas do Comportamento Alimentar (PCA) e Tendência para Suicídio (SUI), que já salientámos por possuírem coeficientes de assimetria e de curtose que se afastam significativamente de zero, o que sugere que a não normalidade da distribuição das respostas aos itens acima assinalados afectou estas escalas. Tratam-se de itens que pontuam comportamentos ou atitudes socialmente não aceitáveis, pelo que os sujeitos tendem, na sua maioria, a dar respostas negativas nestes itens, o que se reflecte nos resultados globais de assimetria e curtose das respectivas escalas da APS-SF.

Tabela 12. Estatísticas descritivas das Escalas da APS-SF (n = 656): resultados expressos em notas *T*

Escalas	Média	DP	Assimetria	Curtose	Amplitude
Perturbação do Comportamento (PC)	49.83	9.79	1.82	3.49	42-93
Perturbação de Oposição (PO)	50.00	9.95	0.33	0.05	30-84
Problemas Académicos (PA)	50.00	10.02	0.54	-0.04	35-82
Abuso de Substâncias (AS)	49.89	10.10	2.70	12.37	43-136
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.89	9.98	0.99	0.95	38-82
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	50.09	9.93	0.24	-0.22	33-83
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	50.03	9.96	0.49	-0.19	35-81
Depressão Major (DEP)	50.18	10.02	0.81	0.55	37-87
Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA)	50.10	10.01	1.30	1.11	42-95
Tendência para Suicídio (SUI)	49.63	9.97	2.39	5.93	44-99
Problemas de Auto-conceito (PAC)	50.03	10.03	0.55	0.05	34-85
Problemas Interpessoais (PIP)	50.12	10.02	0.73	0.16	37-86
Defensividade (Def)	50.02	9.99	0.39	-0.34	28-81
Inconsistência de Respostas (InconR)	49.74	9.64	1.37	2.15	37-86

1.2. Estudos de fidelidade do inventário APS-SF

1.2.1. Análise da consistência interna das escalas da APS-SF

As tabelas a seguir apresentadas mostram aspectos da consistência interna das escalas da APS-SF, para a amostra total, segundo o sexo e segundo a idade. Começamos com a apresentação dos valores do coeficiente de Alpha de Cronbach obtidos nas diferentes escalas para a amostra total, comparando-os com os obtidos no estudo original americano (Reynolds, 2000) (Tabela 13).

De acordo com Nunnally (1978), a consistência interna é muito boa se o alfa for superior a 0.9, boa se o alfa obtido variar entre 0.8 e 0.9, razoável se o alfa estiver entre 0.7 e 0.8, fraca se o alfa se situar entre 0.6 e 0.7 e inadmissível se o alfa for inferior a 0.6. Kline (2000) defende que, quando se trata da medição de constructos psicológicos, são aceitáveis valores não inferiores a 0.70.

Com base nos critérios acima referidos, consideramos os valores obtidos para a amostra estudada bastante satisfatórios no que diz respeito às escalas clínicas. Nomeadamente, a consistência interna afigura-se boa em sete das doze escalas clínicas – Propensão à Ira /Violência (PIV), Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), Depressão Major (DEP), Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), Tendência para Suicídio (SUI), Problemas de Auto-conceito (PA), Problemas Interpessoais (PIP), e razoável para as restantes três: Perturbação de Oposição Perturbação do Comportamento (PO), Problemas Académicos (PA) e Abuso de Substâncias (AS). De referir que no estudo americano, Reynolds (2000) obteve valores de consistência interna iguais na escala PIP e relativamente superiores na maioria das restantes escalas clínicas, evidenciando coeficientes alfa

bastante mais elevados nas escalas Problemas de Comportamento (PC) e Abuso de Substâncias (AS), comparativamente aos encontrados na amostra portuguesa.

Tabela 13. Consistência interna das escalas da APS-SF para a amostra total

<i>APS-SF</i>	Portugal (Estudo 1) (n = 656)		E.U.A (n = 1.827)	
Escalas Clínicas	α	Mdn r it	α	Mdn r it
Perturbação do Comportamento (PC)	0.73	0.38	0.80	0.38
Perturbação de Oposição (PO)	0.80	0.49	0.84	0.55
Problemas Académicos (PA)	0.79	0.47	0.84	0.55
Abuso de Substâncias (AS)	0.70	0.43	0.85	0.60
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.82	0.45	0.84	0.48
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.83	0.52	0.88	0.59
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.81	0.50	0.83	0.50
Depressão Major (DEP)	0.89	0.58	0.91	0.62
Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA)	0.82	0.60	0.82	0.57
Tendência para Suicídio (SUI)	0.86	0.72	0.87	0.68
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.80	0.49	0.80	0.50
Problemas Interpessoais (PIP)	0.81	0.45	0.81	0.44
Escalas de validade				
Defensividade (Def)	0.12	0.14	0.46	0.26
Inconsistência de Respostas (InconR)	0.47	0.17	0.48	0.16

Notas: α = coeficiente de fidelidade Alpha de Cronbach. **Mdn r it** = mediana das correlações entre os itens e a respectiva escala.

Os coeficientes alfa nas escalas de validade apresentaram-se muito baixos. Se a escala InconR apresentou um alfa idêntico ao encontrado no estudo americano, no que se refere à escala de Defensividade o coeficiente de alfa obtido na amostra portuguesa é inaceitável ($\alpha = 0.12$). Reynolds (2000) refere a este propósito que, uma vez que estas duas escalas não foram construídas para medir constructos homogêneos e o facto de conterem itens que medem um padrão de resposta ao acaso, defensivo e inconsistente, faz com que este resultado não seja surpreendente. Ou seja, a cotação

das escalas de validade implica o agrupamento de itens que não têm subjacente um factor comum e que, portanto, não estão a medir a mesma realidade, pelo que se torna inviável a homogeneidade dos seus itens.

O valor da consistência interna de uma escala depende do número de itens nela reunidos, mas também das correlações entre eles (Maroco, 2003), pelo que, um número reduzido de itens ou inter-correlações baixas podem contribuir para a redução da consistência da medida. Para aprofundar esta questão, e também porque não se procedeu à análise factorial directa dos itens que constituem as escalas, foi calculado o valor das correlações entre os itens e as respectivas escalas da APS-SF. Pela sua extensão, as tabelas referentes às médias, desvios-padrão e correlações item-escala, são apresentadas no Anexo 14.

A respeito dos resultados encontrados, observamos que, em todas as doze escalas clínicas da APS-SF, os itens correlacionam positiva e significativamente com a respectiva escala ($p \leq 0.01$) e que apenas em três casos as correlações apresentam valores abaixo de 0.30. São estes: o item 4 da escala Problemas de Comportamento – PC (“Fugi de casa duas ou mais vezes.”), o item 114 da escala Abuso de Substâncias – AS (“Calmantes, comprimidos para dormir, Serebral, Valium.”) e o item 7 da escala Propensão à Ira e à Violência – PIV (“Usei uma arma quando estava a lutar.”). De algum modo, estes resultados dão apoio à homogeneidade dos itens reunidos em cada escala.

Relativamente às escalas de validade, encontramos correlações entre itens e a respectiva escala que, no geral, alcançam significâncias ao nível de 0.01, com excepção das correlações dos itens 15-21, 34-81 e 79-81 com o total da escala Inconsistência de Respostas (InconR), que se revelaram significativas apenas para o nível de 0.05. Observou-se ainda uma correlação negativa não significativa entre o

item 15 e o total da escala de Defensividade (Def), o que viola as suposições do modelo da fidelidade, segundo o qual os itens, ao estarem categorizados no mesmo sentido, deveriam correlacionar-se sempre de forma positiva. A presença de correlações negativas viola o modelo da consistência interna (Pestana & Gageiro, 2003), inviabilizando o seu uso com esta escala. Observaram-se correlações igualmente não significativas entre os itens 62-94 e 88-94 e o total da Escala InconR. No entanto, tendo em vista uma comparação com os resultados obtidos por Reynolds (2000, p. 60-61) no estudo da fidelidade original da APS-SF, optámos por apresentar o coeficiente de alfa também para as duas escalas de validade.

A informação sobre as correlações item-escala encontra-se resumida na Tabela 13, a qual apresenta a mediana destes coeficientes de correlação para cada escala. Podemos verificar que as escalas clínicas apresentam correlações medianas de magnitude moderada ou elevada (entre 0.38 e 0.72), mas ainda assim ligeiramente inferiores às observadas na amostra de aferição americana (nomeadamente na escala AS). Pode igualmente atestar-se a baixa homogeneidade entre os itens que compõem a escala de Defensividade e de Inconsistência de Respostas.

Na Tabela 14 apresentamos as medidas de consistência interna das escalas da APS-SF, segundo o sexo dos adolescentes. Uma primeira leitura da tabela mostra que os coeficientes alfa encontrados nestes dois grupos não divergem grandemente, com excepção dos encontrados nas escalas PO e AS, mais elevados no grupo dos rapazes.

Os valores dos coeficientes alfa encontrados nas doze escalas clínicas para o sexo masculino (entre 0.79 nas escalas PC, AS, PPST e PAC e 0.87 na escala DEP) não diferem consideravelmente dos valores encontrados no estudo original americano, mostrando boa consistência interna. O mesmo acontece relativamente aos coeficientes

alfa calculados para a amostra do sexo feminino, cujo valor mais baixo nas escalas clínicas foi encontrado para a escala Perturbação do Comportamento ($\alpha = 0.62$) e o valor mais alto ($\alpha = 0.89$) foi encontrado para a escala Depressão Major.

Tabela 14. Consistência interna das escalas da APS-SF segundo o sexo na amostra de validação

<i>APS-SF</i>	Sexo masculino (n=298)		Sexo feminino (n=358)	
	α	Mdn <i>r</i> it	α	Mdn <i>r</i> it
Escalas Clínicas				
Perturbação do Comportamento (PC)	0.79	0.41	0.62	0.23
Perturbação de Oposição (PO)	0.83	0.53	0.79	0.47
Problemas Acadêmicos (PA)	0.80	0.48	0.78	0.48
Abuso de Substâncias (AS)	0.79	0.53	0.70	0.33
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.84	0.49	0.80	0.43
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.83	0.55	0.83	0.50
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.79	0.47	0.82	0.51
Depressão Major (DEP)	0.87	0.55	0.89	0.57
Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA)	0.80	0.54	0.81	0.60
Tendência para Suicídio (SUI)	0.82	0.61	0.88	0.77
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.79	0.47	0.82	0.52
Problemas Interpessoais (PIP)	0.82	0.49	0.80	0.48
Escalas de validade				
Defensividade (Def)	0.15	0.15	0.09	0.13
Inconsistência de Respostas (InconR)	0.55	0.17	0.53	0.17

Notas: α = coeficiente de fidelidade Alpha de Cronbach. Mdn *r* it = mediana das correlações entre os itens e a respectiva escala.

Na tabela 15 apresentamos os índices de consistência interna da APS-SF para os dois grupos etários considerados (12 a 14 anos e 15 a 19 anos). Relativamente à variável idade, as doze escalas clínicas revelam homogeneidade dos itens para ambos os grupos

etários, revelando-se os valores de alfa aproximados aos do estudo original (Reynolds, 2000, p. 61-62). Uma primeira leitura da tabela mostra que na escala Abuso de Substâncias a consistência interna dos itens é notoriamente superior no grupo etário dos 12 aos 14 anos, enquanto que, pelo inverso, na escala Problemas de Auto-conceito, a consistência é superior no grupo dos 15 aos 19 anos. No que diz respeito às escalas de validade, consoante esperado, os valores apresentam-se francamente baixos.

Os resultados relativos à consistência interna dos itens destas duas escalas sugerem que estas devem ser consideradas com precaução para fins de avaliação. Particularmente no caso da escala Defensividade, as respostas devem ser consideradas somente como indicador do factor que procura medir. Como já referimos, as escalas de validade não foram conceptualizadas para medir constructos homogéneos, o que justifica os seus baixos coeficientes alfa. Uma razão para manter estas escalas no inventário prende-se com a sua utilidade em proporcionar indicadores úteis em contexto clínico e de investigação, quer sobre a atitude dos sujeitos em relação à situação de avaliação propriamente dita (defensividade ou oposição), quer relativos à sua compreensão das questões.

Tabela 15. Consistência interna das escalas da APS-SF segundo o grupo etário na amostra de validação

<i>APS-SF</i>	Idade 12-14 anos (n= 285)		Idade 15-19 anos (n= 371)	
	α	Mdn r it	α	Mdn r it
Escalas Clínicas				
Perturbação do Comportamento (PC)	0.75	0.40	0.76	0.38
Perturbação de Oposição (PO)	0.82	0.55	0.80	0.47
Problemas Acadêmicos (PA)	0.78	0.46	0.79	0.50
Abuso de Substâncias (AS)	0.77	0.43	0.70	0.44
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.84	0.49	0.80	0.46
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.82	0.47	0.84	0.55
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.82	0.50	0.81	0.50
Depressão Major (DEP)	0.88	0.60	0.87	0.57
Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA)	0.82	0.40	0.82	0.59
Tendência para Suicídio (SUI)	0.86	0.71	0.86	0.72
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.79	0.46	0.82	0.53
Problemas Interpessoais (PIP)	0.81	0.48	0.81	0.45
Escalas de validade				
Defensividade (Def)	-0.02	0.06	0.22	0.18
Inconsistência de Respostas (InconR)	0.49	0.14	0.58	0.19

Notas: α = coeficiente de fidelidade Alpha de Cronbach. **Mdn r it** = mediana das correlações entre os itens e a respectiva escala.

1. 2.2. Análise da estabilidade temporal

A estabilidade temporal da APS-SF (teste-reteste) foi avaliada numa amostra de 68 sujeitos de ambos os sexos (37 sujeitos do sexo feminino e 31 sujeitos do sexo masculino), com idades entre os 12 e os 19 anos ($M = 14.25$, $DP = 1.41$, $\text{Moda} = 15$). As duas passagens do instrumento foram feitas com um intervalo de tempo de 12 semanas.

Seguem-se os resultados relativos ao teste-reteste da APS-SF. Verificámos que as correlações de Pearson entre os dois momentos são indicativas de boa estabilidade temporal do instrumento num intervalo de tempo de três meses. Os resultados obtidos nas escalas clínicas oscilaram entre 0.42 na escala Perturbação do Comportamento e

0.75 na escala Problemas de Auto-conceito (Tabela 16). Tendo em vista confrontar as médias obtidas nos dois momentos, foram comparadas as pontuações brutas das escalas.

Tabela 16. Estabilidade temporal da APS-SF (n=68)

Escala da APS-SF	teste		reteste		r^a	t^b
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	1.03	1.21	0.91	1.23	0.42***	0.740
Perturbação de Oposição (PO)	4.75	2.90	4.51	3.01	0.59***	0.722
Abuso de Substâncias (AS)	1.72	2.66	1.28	1.98	0.46***	1.459
Propensão à Ira /Violência (PIV)	4.13	3.10	3.88	3.16	0.42***	0.611
Problemas Académicos (PA)	4.24	2.69	4.25	2.93	0.55***	-0.045
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	6.56	3.38	6.85	4.28	0.61***	-0.702
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	5.54	3.33	5.24	4.27	0.57***	0.702
Depressão Major (DEP)	6.62	4.88	7.06	6.24	0.72***	-0.831
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	2.07	2.94	2.03	3.26	0.72***	0.154
Tendência para Suicídio (SUI)	1.00	2.18	1.24	2.57	0.70***	-1.042
Problemas de Auto-conceito (PAC)	5.76	3.74	5.59	3.71	0.75***	0.550
Problemas Interpessoais (PIP)	4.84	3.30	4.32	3.83	0.59***	1.301
Defensividade (Def)	2.28	0.90	1.88	1.47	0.48***	2.507*
Inconsistência de Respostas (IncR)	1.38	0.85	0.49	0.72	0.11	7.026***

Nota: ^a r = Correlação de Pearson entre os dois momentos de teste. *** $p = 0.000$

^b teste t de Student para amostras emparelhadas nos dois momentos de teste.

*** $p \leq 0.001$ * $p \leq 0.05$.

Os resultados no teste-t demonstraram não existir diferenças significativas entre as médias nos dois momentos de teste para nenhuma das escalas clínicas. No que se refere às escalas de validação, observou-se diferenças significativas nas escalas Defensividade ($t = 2.51$; g.l. = 67; $p = 0.015$) e Inconsistência de Respostas ($t = 7.03$, gl = 67; $p = 0.000$), encontrando-se em ambas as escalas um decréscimo nos valores médios do primeiro para o segundo momento de teste. Esta tendência para a diminuição

quer da defensividade, quer das inconsistências ao longo do tempo, pode dever-se, na nossa opinião, a alguma familiaridade criada, quer com a situação de teste, quer com a presença da investigadora.

1.3. Validade de constructo

De seguida apresentamos as análises factoriais em que a estrutura factorial encontrada é comparada com as estruturas resultantes do estudo original com a APS-SF. Ao pressupor a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (factores), que expressam o que existe de comum nas variáveis originais, a análise factorial procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. Deste modo, assume-se que, quer as covariâncias quer as correlações entre as variáveis observáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes ou conceitos não directamente medidos, designados por factores comuns ou variáveis latentes (Pestana & Gageiro, 2003).

1.3.1. Intercorrelações entre as escalas da APS-SF

Em primeiro lugar importa observar a matriz de correlações entre escalas e verificar se estamos em condições de factorizar os dados. É importante observar se existem ou não coeficientes superiores a 0.90, a fim de detectar problemas com a

singularidade dos dados (Field, 2005)³. No nosso estudo, embora a variabilidade das correlações entre escalas clínicas seja notória (oscilando entre um mínimo de $r = 0.07$, com $p < 0.05$ entre as escalas AS e CA, e um máximo de $r = 0.83$, com $p < 0.001$ entre as escalas DEP e PPST), a análise da matriz permitiu-os constatar a existência de um número aceitável de coeficientes de correlação superiores a 0.30. Estes dados, em conjunto com a significância do teste de Bartlett ($p < 0.000$) e com o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.904$), o qual pode ser classificado de muito bom segundo Pestana e Gageiro (2003), confirmam a factoriabilidade dos dados, sendo a análise factorial considerada apropriada⁴. As intercorrelações entre as 14 escalas da APS-SF são apresentadas no quadro 18 do Anexo 14.

Na sua maioria, coeficientes de correlação iguais ou superiores a 0.70 representam relações entre perturbações fenomenologicamente similares, ou em que a comorbilidade é elevada (Reynolds, 2000). Segundo as conceptualizações teóricas subjacentes à construção das escalas, são, pois, esperadas relações significativas entre as perturbações que são semelhantes do ponto de vista fenomenológico e ainda entre os problemas psicossociais que se espera estarem associados a níveis elevados de comorbilidade. A este propósito, encontramos correlações significativas e de magnitude elevada entre a escala PAG e as escalas PPST ($r = 0.81$, $p < 0.001$), DEP ($r = 0.75$, $p < 0.001$) e PIP ($r = 0.70$, $p < 0.001$), entre a escala PPST e as escalas DEP ($r = 0.83$, $p < 0.001$) e PIP ($r = 0.75$, $p < 0.001$), e ainda entre a escala DEP e a escala PIP ($r = 0.75$, $p < 0.001$). Assim, por exemplo, sujeitos com níveis de pontuação sub-clínica ou clínica

³ O valor do determinante da matriz de intercorrelações também assume especial relevância pois remete para a multicolinearidade dos dados. Importa ver se existem variáveis que correlacionam fortemente umas com as outras; se assim for será difícil determinar a sua contribuição para um só factor.

⁴ O KMO e o teste de Bartlett são dois procedimentos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise factorial (Pestana & Gageiro, 2003). O resultado no teste de Bartlett é significativo quando as variáveis são correlacionadas, mais precisamente, quando a matriz de intercorrelações difere significativamente da matriz de identidade.

na escala Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) tenderão, de acordo com estes resultados a pontuar na escala Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e na escala Problemas Interpessoais (PIP), sujeitos com níveis de pontuação sub-clínica ou clínica na escala Depressão Major (DEP) apresentam resultados idênticos nas escalas Problemas Interpessoais (PIP) e Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST).

1.3.2. Análise Factorial

A análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observadas, através da identificação de um número menor de variáveis não observáveis, subjacentes aos dados (os factores). Este procedimento é utilizado frequentemente para validar escalas em inventários ou baterias de testes (Maroco, 2003). Permite ainda avaliar as qualidades dos itens, de modo a observar se aqueles que integram as diferentes escalas cobrem características que são homogêneas e se estas escalas avaliam, ou não, dimensões distintas (Maxweel & Delaney, 2004). Segundo Guilford (1956), a análise factorial requer uma amostra de, pelo menos, 200 sujeitos. Para Bryant e Yarnold (1995) o rácio em termos de sujeitos por item não deve ser inferior a 5. Considerando o número de sujeitos inquiridos ($n=656$), a nossa amostra excede o mínimo sugerido por estes autores, sendo possível a análise factorial.

O estudo da validade de constructo da APS-SF através de procedimentos de análise factorial foi conduzido com as doze escalas clínicas. Esta análise tem como finalidade investigar qual a estrutura subjacente às escalas clínicas e perceber se a conceptualização teórica destas segundo a perspectiva que contrasta uma dimensão interiorizada e uma dimensão exteriorizada de psicopatologia é adequadamente

reflectida na avaliação permitida por este inventário⁵. Consoante foi referido no Capítulo 5, a ordem pela qual estão dispostos os itens na escala reflecte a distinção efectuada por Reynolds (2000) entre perturbações Interiorizadas e Exteriorizadas, com base nos resultados que este obteve na análise factorial. Assim, no estudo americano, as sete escalas clínicas – Depressão Major, Perturbação Pós-Stress Traumático, Problemas Interpessoais, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Problemas de Auto-conceito, Tendência para Suicídio e Perturbações do Comportamento Alimentar - representam problemas interiorizados e as restantes cinco escalas clínicas - Perturbação do Comportamento, Abuso de Substâncias, Propensão à Ira/Violência, Perturbação de Oposição e Problemas Académicos - representam problemas exteriorizados.

Para avaliar a estrutura do instrumento, foi conduzida uma análise factorial exploratória segundo o método de extracção das componentes principais (*Principal Component Analysis*) e sua posterior rotação oblíqua. Este método permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, num conjunto menor de variáveis, designadas por factores (Pestana & Gageiro, 2003). As análises factoriais foram conduzidas com a amostra de validação (n = 656).

Para determinar o número de factores a extrair, utilizámos o critério clássico de Kaiser, segundo o qual devem ser retidos os factores com valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1. Contudo, este critério não pode ser utilizado isoladamente, pela possibilidade de sobrestimar o número de factores eventualmente devido a efeitos da amostragem (Maroco, 2003). Assim, a decisão quanto ao número de factores a considerar foi apoiada no *scree plot*, isto é, o gráfico que reflecte o contributo de cada

⁵ Como é referido no Capítulo 5, na descrição do APS-SF, seis das escalas clínicas foram conceptualizadas para avaliar perturbações psicopatológicas do DSM-IV, não apresentando as restantes uma estrutura latente teórica definida (Reynolds, 2000).

factor para a variância total dos dados, onde o ponto de inflexão indica o número apropriado de componentes a reter (Figura 2).

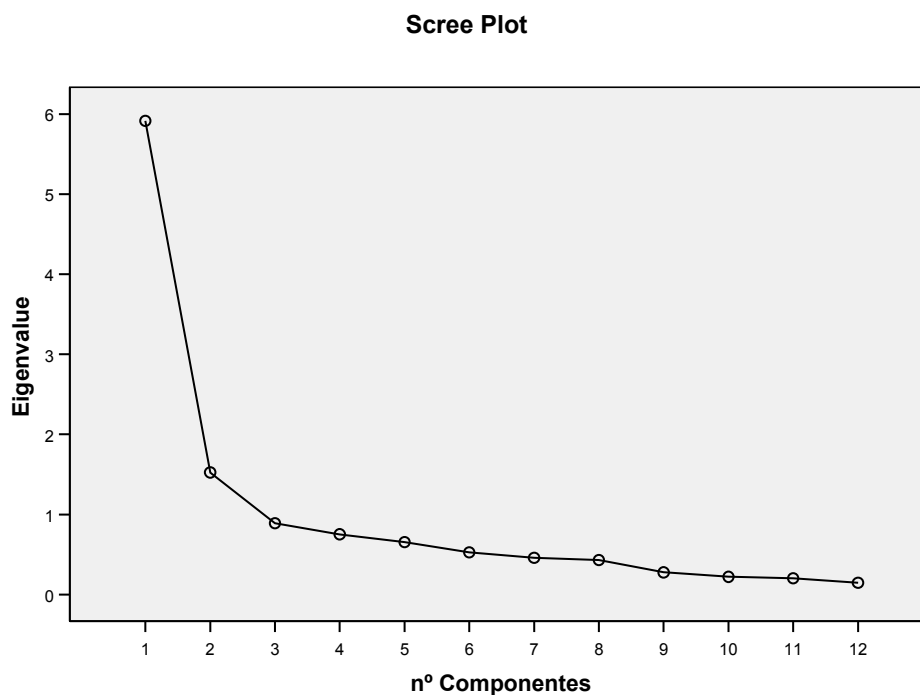


Figura 2 - Scree Plot de Cattell com as escalas clínicas do APS-SF

O critério de Kaiser (valores próprios maiores que 1) e o *scree plot* indicam que a solução suporta uma estrutura factorial de dois factores (Figura 2). As componentes resultantes foram sujeitas a uma rotação oblíqua (*direct oblimin rotation*) para maior interpretabilidade, tendo-se obtido uma solução em que os dois factores têm entre si uma correlação de 0.34. A solução encontrada explica 61.95 % da variância total dos dados, explicando a primeira componente 49.28 % da variância total e a segunda componente 12.67 %.

Os resultados da análise factorial da APS-SF são apresentados na Tabela 17. As escalas que mais correlacionam com o Factor 1 são a escala Depressão Major (DEP), a escala Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), a escala Problemas Interpessoais (PIP), a escala Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG), a escala Problemas de Auto-conceito (PAC), a escala Tendência para Suicídio (SUI), a escala Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) e a escala Propensão à Ira /Violência (PIV). A maioria destas escalas que compõem o Factor 1 foram conceptualizadas de forma a avaliar perturbações ou desordens interiorizadas do comportamento, nomeadamente as escalas DEP, PPST, PIP, PAG, e ainda a escala SUI. A escala Propensão à Ira /Violência (PIV) integrando nos estudos factoriais originais (Reynolds, 2000) a dimensão de problemas exteriorizados do comportamento, surge na nossa amostra associada quer ao Factor 1 ($r = 0.543$) quer ao Factor 2, embora com um peso inferior neste último ($r = 0.487$). De referir que no estudo factorial americano, embora o peso da escala PIV seja superior no Factor 2 ($r = 0.550$), no Factor 1 o seu peso é apenas ligeiramente inferior ($r = 0.446$). Porque a análise factorial referente à escala PIV aponta para um domínio dos problemas exteriorizados de comportamento, optámos por mantê-la no Factor 1 (Dimensão Exteriorizada), embora tendo presente que esta escala parece avaliar uma intercorrência de problemas exteriorizados ($r = 0.543$) e de problemas interiorizados ($r = 0.487$).

Por sua vez, as escalas Perturbação do Comportamento (PC), Abuso de Substâncias (AS), Problemas Académicos (PA) e Perturbação de Oposição (PO), associadas aos problemas exteriorizados do comportamento na adolescência (Reynolds, 2000, p. 81), surgem como componentes do Factor 2. A escala PA apresenta ainda saturação no Factor 1 ($r = 0.437$) o que sugere ser também esta uma área-problema em que as dimensões interiorizada e exteriorizada das manifestações psicopatológicas estão,

de alguma forma, presentes na adolescência. De igual forma, os resultados factoriais obtidos por Reynolds (2000, p.81) nesta escala, indicaram uma saturação de 0.477 no Factor 2 e de 0.447 no Factor 1.

A análise das comunalidades revela que esta estrutura bifactorial dá conta de uma fracção significativa da variância das escalas clínicas da APS-SF (acima de 50%), com excepção das escalas PO, SUI e PCA.

Em suma, a análise factorial efectuada parece confirmar a existência de uma bi-dimensionalidade da APS-SF. Relativamente à escala PIV, (as suas saturações aproximadas nos dois factores extraídos) sugere tratar-se de uma dimensão associada quer às perturbações interiorizadas quer às exteriorizadas. Reynolds (2000, p. 81) encontrou saturações semelhantes nesta escala. Uma justificação para este resultado é fornecida pelo autor, ao remeter para os componentes cognitivos da ira / raiva, os quais são parte tanto da dimensão interiorizada quanto da dimensão exteriorizada da psicopatologia (Reynolds, 2000, p. 80). Na tabela 18 distribuímos as escalas clínicas de acordo com as dimensões interiorizada / exteriorizada sugerida pela análise factorial efectuada neste estudo.

Tabela 17. Análise factorial da APS-AS: correlações entre factores e escalas (n = 656)

<i>APS-SF</i>	Correlações		h^{2*}
	Factor 1	Factor 2	
Depressão Major (DEP)	0.903	0.003	0.818
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.852	0.085	0.782
Problemas Interpessoais (PIP)	0.844	0.098	0.779
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.796	0.098	0.697
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.764	-0.107	0.540
Tendência para Suicídio (SUI)	0.664	0.037	0.459
Perturbação Comportamento Alimentar (PCA)	0.608	-0.155	0.330
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.543	0.487	0.711
Perturbação do Comportamento (PC)	-0.034	0.865	0.729
Abuso de Substâncias (AS)	-0.141	0.766	0.533
Problemas Académicos (PA)	0.437	0.513	0.605
Perturbação de Oposição (PO)	0.303	0.508	0.454

N= 656

Valores próprios (*Eigenvalues*)

5.91

1.52

Variância explicada (%)

49.28

12.67

Variância acumulada = 61.85 %

Notas: Método de extracção: Principal Component Analysis. * h² -comunalidades

Método de rotação: *Direct Oblimin*.

Tabela 18. Escalas clínicas da APS-SF em termos das dimensões exteriorizada e interiorizada de expressão psicopatológica no Estudo 1

<i>Interiorizadas (Factor 1)</i>	<i>Exteriorizadas (Factor 2)</i>
Depressão Major (DEP)	Perturbação do Comportamento (PC)
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	Abuso de Substâncias (AS)
Problemas Interpessoais (PIP)	Problemas Académicos (PA)
Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG)	Perturbação de Oposição (PO)
Problemas de Auto-conceito (PAC)	
Tendência para Suicídio (SUI)	
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	
Propensão à Ira/Violência (PIV)	

1.4. Alguns dados normativos

Nas tabelas 19 e 20 são apresentadas as médias e os desvios-padrão relativos aos resultados das escalas da APS-SF segundo o sexo e o grupo etário dos inquiridos. De forma a investigarmos possíveis diferenças nas médias entre estes grupos foram efectuados testes *t* de Student para amostras independentes.

Verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre sexos para as escalas de Perturbação do Comportamento, Abuso de Substâncias, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Perturbações do Comportamento Alimentar e Problemas Interpessoais, sendo as diferenças de médias não significativas para as restantes escalas. Assim, os rapazes apresentaram um maior índice de sintomatologia nas escalas Perturbação do Comportamento e Abuso de Substâncias, as quais representam perturbações associadas à dimensão exteriorizada de psicopatologia. Por sua vez, as raparigas apresentaram um maior índice de sintomatologia nas escalas de Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Perturbação do Comportamento Alimentar e Problemas Interpessoais, escalas estas associadas à dimensão interiorizada da psicopatologia.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas segundo a idade para as escalas de Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Defensividade e Inconsistência de Respostas. Os adolescentes mais velhos (com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos) apresentaram um índice superior de Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação

Pós-Stress Traumático e Depressão Major, enquanto que os adolescentes mais novos (idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos) apresentaram níveis de Defensividade e de Inconsistência de Respostas mais elevados.

Tabela 19. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois sexos para as notas T na amostra de validação

APS-SF	Masculino		Feminino		t	p
	(n = 298)		(n = 358)			
Escalas Clínicas	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	52.62	11.87	47.51	6.82	-6.896	0.000***
Perturbação de Oposição (PO)	49.96	9.83	50.03	10.07	0.079	0.927
Abuso de Substâncias (AS)	51.51	12.20	48.54	7.71	-3.782	0.000***
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.45	10.76	49.43	9.28	-1.303	0.193
Problemas Acadêmicos (PA)	51.13	10.60	49.05	9.39	-2.664	0.008**
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	47.96	9.64	51.86	9.84	5.103	0.000***
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	47.64	9.16	52.01	10.17	5.732	0.000***
Depressão Major (DEP)	47.71	9.03	52.23	10.35	5.893	0.000***
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	47.20	8.19	52.51	10.73	7.006	0.000***
Tendência para Suicídio (SUI)	49.15	9.23	50.02	10.55	1.115	0.265
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.96	9.82	50.93	10.13	2.519	0.012*
Problemas Interpessoais (PIP)	48.27	9.74	51.66	10.00	4.373	0.000*
Escalas de validade						
Defensividade (Def)	49.38	10.50	50.55	9.52	1.493	0.136
Inconsistência de Respostas (IncR)	50.47	10.59	49.14	8.73	-1.769	0.077

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Tabela 20. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois grupos etários para as notas T na amostra de validação

APS-SF	Idade					
Escalas Clínicas	12-14		15-19		<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 285)		(n = 371)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perturbação do Comportamento (PC)	48.83	9.63	50.61	9.85	-2.315	0.021*
Perturbação de Oposição (PO)	47.86	10.58	51.64	9.13	-4.896	0.000***
Abuso de Substâncias (AS)	46.74	7.66	52.29	11.04	-7.229	0.000***
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.68	10.66	50.06	9.44	-0.486	0.627
Problemas Acadêmicos (PA)	47.89	9.54	51.62	10.09	-4.804	0.000***
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	48.09	9.66	51.62	9.88	-4.574	0.000***
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	48.24	9.77	51.40	9.89	-4.078	0.000***
Depressão Major (DEP)	48.61	9.80	51.38	10.04	-3.538	0.000***
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	50.88	10.41	49.50	9.66	1.761	0.790
Tendência para Suicídio (SUI)	49.76	10.19	49.52	9.81	0.303	0.762
Problemas de Auto-conceito (PAC)	50.04	9.86	50.03	10.18	0.003	0.997
Problemas Interpessoais (PIP)	49.35	10.03	50.71	9.99	-1.722	0.086
Escalas de validade						
Defensividade (Def)	51.37	9.87	48.98	9.97	3.057	0.002**
Inconsistência de Respostas (IncR)	50.74	10.31	48.98	9.02	2.325	0.020*

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Uma vez que encontrámos diferenças relativas ao sexo e à idade em muitas das escalas, será necessário, em estudos futuros, calcular as notas *T* específicas de cada grupo, quando se pretende avaliar o nível de sintomatologia psicopatológica dos adolescentes.

2. O estudo das características psicométricas do BSI

2.1. Caracterização da distribuição das respostas no BSI

A fidelidade e a validade de constructo do BSI foram estudadas no mesmo grupo de adolescentes de ambos os sexos utilizado nos estudos psicométricos da APS-SF⁶. A estabilidade temporal (teste-reteste) foi avaliada numa amostra de 71 sujeitos de ambos os sexos, com idades entre os 12 e os 19 anos.

Relativamente à análise descritiva das respostas ao inventário, no que diz respeito à dispersão das respostas (amplitude), verificámos que os inquiridos utilizaram os todos os níveis de resposta aos itens na escala de *likert* (0 – 4) No Quadro 19 (Anexo 14) são apresentadas as estatísticas descritivas para os 53 itens do BSI.

Consoante é referido no Capítulo 5, o intervalo de pontuação das escalas varia entre um valor mínimo de zero até um valor máximo de quatro. Assim, em três das escalas do BSI (Obsessões-compulsões, Ansiedade Generalizada e Ansiedade Fóbica) nenhum dos sujeitos pontuou no valor máximo (quatro). A pontuação média nas escalas oscilou entre um valor mínimo de 0.58 na escala Ansiedade Fóbica, e valores máximos nas escalas Obsessões-Compulsões e Ideação Paranóide (Tabela 21).

No que respeita à forma da distribuição das pontuações, verifica-se que todas elas apresentam assimetria positiva. Tal pode constatar-se pela presença de coeficientes de assimetria estatisticamente significativos para todas as escalas ($p < 0.001$) e pela observação dos valores extremos de cada escala, que denotam uma clara dispersão à direita do respectivo valor médio. Na análise dos coeficientes de curtose, destacam-se as distribuições das quatro escalas Depressão, Somatização, Ansiedade e Ansiedade

⁶ As características descritivas da amostra estão apresentadas no Capítulo 5.

Fóbica. Estes resultados sugerem alguma normalidade da distribuição das respostas dos sujeitos.

Tabela 21. Estatísticas descritivas das escalas do BSI (n = 656)

Escalas do BSI	Média	DP	Assimetria	Curtose	Amplitude
Depressão	0.94	0.82	1.18	1.27	0-4.0
Somatização	0.77	0.66	1.19	1.60	0-3.6
Obsessões-Compulsões	1.09	0.67	0.56	0.10	0-3.3
Sensibilidade Interpessoal	0.96	0.86	0.98	0.60	0-4.0
Ansiedade	0.77	0.67	1.14	1.32	0-3.3
Hostilidade	0.97	0.81	0.91	0.45	0-4.0
Ansiedade Fóbica	0.50	0.58	1.58	2.54	0-3.2
Ideação Paranóide	1.01	0.77	0.78	0.45	0-4.0
Psicoticismo	0.78	0.72	1.02	0.67	0-3.6

2.2. Estudos de fidelidade do BSI

2.2.1. Análise da consistência interna do BSI

Para determinar a consistência interna das escalas do BSI foram calculados os respectivos coeficientes Alpha de Cronbach, que se revelaram satisfatórios (entre 0.70 e 0.84). Na tabela seguinte apresentamos os valores de alfa para as respectivas escalas do BSI na amostra dos adolescentes e no estudo original português, efectuado com uma amostra de adultos (Canavarro, 1999).

Consideramos os coeficientes de alfa obtidos para a amostra estudada satisfatórios relativamente a todas as escalas do BSI, tendo-se revelado mais elevados que no estudo efectuado por Canavarro (1999b) nas nove escalas. Aliás, de acordo os critérios de Nunnally (1978), os coeficientes de alfa obtidos no estudo original português não foram

satisfatórios nas escalas Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

Tabela 22. Consistência interna das escalas do BSI para a amostra total

Escalas do BSI	Estudo 1	Versão original portuguesa/adultos
	(adolescentes, n = 656)	(Canavarro, 1999, n = 551)
	α	α
Somatização	0.80	0.79
Obsessões-Compulsões	0.75	0.77
Sensibilidade Interpessoal	0.81	0.76
Depressão	0.84	0.73
Ansiedade	0.78	0.77
Hostilidade	0.79	0.76
Ansiedade Fóbica	0.70	0.62
Ideação Paranoíde	0.77	0.72
Psicoticismo	0.71	0.62

2.3. Análise da estabilidade temporal do BSI

Efectuámos o teste-reteste do BSI num grupo de 71 adolescentes. As correlações de Pearson obtidas entre os dois momentos de avaliação são indicativas de boa estabilidade temporal do instrumento no intervalo de tempo de três meses. Os resultados obtidos oscilaram entre 0.41 na escala Ideação Paranoíde (único valor abaixo de 0.50) e 0.73 na escala da Depressão e na escala da Ansiedade, valores semelhantes aos obtidos por Canavarro (1999) com um grupo de adultos⁷. A Tabela 23 permite visualizar os resultados obtidos.

⁷ A estabilidade temporal da escala foi avaliada por Canavarro (1999a) numa amostra de 108 sujeitos, tendo os valores das correlações de Pearson oscilado entre 0.45 no Índice de Sintomas Positivos (ISP) e 0.81 na Depressão e 0.84 no Total de Sintomas Positivos (TSP).

Tabela 23. Estabilidade temporal do BSI (n = 71)

Escalas e Índices Globais do BSI	teste		reteste		r^a	t^b
	M	DP	M	DP		
Somatização	1.02	0.68	0.54	0.71	0.65***	2.842**
Obsessões-Compulsões	1.06	0.56	0.86	0.74	0.56***	2.676**
Sensibilidade Interpessoal	1.07	0.77	0.80	0.87	0.63***	3.111**
Depressão	0.82	0.74	0.67	0.93	0.70***	1.797
Ansiedade	0.64	0.55	0.52	0.75	0.73***	1.966
Hostilidade	1.07	0.76	0.67	0.79	0.57***	4.722***
Ansiedade Fóbica	0.36	0.44	0.34	0.50	0.67***	0.429
Ideação Paranóide	1.02	0.66	1.02	0.77	0.41***	2.932**
Psicoticismo	0.75	0.62	0.56	0.65	0.57***	2.773**
<i>Índice Geral de Sintomas</i>	0.83	0.51	0.64	0.66	0.73***	3.669***
<i>Total de Sintomas Positivos</i>	27.17	12.07	20.45	14.66	0.67***	5.124***
<i>Índice Sintomas Positivos</i>	1.55	0.48	1.38	0.59	0.54***	2.669**

Nota: ^a r = Correlação de Pearson entre os dois momentos de teste. *** $p = 0.000$

^b teste t de Student para amostras emparelhadas: *** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$.

Para além do cálculo de coeficientes de correlação, a análise da estabilidade temporal do instrumento deve averiguar possíveis diferenças nos valores médios das medidas. Conforme podemos observar na Tabela 23, encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de teste na maioria das escalas (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e ainda nos três Índices Globais do BSI, observando-se um decréscimo nos valores médios do primeiro para o segundo momento de avaliação. Estes resultados sugerem que, embora os inquiridos apresentem o mesmo padrão de resposta ao inventário passadas doze semanas da primeira avaliação (ou seja, se pontuou alto numa escala terá tendência para pontuar igualmente alto na mesma escala no segundo momento), existe uma diferença sistemática no nível de avaliação dos sintomas, havendo uma tendência geral para atribuir menor intensidade dos sintomas na

segunda avaliação. Como este instrumento pretende avaliar sintomas de mal-estar e/ou possível perturbação emocional, poderíamos considerar que as diferenças encontradas ao fim de um período de 12 semanas reflectiriam mudanças no estado emocional dos sujeitos.

No entanto, uma vez que na mesma amostra se observou estabilidade temporal satisfatória nas escalas clínicas da APS-SF, duas questões se nos colocam: Em primeiro lugar, porque não encontrámos variações nos valores médios das escalas Depressão, Ansiedade e Ansiedade Fóbica, é possível que estas dimensões sejam de facto as mais fiáveis e discriminantes quando este instrumento de perturbação emocional é aplicado a populações adolescentes. Uma vez que não utilizámos no nosso estudo um grupo clínico para efeitos de análise discriminante, esta questão fica por responder. Uma segunda questão prende-se com o formato do questionário – questões afirmativas e escalas de resposta no formato *likert* de “*nunca*” a *muitíssimas vezes*” e ainda, com o seu conteúdo – o número reduzido de itens por escala que podem tornar este instrumento de avaliação de sintomatologia psicopatológica susceptível a um efeito de familiaridade e/ou aprendizagem pelos sujeitos, o qual contribua para as diferenças encontradas.

2.4. Validade de constructo

De seguida, passamos ao estudo da validade de constructo do BSI, através da análise factorial. Com este procedimento pretendemos explicar a correlação entre as variáveis observadas, através da identificação de um número menor de variáveis não observáveis, subjacentes aos dados (os factores) e ainda, avaliar as qualidades dos itens,

de modo a observar se aqueles que integram as diferentes escalas cobrem características que são homogéneas e se estas escalas avaliam, ou não, dimensões distintas.

2.4.1. Intercorrelações entre as escalas do BSI

A análise da matriz de correlações entre escalas (Quadro 20, Anexo 14) permitiu-nos constatar que todos os coeficientes de correlação são superiores a 0.30 e inferiores a 0.90, consoante é desejável para uma análise factorial dos dados (Field, 2005).

No global, todas as correlações encontradas são positivas, indicando uma relação significativa entre as escalas. Seguindo o critério utilizado por Reynolds (2000), um coeficiente de correlação entre escalas igual ou superior a 0.70, representará relações entre perturbações que podemos considerar como indicadoras de semelhança fenomenológica ou comorbilidade entre as mesmas. A matriz de correlações entre as nove escalas do BSI mostra que algumas escalas apresentam coeficientes de correlação entre 0.71 e 0.76. São estas a escala Sensibilidade Interpessoal, que surge correlacionada com as escalas Depressão ($r = 0.76$), Ideação Paranóide ($r = 0.76$) e Psicoticismo ($r = 0.71$). Por sua vez, a escala Depressão apresenta um coeficiente de correlação de 0.73 com a escala Ansiedade, de 0.76 com a escala Ideação Paranóide e de 0.71 com a escala Psicoticismo. A escala Ansiedade aparece ainda correlacionada com a escala Psicoticismo ($r = 0.72$), e por fim, a escala Ideação Paranóide com a escala Psicoticismo ($r = 0.71$).

Se atendermos que os itens destas escalas se referem a afectos e/ou cognições que implicam quer sentimentos depressivos, sentimentos de isolamento desconfiança ou solidão ou desadequação nas relações com outros (por exemplo, na Sensibilidade

Interpessoal, o item 20 – “*Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimento.*”s, o item 21- “*Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de ti.*” e ainda, o item 22 – “*Sentir-se inferior aos outros.*”), na Depressão (por exemplo, item 16 – “*Sentir-se sozinho.*” e item 17 – “*Sentir-se triste.*”), os quais podem surgir no adolescente associados a Ideação Paranoíde (por exemplo, no item 4 – “*Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos teus problemas.*”, no item 10 – “*Sentir que não podes confiar na maioria das pessoas*”) e ainda na escala Psicoticismo (item 14 – “*Sentir-se sozinho mesmo quando estás com mais pessoas.*” e item 44 – “*Grande dificuldade em sentires-te "próximo" de outra pessoa.*”, ou item 53 – “*Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na tua cabeça.*”), então as correlações obtidas não são surpreendentes. Estes itens são, acima de tudo, representações do mal-estar psicológico que o sujeito pode estar a expressar nas respostas ao BSI.

De seguida tentaremos perceber se, apesar de fortemente interrelacionadas, as escalas do BSI expressam alguma especificidade própria.

2.4.2. Análise Factorial

A análise da matriz de correlações das escalas do BSI, em conjunto com o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.939$), considerado muito bom segundo o critério apontado por Pestana e Gageiro (2003), e com o nível de significância do teste de Bartlett ($p < 0.000$), confirmam a factoriabilidade dos dados. O estudo da validade de constructo do BSI através de análise factorial exploratória foi conduzido com as nove escalas clínicas. Os componentes resultantes da análise de componentes principais foram sujeitos a uma rotação oblíqua (*direct oblimin rotation*). Para determinar o número de componentes que seriam significativas na análise factorial, recorremos ao

critério de Kaiser, à análise da representação gráfica dos valores próprios (*scree plot* de Cattell) (Figura 3). Estes indicadores sugerem que se deve reter um único componente.

Este factor explica cerca de 67% da variância total das dimensões do BSI. Consoante é apresentado na Tabela 24, os resultados obtidos com a análise factorial permitem-nos observar que as *saturações* das diversas escalas no Factor 1 são bastante elevadas, variando entre 0.743 e 0.878.

A análise dos valores das comunalidades indica que a escala de Ansiedade Fóbica parece ser a menos bem representada por esta solução unidimensional.

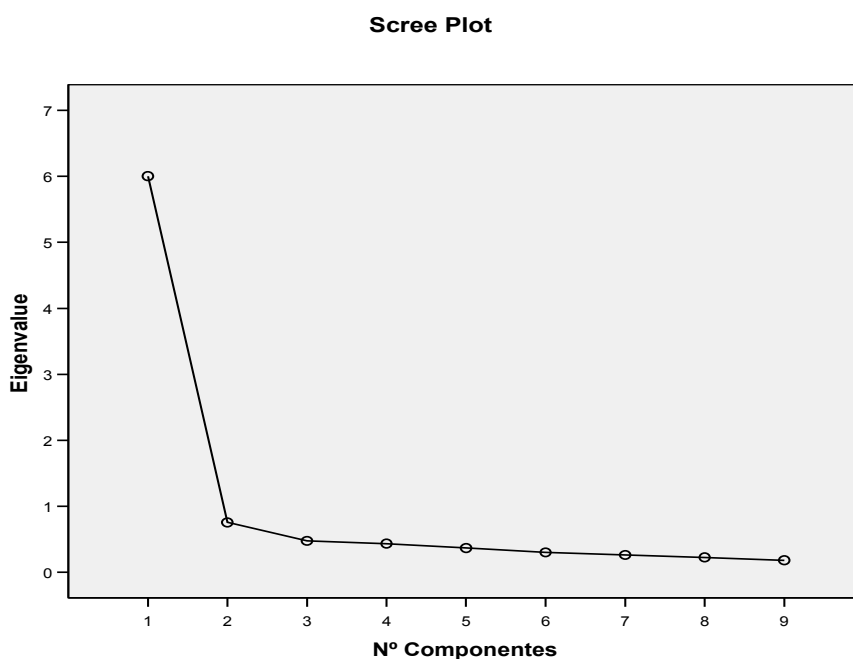


Figura 3 – *Scree Plot* de Cattell com as escalas do BSI

Tabela 24. Análise factorial do BSI: correlações entre factores e escalas (n = 656)

<i>BSI</i>	Correlações	h^2
	Factor 1	
Psicoticismo	0.878	0.771
Ansiedade	0.873	0.763
Depressão	0.870	0.757
Sensibilidade Interpessoal	0.844	0.712
Ideação Paranóide	0.842	0.709
Obsessões-Compulsões	0.819	0.670
Hostilidade	0.779	0.607
Somatização	0.743	0.552
Ansiedade Fóbica	0.679	0.461
N= 656		
Valores próprios (<i>Eigenvalues</i>)	6.00	
Variância explicada (%)	66.69%	
Variância acumulada = 61.85 %		
Notas: Método de extracção: Principal Component Analysis. * h^2 - comunalidades		
Método de rotação: <i>Direct Oblimin</i> .		

Os resultados referentes ao estudo da validade de constructo do BSI são consistentes quer com os resultados dos estudos da validade de constructo do SCL-90, o instrumento do qual derivou o *Brief Symptom Inventory* (Bonyng, 1993; Schwarzwald, Weisenberg & Solomon, 1991), quer com os resultados dos estudos da validade de constructo do BSI obtidos por Boulet e Boss (1991) com indivíduos delinquentes e por Piersma, Boes e Wave (1994) com um grupo de adultos (n = 217) e com um grupo de adolescentes (n = 188) em contexto psiquiátrico hospitalar. Os estudos acima referidos apontaram no sentido de que ambos os instrumentos medem essencialmente um constructo unidimensional de perturbações psicopatológicas. Assim, de acordo com Piersma, Boes e Wave (1994), podemos concluir que, tal como foi concebido por Derogatis (1982), o BSI parece ser um instrumento útil na despistagem de problemas

psicopatológicos e sintomas de mal-estar psicológico, mas os resultados referentes à unidimensionalidade do constructo indicam que o inventário não discrimina adequadamente entre as dimensões que pretende medir. Assim, de forma a avaliar o mal-estar psicológico dos adolescentes, será mais vantajosa a utilização de uma pontuação global que avalie os 53 itens do BSI – o Índice Geral de Sintomas.

2.5. Alguns dados normativos

Procedemos à análise de possíveis diferenças nas pontuações das escalas e dos Índices do BSI segundo o sexo e a idade dos sujeitos. Nas tabelas 25 e 26 são apresentadas as médias, os desvios-padrão das escalas do BSI segundo o sexo e o grupo etário dos inquiridos.

Relativamente ao sexo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre médias, em quase todas as escalas, com as raparigas apresentando pontuações superiores aos rapazes. Foram excepção a escala Hostilidade e o Índice de Sintomas Positivos, nos quais não se observou diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, as escalas nas quais as raparigas pontuam mais (Depressão, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) representam indicadores de perturbações psicopatológicas interiorizadas. Verificámos pois, que os adolescentes do sexo feminino tendem a reportar quantitativamente mais sintomas de perturbação emocional, comparativamente com os adolescentes do sexo masculino, como pode ser observado nos valores reportados ao Índice Geral de Sintomas – IGS.

Tabela 25. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois sexos na amostra de validação

<i>BSI</i> Escalas e Índices Globais do BSI	Masculino (n = 298)		Feminino (n = 358)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Somatização	0.60	0.56	0.90	0.70	5.957	0.000***
Obsessões-Compulsões	1.00	0.67	1.16	0.67	2.879	0.004**
Sensibilidade Interpessoal	0.86	0.86	1.07	0.85	3.201	0.001**
Depressão	0.77	0.74	1.09	0.85	5.005	0.000***
Ansiedade	0.64	0.57	0.89	0.73	4.863	0.000***
Hostilidade	0.93	0.83	1.00	0.79	1.094	0.274
Ansiedade Fóbica	0.43	0.58	0.56	0.58	2.928	0.004**
Ideação Paranóide	0.89	0.76	1.12	0.77	3.841	0.000***
Psicoticismo	0.67	0.70	0.88	0.72	3.664	0.000***
<i>Índice Geral de Sintomas</i>	0.75	0.56	0.97	0.60	4.868	0.000***
<i>Total de Sintomas Positivos</i>	23.73	13.93	29.65	12.93	5.636	0.000***
<i>Índice Sintomas Positivos</i>	1.59	0.57	1.64	0.51	1.118	0.264

*** $p < 0.001$. ** $p < 0.01$.

Também no que diz respeito à idade, observámos diferenças entre as médias das pontuações em quase todas as escalas e Índices do BSI, com prevalência do grupo etário dos 15 aos 19 anos sobre o grupo etário dos 12-14 anos. Assim, somente nas escalas Somatização e Ansiedade Fóbica e ainda, no Índice de Sintomas Positivos não se observam diferenças com significância estatística entre os dois grupos etários, o que parece reflectir, à priori, uma maior incidência de possível perturbação emocional nos adolescentes mais velhos ou uma maior tendência destes para reportar estes sintomas.

Tabela 26. Médias, Desvios-padrão e significância estatística das diferenças entre os dois grupos etários na amostra de validação

BSI	Idade				t	p
	12-14		15-19			
	(n = 285)		(n = 371)			
Escalas e Índices Globais do BSI	M	DP	M	DP		
Somatização	0.75	0.67	0.77	0.65	-0.372	0.710
Obsessões-Compulsões	0.96	0.66	1.18	0.68	-4.264	0.000***
Sensibilidade Interpessoal	0.87	0.84	1.05	0.86	-2.796	0.005**
Depressão	0.82	0.77	1.03	0.84	-3.276	0.001**
Ansiedade	0.69	0.67	0.85	0.67	-2.898	0.004**
Hostilidade	0.89	0.83	1.04	0.78	-2.304	0.022*
Ansiedade Fóbica	0.53	0.63	0.49	0.54	0.819	0.413
Ideação Paranóide	0.90	0.78	1.11	0.76	-3.354	0.001**
Psicoticismo	0.70	0.68	0.85	0.74	-2.682	0.008**
Índice Geral de Sintomas	0.80	0.59	0.93	0.59	-2.818	0.005**
Total de Sintomas Positivos	24.77	13.67	28.65	13.51	-3.625	0.000***
Índice Sintomas Positivos	1.64	0.48	1.59	0.61	-1.171	0.242

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

3. Síntese

A APS-SF indicou níveis adequados de consistência interna e de estabilidade temporal, revelando fidelidade nas medidas fornecidas por este instrumento. Relativamente aos estudos de validade por nós efectuados com a Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF), todas as correlações encontradas entre as escalas clínicas são positivas e moderadas, indicando uma relação significativa entre as escalas, mas também alguma especificidade destas, que se reflectiu nos resultados da análise factorial. Duma forma global, os resultados obtidos sugerem uma estrutura factorial da APS-SF para a nossa amostra consistente com a dimensão interiorizada / exteriorizada da psicopatologia do adolescente. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Reynolds (2000) nos estudos originais de validação do inventário.

No que diz respeito às comparações das pontuações das escalas por sexo, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas nas escalas Perturbação do Comportamento e Abuso de Substâncias entre rapazes e raparigas, com pontuações médias superiores para os rapazes nestas escalas. Por sua vez, as raparigas apresentaram níveis significativamente superiores de sintomatologia referente à Perturbação de Ansiedade Generalizada, à Perturbação Pós-Stress Traumático, à Depressão Major, à Perturbação do Comportamento Alimentar e ainda aos Problemas Interpessoais. Estes resultados são consistentes com a revisão da literatura, na medida em que tem sido referido que os adolescentes do sexo masculino tendem a manifestar um maior número de perturbações psicopatológicas de tipo exteriorizado e que as raparigas, tendem no global, a expressar o mal-estar psicológico na forma de perturbações interiorizadas (Tiet, Wasserman, Loeber, McReynolds & Miller, 2001).

Relativamente à variável idade, observámos que os adolescentes mais novos (com idades entre 12 a 14 anos) tendem a apresentar maiores níveis de defensividade e de respostas inconsistentes por comparação com os adolescentes mais velhos (15-19 anos). Tais diferenças podem dever-se, quer a maiores dificuldades na compreensão dos itens, quer a maiores dificuldades de concentração ou ainda a um menor envolvimento na tarefa de resposta ao questionário. De notar que das escalas doze escalas clínicas que compõem a APS-SF, somente quatro não apresentaram diferenças relativas à idade na expressão de problemas psicopatológicos (Problemas do Comportamento Alimentar, Suicídio, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais). Nas restantes oito escalas (Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Propensão à Ira /Violência, Problemas Académicos, Perturbação da Ansiedade Generalizada e Perturbação Pós-Stress Traumático) os resultados sugerem uma influência da idade no auto-relato destas perturbações. Uma primeira leitura destes resultados sugere uma tendência para o aumento destas perturbações emocionais/comportamentais com a idade.

No entanto, devemos colocar diferentes possibilidades explicativas, não necessariamente antagónicas: temos de referir que o facto dos inventários terem sido respondidos em contexto de grupo (sala de aula) pode ter levado, nalguns casos, a maior desconcentração, a qual poderá ter mais impacto nos adolescentes mais novos. Por outro lado, é possível que os adolescentes mais velhos apresentem, no global, uma maior capacidade introspectiva ou maturidade emocional que os leve a reportar de forma mais fidedigna o seu mal-estar psicológico, quando este surja.

Podemos então, pressupor a existência de um efeito de uma maior maturidade emocional (“*insight*”) associada à idade dos sujeitos, o que poderá influenciar a sua compreensão das questões do inventário. Se assim for, podemos pressupor que a APS-

SF será relativamente mais eficaz na identificação de problemas psicopatológicos em adolescentes mais velhos. Por outro lado, é esperado que, com a entrada numa segunda etapa da adolescência, os desafios e os problemas que os jovens têm de enfrentar, associados às tarefas desenvolvimentais deste período⁸, se traduzam em maiores índices de desordens emocionais, o que justificaria as diferenças encontradas nestes dois grupos etários.

Os estudos factoriais realizados para confirmar a validade de constructo do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) concluíram da sua validade enquanto indicador global de avaliação de possível psicopatologia mas não da eficácia das suas escalas ou dimensões em avaliar síndromes clínicas específicas (Boulet & Boss, 1991, Piersma et al., 1994, Endermann, 2005). No nosso estudo, os resultados referentes, quer à consistência interna das escalas, quer relativos à sua estabilidade temporal, sugerem que o BSI é relativamente fiável para aplicação em adolescentes. No entanto, os resultados da validade de constructo sugerem que parece não ser útil a sua utilização enquanto inventário discriminante das nove dimensões psicopatológicas que este pretende aferir. Assim, e apoiados igualmente nos resultados encontrados por outros autores (Boulet & Boss, 1991, Piersma et al., 1994), sugere-se a sua utilização como um índice global de avaliação de sintomas psicopatológicos.

Por último, devemos referir que estes inventários de auto-resposta deverão ser considerados pelo investigador ou pelo clínico como um instrumento de triagem de sintomas psicopatológicos, devendo ser sempre um complemento possível e não uma alternativa à avaliação psicológica.

⁸ A este propósito, cf. Capítulo 1.

Uma limitação principal deste estudo é a inexistência de um grupo clínico que permita análises comparativas com o grupo da população geral, de molde a avaliar a capacidade dos instrumentos analisados para discriminar entre indivíduos perturbados e não perturbados emocionalmente. Não podemos deixar de voltar a referir que o tipo de amostragem e ainda a pouca representatividade geográfica da amostra impedem generalizações destes resultados. No entanto, estamos em crer que o APS-SF é um instrumento psicológico com fiabilidade e que o seu estudo merece ser continuado numa amostra representativa da população adolescente portuguesa.

Capítulo 7

Estudo 2 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência na adolescência: apresentação, análise e discussão dos resultados

O objectivo global deste estudo foi o de conhecer algumas características do contexto familiar dos adolescentes, de forma a analisar as variáveis que possam estar eventualmente associadas à manifestação de psicopatologia. Foram consideradas as variáveis: sexo, idade, NSE da família, o número de retenções escolares (enquanto indicador do desempenho escolar dos adolescentes), o tamanho da família e a estrutura do agregado familiar actual (família intacta, família monoparental, família de recasamento ou outro tipo de família), o nível de escolaridade dos pais, e ainda alguns possíveis indicadores de acontecimentos negativos na infância (separação de figura parental, motivo de separação - económicos, divórcio, morte de figura parental, conflitos familiares). Num segundo momento, estudámos a relação destas variáveis com a expressão de problemas de comportamento e /ou emocionais (índice e tipo de sintomas psicopatológicos), a relação com os pais (percepção do afecto e das práticas educativas parentais) e as características de resiliência do adolescente.

1. Resultados no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

A análise dos dados relativos ao BSI baseou-se nas conclusões retiradas dos estudos de validade de constructo do instrumento (Capítulo 6) e, de acordo com a sugestão de Piersma e colaboradores (1994), optámos exclusivamente pela utilização das pontuações no Índice Geral de Sintomas (IGS).

As pontuações obtidas no Índice Geral de Sintomas serão analisadas de acordo com as seguintes *variáveis individuais*: sexo, idade e um indicador do desempenho académico (o número de retenções escolares). Posteriormente, será analisada a relação do IGS com as seguintes *variáveis contextuais*: a) variáveis sócio-demográficas e familiares – nível sócio-económico (NSE) do agregado familiar, a escolaridade dos pais¹, estrutura do agregado familiar actual, a dimensão da família, o tamanho da fratria, o lugar do adolescente na fratria e ainda, b) os *acontecimentos negativos na infância* (separações significativas de figura parental², motivos atribuídos para as separações). A distribuição dos sujeitos segundo as variáveis recodificadas é apresentada na tabela seguinte.

1 Por questões práticas de apresentação dos resultados, optámos por operacionalizar esta variável, categorizando os sujeitos segundo dois grupos – o grupo composto por adolescentes cujos pais completaram no máximo a obrigatória (até nove anos de escolaridade) e o grupo composto pelos sujeitos cujos pais possuem dez ou mais anos de escolaridade.

2 Atendeu-se a períodos superiores a um mês, por motivos relevantes: os pais divorciaram-se, um dos pais ou ambos emigraram, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos ou maus-tratos, consoante a categorização disposta na variável motivos de separação.

Tabela 27. Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis recodificadas: estrutura familiar, nível de escolaridade dos pais, separações de pais e motivos das separações (n = 628)

Recodificação das variáveis sócio-demográficas	n	%
Estrutura familiar		
Biparental (intacta)	460	73.2
Outro tipo de família (monoparental, de recasamento ou de avós)	168	26.8
Nível de Escolaridade do Pai ^a		
Frequência escolar até 9 anos	385	61.3
Dez ou mais anos de escolaridade.	206	32.8
Nível de Escolaridade da Mãe ^b		
Frequência escolar até 9 anos	362	57.6
Dez ou mais anos de escolaridade.	257	40.9
Separações significativas de figuras parentais		
Sem separações significativas	477	76.0
Com separações significativas	151	24.0
Motivos atribuídos para separações de figuras parentais		
Económicos	28	4.5
Divórcio dos pais	88	14.0
Acontecimentos negativos na infância ³	35	5.6
Total	628	100.0

Notas: ^a 37 sujeitos não responderam nesta variável. ^b 9 sujeitos não responderam nesta variável.

1.1. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)

Numa primeira análise fomos investigar se a incidência de sintomatologia de acordo com o BSI era diferente de acordo com as variáveis individuais em estudo. Para tal utilizámos procedimentos de comparação de médias (testes *t* de Student para amostras independentes) e o teste de correlações não paramétrico de Spearman.

³ Categorização baseada nos seguintes relatos: Doença prolongada ou morte de figura parental (n = 21), Conflitos familiares (n = 11), maus-tratos ou abandono (n = 3).

Na tabela seguinte apresentamos os resultados referentes às comparações dos valores médios do Índice Geral de Sintomas (IGS) de acordo com a variável sexo. Os resultados do teste *t* de Student sugerem que as raparigas tendem a reportar, no global, um maior índice de sintomas psicopatológicos do que os rapazes, sendo as diferenças nos valores médios reportados estatisticamente significativas.

De seguida reportamos os valores de sintomatologia psicopatológica segundo o grupo etário dos adolescentes. Consoante podemos observar na Tabela 28 os resultados obtidos permitem afirmar a existência de diferenças significativas nos níveis de sintomatologia psicopatológica reportados em função do grupo etário. Assim, os adolescentes mais novos tendem a relatar um menor índice de sintomas psicopatológicos do que os adolescentes mais velhos.

Tabela 28. Médias, desvios-padrão do IGS e teste *t* de Student em função do sexo e do grupo etário (n = 628)

Índice Geral de Sintomas	<i>Sexo</i>					
	Masculino (n = 282)		Feminino (n = 346)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
	0.76	0.56	0.97	0.59	4.497	0.000*
	12-14 Anos (n = 271)		15-19 Anos (n = 357)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
	0.80	0.59	0.93	0.58	-2.745	0.006**

* $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$.

Pretendemos ainda saber se uma outra variável individual, desta vez relativa ao desempenho escolar (número de retenções escolares), estava associada à expressão de sintomatologia psicopatológica nos adolescentes.

O coeficiente de correlação de Spearman ($r = 0.055$, $p = 0.166$) indica não haver uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Uma primeira leitura deste resultado leva-nos a sugerir que o desempenho escolar (medido pela variável *número de retenções escolares*) não é um indicador de perturbação emocional nos adolescentes. Ou seja, podemos supor que na etiologia das retenções escolares estão factores contextuais e individuais não associados a quaisquer problemáticas psicopatológicas nos adolescentes. Visto de outro modo, podemos questionar-nos se o Índice Geral de Sintomas (BSI) será um indicador de perturbações psicopatológicas com especificidade suficiente para triar problemas exteriorizados do comportamento, nos quais se inclui os problemas académicos. Esta questão merece ser estudada adiante em maior detalhe, através do outro indicador de psicopatologia no adolescente – as escalas clínicas do APS-SF.

1.2. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância

Para estudarmos possíveis diferenças nos resultados obtidos no Índice Geral de Sintomas psicopatológicos (BSI) em função das variáveis sócio-familiares caracterizadas, utilizámos procedimentos de comparação de médias paramétricos (ANOVAs ou testes t de

Student), não paramétricos⁴ (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) e ainda o teste de correlações não paramétricas de Spearman.

Os resultados das análises estatísticas efectuadas não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos caracterizados segundo as variáveis sócio-demográficas e familiares relativamente à manifestação de problemas psicopatológicos (IGS). Referimo-nos ao *NSE* ($K-W = 2.487$, g.l. = 2, $p = 0.288$), à *escolaridade do pai* ($t = -0.520$; g.l. = 589, $p = 0.603$), à *escolaridade da mãe* ($t = 0.554$; g.l. = 617, $p = 0.580$) e à *estrutura da família*⁵ ($M-W = 0.36305.0$, $Z = -1.160$, $p = 0.246$).

Estes resultados possibilitam-nos duas leituras possíveis: primeiramente, podemos hipotetizar que, ao contrário do que diversos estudos têm reiterado (e.g., Baer, 1999, Balbernie; 2002, Knutson et al., 2004; Schoon & Parsons, 2002), quer os recursos económicos das famílias, quer o tipo ou a estrutura familiar do adolescente não estão relacionados com a manifestação de sintomatologia psicopatológica na nossa amostra. Todavia, atendendo à diversidade de estudos que associam a vulnerabilidade económica ao desenvolvimento de resultados negativos em crianças e adolescentes (e.g., Buchanan et al., 2000; Chase et al., 2006; Gordon et al., 2003; Serbin et al., 2004; Rutter et al., 1998), devemos deixar em aberto a hipótese da existência de limitações do instrumento utilizado, uma vez que o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), como referido quando da sua descrição, é uma medida de avaliação sumária de indicadores de sintomatologia psicopatológica e, possivelmente, pouco exaustiva.

⁴ Optámos por procedimentos estatísticos não paramétricos sempre que as diferenças nos tamanhos dos grupos eram acentuadas, uma vez que nestes casos as alternativas paramétricas são muito mais sensíveis à violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias (Maxweel & Delaney, 2004).

⁵ Intacta versus outro tipo de família (monoparental, de recasamento e de avós).

No que diz respeito às restantes variáveis familiares que são objecto do nosso estudo – o tamanho da família ($r = -0.053$, $p = 0.184$), o tamanho da fratria ($r = 0.042$, $p = 0.291$) e o lugar na fratria ($r = 0.066$, $p = 0.096$), os resultados da correlação de Spearman, não são significativos.

Relativamente às variáveis que nomeámos como *acontecimentos negativos na infância*, apresentamos na Tabela 29 os resultados obtidos. Pretendeu-se analisar possíveis diferenças no relato de IGS no grupo dos adolescentes que não sofreram separações, comparativamente àqueles que estiveram separados dos pais pelas seguintes causas – económicas, divórcio, morte de figura parental ou conflitos familiares. O teste não paramétrico de Mann-Whitney revelou diferenças com significância estatística ao nível de 0.05, indicando que os adolescentes que sofreram separações significativas na infância face a uma figura parental (ou que estiveram separados de ambos os pais) tendem a apresentar maiores índices de sintomas psicopatológicos do que os adolescentes que nunca estiveram separados dos pais⁶.

Tabela 29. Médias, desvios-padrão do IGS e teste de *Mann-Whitney* em função da existência de *separações significativas na infância* ($n = 628$)

Índice Geral de Sintomas	Separações significativas na infância					
	Sim ($n = 151$)		Não ($n = 477$)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
	0.97	0.61	0.85	0.58	-2.028	0.043*

* $p \leq 0.05$

⁶ Foram contabilizadas as respostas dos adolescentes à questão “Se viveste com os teus pais, estiveste separado deles mais tempo do que um mês, sem contar com as férias?” e os motivos atribuídos para a separação (ver o questionário no Anexo 1).

Com base nos motivos atribuídos pelos adolescentes para a separação em relação ao pai ou à mãe, procedemos à categorização dos sujeitos que sofreram separações significativas na infância segundo três grupos principais – separados por motivos económicos, separados por divórcio dos pais e ainda, separados por acontecimentos particularmente negativos na infância (doença prolongada ou morte de figura parental, conflitos familiares, maus-tratos ou abandono). A tabela 30 apresenta a média do IGS por cada um destes grupos.

Tabela 30. Médias, desvios-padrão do IGS e teste de Kruskal-Wallis em função de causas de separação de figuras parentais na infância (n = 151)

Motivos atribuídos para separação de figura parental								
Índice Geral de Sintomas	<i>Económicos</i> (n = 28)		<i>Divórcio dos pais</i> (n = 88)		<i>Acontecimentos negativos na infância</i> *(n = 35)		<i>K-W</i> (df=2)	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
	0.94	0.60	1.00	0.66	0.89	0.51	0.362	

* Categorização baseada nos seguintes relatos: Doença prolongada ou morte de figura parental (n = 21), Conflitos familiares (n = 11), maus-tratos ou abandono (n = 3).

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do Índice Geral de Sintomas entre os três grupos designados. Uma primeira leitura destes resultados leva a supor que estar separado de uma figura parental na infância por um período de tempo significativo, quer devido a motivos económicos, quer devido a acontecimentos negativos, como sejam os conflitos familiares ou a doença ou morte de uma figura parental, não parece estar associado a um relato maior de sintomatologia. Ao contrário dos resultados

aqui encontrados, esperávamos encontrar uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e o IGS, uma vez que os acontecimentos negativos (*life events*) deveriam ter um maior significado patogénico e portanto, um maior impacto negativo no desenvolvimento.

2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF)

2.1. Distribuição percentual dos adolescentes portugueses segundo os Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia da escala APS-SF.

Na tabela seguinte apresentamos os índices de perturbação psicopatológica relativos a cada uma das escalas da APS-SF em termos da distribuição de frequência da amostra portuguesa (n=628) pelos Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia. Duma forma sumária, os resultados indicam que as percentagens de manifestação de sintomatologia tendem a diminuir com a gravidade da mesma. Por exemplo, na Escala Perturbação do Comportamento, 85.5 % da amostra pontuou no *nível normal*, 3.3% pontuou no *nível clínico ligeiro* e 2.2 % pontuou no nível de *severidade clínica grave*. No estudo original com a APS-SF (Reynolds, 2000) a frequência de sujeitos que pontuaram no *nível clínico ligeiro* foi de 6% e no *nível clínico moderado* correspondeu a 3% da amostra de standardização. Uma pontuação de *nível clínico grave* ocorreu em cerca de 2% da amostra de standardização estudada por Reynolds (2000) e está frequentemente associada a história de comportamento anti-social persistente e de problemas com a polícia e suspensão da escola. Como podemos verificar na Tabela 31, na amostra portuguesa, os valores encontrados foram idênticos ao do estudo original nesta escala.

Na escala Perturbação de Oposição, a frequência de adolescentes que pontuaram no *nível normal* foi de 84.9%, 5,4% dos sujeitos pontuaram no *nível clínico ligeiro* e 0.5% no *nível clínico grave*. No estudo americano, as Pontuações PO no *nível ligeiro* ocorreram em cerca de 4% da amostra e as pontuações no *nível moderado* ocorreram em cerca de 3% da

amostra de estandardização, resultados relativamente inferiores aos encontrados no nosso estudo.

Tabela 31. Distribuição de frequência segundo os Níveis de Severidade Clínica na amostra portuguesa (n = 628)

Escala Clínica do APS-SF	Níveis de Severidade Clínica ⁷									
	Normal ^a		Subclínico ^b		Clínico ligeiro ^c		Clínico Moderado ^d		Clínico grave ^e	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perturbação do Comportamento (PC)	537	85.5	28	4.5	21	3.3	28	4.5	14	2.2
Perturbação de Oposição (PO)	533	84.9	38	6.1	34	5.4	20	3.2	3	0.5
Problemas Académicos (PA)	510	81.2	73	11.6	17	2.7	25	4.0	3	0.5
Abuso de Substâncias (AS)	543	86.5	36	5.7	11	1.8	25	4.0	13	2.1
Propensão à Ira /Violência (PIV)	546	86.9	20	3.2	32	5.1	25	4.0	5	0.8
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	512	81.5	67	10.7	32	5.1	15	2.4	2	0.3
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	511	81.4	65	10.4	30	4.8	20	3.2	2	0.3
Depressão Major (DEP)	508	80.9	73	11.6	24	3.8	15	2.4	8	1.3
Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA)	501	79.8	59	9.4	20	3.2	41	6.5	7	1.1
Tendência para o Suicídio (SUI)	552	87.9	22	3.5	14	2.2	21	3.3	19	3.0
Problemas de Auto-conceito (PAC)	541	86.1	27	4.3	36	5.7	21	3.3	3	0.5
Problemas Interpessoais (PIP)	497	79.1	72	11.5	37	5.9	16	2.5	6	1.0

A frequência dos sujeitos que pontuaram no *nível clínico moderado* na escala Propensão à Ira e à Violência foi de 4% e no nível grave foi de 0.5%. No estudo americano,

⁷ ^a Nível normal - Nota T < 60, DP < 1.00; ^b Nível de sintomas subclínico - Nota T entre 60 e 64, DP entre 1.00 e 1.49; ^c Nível de sintomas clínico ligeiro - Nota T entre 65 e 69, DP entre 1.50 e 1.99;

^d Nível de sintomas clínico moderado: Nota T entre 70 a 79, DP entre 2.00 e 2.99 e, ^e Nível de sintomas clínico grave: Nota T ≥ 80, DP ≥ 3.00

cerca de 4% dos sujeitos pontuaram no *nível ligeiro*, 4% pontuaram no *nível moderado* e foi obtida uma pontuação de *nível clínico grave* em 1% da amostra de standardização, resultados relativamente superiores aos encontrados nos adolescentes portugueses (Reynolds, 2000).

Relativamente à escala Abuso de Substâncias, podemos observar que se obteve uma pontuação no nível clínico ligeiro em 1.8 % dos sujeitos e no nível Clínico Moderado em 4% da amostra, sugerindo, quer um consumo moderado de diversas substâncias, quer um uso crónico de uma única substância. De forma idêntica, no estudo de Reynolds (2000), uma pontuação AS de nível clínico ligeiro ocorreu em cerca de 2% da amostra standardizada e 3% dos adolescentes pontuaram no nível clínico moderado. Uma pontuação igual ou superior a 80 *T*, correspondente a um consumo de álcool e de drogas de nível grave e equivale na nossa amostra a 2% dos adolescentes.

Na escala Perturbação de Ansiedade Generalizada encontramos uma pontuação de *nível subclínico* em 10.7% da amostra, no nível clínico ligeiro em 5.1% e ainda, no *nível grave* em 0.3% dos adolescentes. No estudo de Reynolds (2000) 3% da amostra de standardização e 7% da amostra clínica obtiveram pontuação no nível de sintomas clínico ligeiro, enquanto 2% obtiveram pontuação de nível moderado, valores superiores aos da amostra portuguesa.

Na escala Perturbação Pós-Stress Traumático foi encontrada uma pontuação de *nível subclínico* em 10.4% da amostra, em 3.2 % da amostra observa-se uma pontuação de *nível clínico moderado* e em 0.3% dos sujeitos uma classificação de *nível grave*. Pontuações de *nível clínico moderado* são indicadoras de respostas associadas a stresse, como sejam uma reactividade fisiológica aumentada, dificuldades no sono, irritabilidade,

afecto depressivo ou instável, sentimentos de despersonalização e ainda ao reviver do acontecimento traumático (Reynolds, 2000).

Relativamente à escala Depressão Major, 11.6% dos adolescentes pontuaram no *nível subclínico*, 2.4% no *nível moderado* e 1.3% no *nível grave*. De referir que Reynolds (2000) obteve pontuações similares na amostra de standardização americana. Os adolescentes que obtêm pontuações na escala DEP no *nível clínico moderado* tendem a manifestar mal-estar generalizado e sentimentos subjectivos de infelicidade, não sendo raro neste nível clínico a manifestação de raiva ou ira dirigida contra si próprio ou contra os outros, a presença de labilidade emocional e de hipersensibilidade (Reynolds, 2000). Ocorreram pontuações DEP no nível grave em 1% da nossa amostra. De referir que os adolescentes que pontuam neste nível tendem a cumprir os critérios para Episódio Depressivo Major.

A frequência dos sujeitos que pontuou no *nível ligeiro* da escala Perturbações do Comportamento Alimentar foi de 3.2%, no *nível clínico moderado* foi de 6.5% e no *nível grave* foi de 1.1%. No estudo de Reynolds (2000), as pontuações CA no *nível ligeiro* ocorreram em aproximadamente 4% da amostra de standardização e as pontuações no *nível moderado* ocorreram em cerca de 7% da amostra de standardização, valores mais elevados que os encontrados na amostra portuguesa. No entanto, os valores encontrados no nível grave foram idênticos aos dos adolescentes americanos (cerca de 1%).

Na escala Propensão ao Suicídio, pontuaram no *nível subclínico* 3.5% dos adolescentes da amostra e no *nível clínico grave* 3% da amostra. Por sua vez, na amostra americana, cerca de 6% dos adolescentes deram respostas de *nível subclínico* e 3% pontuou no *nível clínico ligeiro*. De notar ainda que a frequência de adolescentes que pontuaram no

nível moderado foi de 3.3%, valores francamente mais baixos, por comparação à amostra americana (7%). Estes adolescentes tendem a relatar níveis significativos de ideação suicida, podendo ter ainda uma história de tentativas de suicídio. Relativamente aos valores encontrados no *nível de severidade clínica grave*, encontramos resultados diversos dos americanos. Assim, enquanto que Reynolds (2000) encontrou uma pontuação SUI no *nível grave* em 1% da amostra de standardização, 3% dos adolescentes da nossa amostra pontuaram neste nível.

Por sua vez, na escala Problemas de Auto-conceito observamos um *nível subclínico* de sintomas em 4.3% da amostra e um *nível de severidade clínica moderada* em 3.3% dos sujeitos. No estudo americano, foram encontradas pontuações no *nível ligeiro* em 6% da amostra e uma pontuação de *nível moderado* em cerca de 3% da amostra standardizada. Observamos uma pontuação PAC de *nível grave* em 0.5% da nossa amostra, um valor idêntico ao encontrado nos adolescentes americanos. Um nível de severidade clínica grave nesta escala será indicador de um Auto-conceito patologicamente baixo, ideação e comportamento suicida e comportamento auto-agressivo (Reynolds, 2000).

Na escala Problemas Acadêmicos foi encontrada uma pontuação de *nível subclínico* em 11.6% da amostra, de *nível clínico moderado* em 4% da amostra e de *nível grave* em apenas 0.5% dos sujeitos. Uma pontuação de *nível subclínico* entre 60T e 64T é indicadora de possíveis problemas académicos. De igual forma, no estudo original com o APS-SF, Reynolds (2000) refere que 10% dos adolescentes pontuaram no nível subclínico, que 4% pontuaram no nível ligeiro e que 3% dos sujeitos pontuaram na escala PA, indicando problemas relacionados com a aprendizagem e a adaptação escolar. Tais dificuldades podem estar associadas a outros problemas, como seja o comportamento disruptivo.

Por último, na escala Problemas Interpessoais encontramos em 11.5% da amostra pontuações correspondentes ao nível *subclínico* de sintomas, em 2.5% dos sujeitos encontramos um *nível de severidade clínica moderada* e em cerca de 1% dos sujeitos, um *nível de severidade clínica grave*. No estudo americano a frequência de pontuações obtidas em todas os níveis clínicos desta escala foi relativamente superior. Uma pontuação no nível moderado ou superior é indicadora de sentimentos de solidão, falta de amigos e dificuldades na relação com outros (Reynolds, 2000, p. 39).

A prevalência encontrada no nível subclínico de severidade, quer na escala de Ansiedade, quer na escala da Depressão e ainda na escala Perturbação Pós-Stress Traumático, por ser, de forma relevante, superior à das outras escalas, leva a que tenhamos de considerar a importância destes resultados em termos da sua relevância clínica. Ou seja, embora não correspondam a um diagnóstico de psicopatologia, estes resultados sugerem que a expressão de mal-estar emocional na adolescência se manifesta mais frequentemente através de sintomas de perturbações interiorizadas, em concordância com diversos estudos (Axelson & Birmaher, 2001, Bolger & Patterson, 2001; Marcelli, 2002; Keiley, et al., 2001).

De referir ainda a relativa incidência de Perturbações do Comportamento Alimentar e de Problemas Académicos ao nível subclínico, sugerindo a presença de mal-estar emocional em cerca de 10% dos adolescentes da nossa amostra, podendo indicar, quer um fenómeno transitório e inerente às problemáticas deste período de desenvolvimento, quer o início de uma perturbação em desenvolvimento.

2.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento acadêmico (número de retenções escolares)

Num primeiro momento, procurámos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas clínicas do APS-SF entre grupos em função das variáveis sexo e idade, utilizando procedimentos de comparação de médias (testes *t* de Student para amostras independentes). Posteriormente procurámos observar a existência de eventuais relações significativas entre a variável retenções escolares e as escalas do APS-SF, através da correlação de Spearman.

Na Tabela 32 apresentamos os resultados referentes às comparações de médias entre a variável sexo e as escalas clínicas do APS-SF. Os resultados obtidos sugerem que as raparigas tendem a reportar um maior índice de sintomas na dimensão interiorizada da expressão de sintomatologia psicopatológica – escalas Problemas de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Perturbações do Comportamento Alimentar, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais. Estes resultados são concordantes com os estudos epidemiológicos, os quais confirmam uma prevalência superior destas desordens nos adolescentes do sexo feminino (Garber & Flynn, 2001; Glaze, 2001; Keel, Leon & Fulkerson, 2001).

Por sua vez, os rapazes manifestam um maior índice de sintomas associados com a dimensão exteriorizada da manifestação psicopatológica – escalas Perturbação do Comportamento, Abuso de Substâncias e Problemas Académicos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas escalas Perturbação de Oposição, Propensão à Ira /Violência e Tendência para Suicídio.

Tabela 32. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste *t* de Student em função do *sexo* (n = 628)

Escalas Clínicas do APS-SF	Masculino (n = 282)		Feminino (n = 346)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perturbação do Comportamento (PC)	52.55	11.87	47.54	6.76	-6.636	0.000***
Perturbação de Oposição (PO)	49.88	9.83	49.99	10.09	0.132	0.895
Abuso de Substâncias (AS)	51.46	12.28	48.53	7.68	-3.652	0.000***
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.37	10.60	49.31	9.24	-1.338	0.181
Problemas Acadêmicos (PA)	51.02	10.50	49.08	9.48	-2.430	0.015*
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	48.07	9.65	51.82	9.68	4.835	0.000***
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	47.71	9.09	52.03	10.01	5.603	0.000***
Depressão Major (DEP)	47.74	9.01	52.12	10.19	5.651	0.000***
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	47.22	8.27	52.50	10.58	6.848	0.000***
Tendência para o Suicídio (SUI)	49.16	9.24	49.98	10.41	1.025	0.306
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.73	9.73	50.85	10.12	2.652	0.008**
Problemas Interpessoais (PIP)	48.15	9.61	51.60	9.97	4.378	0.000***

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Passamos a apresentar os índices de sintomatologia psicopatológica reportada segundo o grupo etário dos adolescentes (Tabela 33). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas segundo a idade na maioria das escalas clínicas do APS-SF. Assim, os adolescentes mais velhos (com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos) apresentaram um índice superior de Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Problemas Acadêmicos, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático e Depressão Major, enquanto que os adolescentes mais novos (idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos) apresentaram

pontuações significativamente mais elevadas (para $p < 0.05$) na escala Perturbações do Comportamento Alimentar.

Pretendemos ainda conhecer se a variável associada ao desempenho escolar – o *número de retenções escolares* – se associa à expressão das perturbações psicopatológicas especificadas pelo APS-SF. Consoante apresentamos na Tabela 34, os resultados da correlação de Spearman para as 12 escalas clínicas sugerem associações estatisticamente significativas e positivas entre as *retenções escolares* e as escalas associadas à dimensão exteriorizada dos problemas de comportamento – Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Propensão à Ira /Violência e Problemas Académicos – e às seguintes escalas relacionadas com a dimensão interiorizada dos problemas de comportamento – Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Tendência para Suicídio e Problemas Interpessoais.

O facto da variável *número de retenções escolares* surgir relacionado com a escala Problemas Académicos, sugere que esta variável é um indicador válido do envolvimento ou motivação escolar dos adolescentes. Além do mais, apesar da magnitude reduzida de alguns coeficientes de correlação, a associação positiva e significativa entre a presença de sintomatologia psicopatológica e o número de retenções escolares sugere que este último factor é um indicador válido de mal-estar psicológico nos adolescentes.

Tabela 33. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste *t* de Student em função do grupo etário (n = 628)

Escalas Clínicas do <i>APS-SF</i>	12-14 Anos		15-19 Anos		<i>t</i>	<i>p</i>
	(n = 271)		(n = 357)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Perturbação do Comportamento (PC)	48.62	9.36	50.68	9.91	-2.635	0.009**
Perturbação de Oposição (PO)	47.79	10.51	51.57	9.21	-4.788	0.000***
Abuso de Substâncias (AS)	46.65	7.56	52.28	11.08	-7.194	0.000***
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.44	10.48	50.05	9.40	-0.763	0.446
Problemas Acadêmicos (PA)	47.77	9.36	51.61	10.15	-4.859	0.000***
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	48.14	9.61	51.65	9.75	-4.490	0.000***
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	48.25	9.59	51.49	9.81	-4.130	0.000***
Depressão Major (DEP)	48.52	9.66	51.39	9.93	-3.626	0.000***
Perturb.do Comportamento Alimentar (PCA)	51.09	10.55	49.40	9.43	2.111	0.035*
Tendência para o Suicídio (SUI)	49.84	10.26	49.44	9.63	0.499	0.618
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.92	9.84	49.88	10.12	0.049	0.961
Problemas Interpessoais (PIP)	49.31	9.91	50.62	9.96	-1.636	0.102

*** $p < 0.001$. ** $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Tabela 34. Correlações entre o número de retenções escolares e as escalas clínicas do APS-SF

Escalas do APS-SF	Nº retenções escolares (0-5)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Perturbação do Comportamento (PC)	0.237	0.000***
Perturbação de Oposição (PO)	0.130	0.001**
Abuso de Substâncias (AS)	0.222	0.000***
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.176	0.000***
Problemas Acadêmicos (PA)	0.158	0.000***
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.103	0.010*
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.119	0.003**
Depressão Major (DEP)	0.090	0.024*
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	0.007	0.862
Tendência para o Suicídio (SUI)	0.168	0.000***
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.072	0.071
Problemas Interpessoais (PIP)	0.111	0.006*

*** correlações significativas para $p \leq 0.001$. ** correlações significativas para $p \leq 0.01$.

* correlações significativas para $p \leq 0.05$.

2.3. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância

As possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas de avaliação de perturbações psicopatológicas que compõem a Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF) pelos grupos definidos pelas variáveis sócio-familiares em estudo, foram exploradas recorrendo a procedimentos de comparação de médias paramétricos (ANOVAs ou testes *t* de Student) e não paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney), bem como a análises correlacionais de Spearman.

De modo a analisarmos o efeito das variáveis escolaridade *do pai* e escolaridade *da mãe* nos índices de sintomatologia medidos pelas escalas clínicas do APS-SF, categorizámos os sujeitos segundo dois grupos – o grupo composto por adolescentes cujos pais possuem, no máximo, a escolaridade básica ou a escolaridade obrigatória (até nove anos de escolaridade) e o grupo composto pelos sujeitos cujos pais possuem dez ou mais anos de escolaridade. Nas Tabelas 35 e 36 são apresentados as médias e os desvios-padrão das escalas do APS-SF em função da escolaridade de cada um dos progenitores.

Não foram encontradas diferenças significativas entre grupos nos valores médios reportados nas escalas clínicas do APS-SF, quer em função da escolaridade paterna, quer em função da escolaridade materna, sugerindo que esta variável não está associada ao relato de perturbações psicopatológicas nos adolescentes da nossa amostra.

Tabela 35. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste *t* em função da escolaridade paterna (n = 591)

Escalas do <i>APS-SF</i>	Escolaridade do pai				<i>t</i>	<i>p</i>
	Até 9 anos escolaridade (n =385)		10 ou + anos escolaridade (n =206)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	49.99	10.11	49.24	9.08	0.889	0.375
Perturbação de Oposição (PO)	49.44	10.34	50.59	9.28	-1,336	0.182
Abuso de Substâncias (AS)	49.79	10.20	50.29	10.29	-0.565	0.572
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.81	10.13	49.81	9.28	0.000	1.000
Problemas Acadêmicos (PA)	49.46	9.98	50.56	10.04	-1.281	0.201
Perturb.Ansiedade Generalizada (PAG)	49.99	10.36	50.40	8.91	-0.476	0.634
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	49.90	10.12	50.51	9.24	-0.714	0.475
Depressão Major (DEP)	50.30	10.21	50.10	9.08	0.235	0.814
Pert. Comportamento Alimentar (PCA)	50.18	9.83	50.25	10.25	-0.079	0.937
Tendência para o Suicídio (SUI)	49.91	10.55	49.01	8.60	1.057	0.291
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.97	9.81	49.77	10.31	0.231	0.817
Problemas Interpessoais (PIP)	50.37	10.33	49.58	8.96	0.925	0.355

Tabela 36. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste *t* em função da escolaridade materna (n = 619)

Escalas do <i>APS-SF</i>	Escolaridade da mãe				<i>t</i>	<i>p</i>
	Até 9 anos escolaridade (n =362)		10 ou + anos escolaridade (n =257)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	50.32	10.04	49.23	9.35	1.370	0.171
Perturbação de Oposição (PO)	49.96	10.23	50.09	9.65	-0.169	0.866
Abuso de Substâncias (AS)	49.71	10.58	50.23	9.54	-0.627	0.531
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.77	10.03	49.88	9.71	-0.133	0.894
Problemas Acadêmicos (PA)	49.99	10.28	49.91	9.61	0.108	0.914
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	50.25	10.27	49.96	9.11	0.363	0.717
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	50.38	10.25	49.81	9.29	0.708	0.479
Depressão Major (DEP)	50.56	10.19	49.64	9.48	1.139	0.255
Pert..Comportamento Alimentar (PCA)	50.02	9.63	50.27	10.28	-0.308	0.758
Tendência para o Suicídio (SUI)	50.22	10.08	48.77	9.53	1.805	0.072
Problemas de Auto-conceito (PAC)	50.38	9.76	49.04	10.26	1.652	0.099
Problemas Interpessoais (PIP)	50.38	10.29	49.52	9.36	1.063	0.288

De salientar que os resultados apresentados não confirmam os resultados encontrados noutros estudos, os quais apontam para um efeito protector que a escolaridade parental média e elevada, particularmente da escolaridade materna, podem ter face à manifestação de distúrbios psicopatológicos nas crianças e nos adolescentes (Serbin & Karp, 2004; Schoon & Parsons, 2002).

Não obstante, diversos estudos têm referido a associação entre um baixo estatuto sócio-económico das famílias (isto é, viver em contexto de maior desvantagem social) e um maior índice de problemas de desenvolvimento nos adolescentes (Balbernie, 2002; Bender & Losel, 1997; Gordon et al., 2003; Pulkkinen, 2001). Sugerimos que não é a escolaridade baixa dos pais que em si é responsável, de forma linear, pelo desenvolvimento de perturbações nos adolescentes, mas que esta variável pode ser vista como um componente do NSE, o qual tem sido descrito como um factor de risco para os problemas de comportamento.

Para analisarmos possíveis efeitos do NSE nas pontuações médias das escalas, efectuámos o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Como podemos constatar pela Tabela 37, relativamente a esta variável sócio-demográfica, somente a escala Tendência para Suicídio diferenças com significância estatística em função do NSE (ao nível de $p < 0.01$). A observação das médias sugere-nos que a tendência para o suicídio tende a diminuir com o aumento do NSE.

De forma a percebermos quais dos grupos de NSE se associam a uma maior pontuação média na escala Tendência para o Suicídio, utilizamos o procedimento estatístico não paramétrico Mann-Whitney. No que diz respeito às comparações entre os grupos NSE

médio (^b) e NSE elevado (^b), as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($M-W = 8473.5$, $Z = -0.892$, $p = 0.372$). No entanto, verificámos a existência de diferenças significativas nos valores médios de pontuação entre o NSE baixo (^a) e o NSE médio (^b) ($M-W = 3391.5$, $Z = -2.575$, $p = 0.010$), e ainda, entre o NSE baixo (^a) e o NSE elevado (^b) ($M-W = 9053.5$, $Z = -2.598$, $p = 0.009$).

Estes resultados indicam que o grupo de adolescentes pertencentes ao NSE baixo reporta maiores níveis na escala Tendência para o Suicídio, comparativamente aos dois grupos de NSE mais elevados, sugerindo que este grupo poderá estar em maior risco para ideação e tendência suicida. De referir que as diferenças encontradas entre os grupos nas pontuações da escala Tendência para o Suicídio pode ser atribuível a vários factores que não são aqui avaliados, para os quais o NSE baixo representa um indicador de risco.

Tabela 37. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Kruskal-Wallis em função do NSE (n = 628)

Escalas do <i>APS-SF</i> ⁸	NSE							<i>K-W</i> (<i>gl</i> =2)	<i>p</i>
	Baixo (n =306)		Médio (n =250)		Elevado (n = 72)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
PC	50.25	10.10	49.17	9.06	49.99	10.29	1.450	0.484	
PO	49.77	10.47	49.88	9.79	50.88	8.32	1.377	0.502	
AS	50.02	10.92	49.32	8.88	50.96	10.54	5.347	0.069	
PIV	50.05	9.98	49.24	9.76	50.58	9.91	1.804	0.406	
PA	49.76	10.01	49.57	10.08	52.11	9.47	4.053	0.132	
PAG	50.36	10.35	49.78	9.56	50.44	8.57	0.824	0.662	
PPST	50.65	10.23	49.32	9.66	50.39	8.63	2.979	0.225	
DEP	50.75	10.18	49.56	10.00	49.72	8.31	2.438	0.295	
PCA	50.41	10.05	49.83	9.79	50.01	10.21	0.874	0.646	
SUI	50.57 ^a	10.45	49.07 ^b	9.85	47.40 ^b	6.83	10.566	0.005**	
PAC	50.84	9.84	49.04	9.97	48.86	10.50	5.617	0.060	
PIP	50.90	10.43	49.01	9.55	50.06	8.95	4.117	0.128	

Nota: ^a e ^b – os valores assinalados por letras distintas são significativamente diferentes. ** $p < 0.01$.

Pretendemos observar se as variáveis familiares – tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria – se encontram estatisticamente associadas às perturbações avaliadas pelas escalas do APS-SF.

Como podemos constatar na Tabela 38, todas as correlações obtidas apresentam magnitudes reduzidas ($r < 0.10$), a maior parte das vezes não significativas. No entanto, os resultados da correlação de Spearman sugerem uma associação reduzida mas estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) e negativa entre o *tamanho da família* e a escala

⁸ PC – Perturbação do Comportamento, PO – Perturbação de Oposição, AS – Abuso de Substâncias, PIV – Propensão à Ira /Violência, PA – Problemas Acadêmicos, PAG – Perturbação da Ansiedade Generalizada, PPST – Perturbação Pós-Stress Traumático, DEP – Depressão Major, PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar, SUI – Tendência para Suicídio, PAC – Problemas de Auto-conceito, PIP – Problemas Interpessoais.

Abuso de Substâncias. Uma primeira leitura deste resultado, sugere que, ao contrário do que alguns autores referem (Hinshaw, 2002; Wasserman & Seracini, 2001; Rutter et al., 1998), ser oriundo duma família numerosa não parece ser um factor de risco para consumo de álcool e substâncias ilícitas no adolescente. Pressupomos assim que, os adolescentes portugueses, oriundos de um agregado familiar com presença de irmãos e avós ou tios, possam beneficiar de maiores recursos sociais.

No entanto, encontramos uma associação moderadamente significativa ($p \leq 0.05$) e positiva entre o *tamanho da fratria* e as escalas Propensão à Ira e à Violência e Tendência para o Suicídio. Do mesmo modo, a variável *lugar na fratria* parece associar-se significativa e positivamente com as escalas Problemas Académicos e Depressão Major.

As associações com as variáveis *tamanho da fratria* e *lugar na fratria* podem ser vistas como indicadores de uma tendência para um menor investimento parental nos filhos mais novos, quer em termos de afecto, quer em atitudes educativas parentais pautadas por uma autonomia e um controlo inadequados. Isto a ser verdade, então, ter mais irmãos e ser mais novo na fratria deveria ser um factor de risco quer para perturbações exteriorizadas do comportamento (PIV, PA), quer para perturbações interiorizadas do comportamento (SUI e DEP).

Observamos todavia, uma associação negativa entre o tamanho da família e o Abuso de Substâncias. Uma vez que a variável *tamanho da família* foi definida por nós pelo número de elementos no agregado familiar, incluindo não apenas os irmãos mas também os avós que residem no núcleo familiar, este resultado sugere que, viver numa família alargada poderá ser um factor protector do consumo de álcool e substâncias ilícitas na adolescência. Este resultado vai no sentido dos vários estudos que têm procurado

identificar as características familiares associadas com o desenvolvimento de psicopatologia (e.g., Ackerman et al., 1999, Balbernie, 2002; Bender & Losel, 1997; Buchanan et al., 2000; Pulkkinen, 2001; Serbin & Karp, 2004).

Tabela 38. Correlações entre as variáveis *tamanho da família*, *tamanho da fratria* e *lugar na fratria* e as escalas clínicas do APS-SF

Escalas do APS-SF	Tamanho da família (0-11) ^a		Tamanho da fratria (0-8)		Lugar na fratria (0-6)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Perturbação do Comportamento (PC)	-0.039	0.333	0.064	0.106	0.056	0.159
Perturbação de Oposição (PO)	-0.074	0.062	-0.017	0.665	-0.020	0.625
Abuso de Substâncias (AS)	-0.082	0.040*	-0.015	0.701	0.042	0.298
Propensão à Ira /Violência (PIV)	-0.017	0.669	0.094	0.018*	0.024	0.545
Problemas Académicos (PA)	-0.077	0.054	0.034	0.395	0.086	0.032*
Perturb. Ansied. Generalizada (PAG)	-0.030	0.457	0.031	0.432	0.037	0.349
Pert. Pós-Stress Traumático (PPST)	-0.027	0.506	0.067	0.096	0.071	0.074
Depressão Major (DEP)	-0.038	0.344	0.042	0.289	0.087	0.029*
Perturb. Comport. Alimentar (PCA)	0.034	0.395	-0.013	0.748	0.015	0.698
Tendência para o Suicídio (SUI)	-0.028	0.490	0.090	0.024*	0.076	0.058
Problemas de Auto-conceito (PAC)	-0.049	0.216	0.056	0.165	0.052	0.196
Problemas Interpessoais (PIP)	-0.063	0.116	0.060	0.130	0.099	0.013

Nota: ^a dois sujeitos estavam institucionalizados, não tendo reportado elementos de família.

*** Correlações significativas para $p \leq 0.001$. ** correlações significativas para $p \leq 0.01$. * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

Pretendemos ainda conhecer se a *estrutura da família* (i.e., a composição do agregado familiar no qual o adolescente está inserido) estava relacionado com os níveis de pontuação de psicopatologia medidas pelas escalas do APS-SF. Efectuámos um teste não paramétrico Mann-Whitney para observar se existiam diferenças nas pontuações das escalas segundo os dois grupos – viver com dois pais biológicos ou viver noutra tipo de família (monoparental, de recasamento, ou outro). Na Tabela 39 são apresentadas as

médias, os desvios-padrão e os resultados do teste Mann-Whitney para o APS-SF em função desta variável.

Duma forma geral, verificou-se que os adolescentes oriundos de uma família intacta pontuaram menos em todas as escalas, por comparação com os adolescentes oriundos de outro tipo de família. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas escalas PC, PA, PPST, DEP, SUI e PIP. De referir que, com a excepção das escalas PC e PA, estas escalas estão associadas a uma dimensão interiorizada de psicopatologia. Podemos assim sugerir que provir de uma família intacta (pais biológicos) parece estar relacionado com uma menor manifestação de perturbações interiorizadas e ainda com uma menor manifestação de problemas exteriorizados do comportamento, comparativamente com os sujeitos oriundos de outros tipos de família.

De forma a analisarmos com maior detalhe, de acordo com os quatro tipos de estrutura familiar encontrados na nossa amostra, efectuámos o teste de *Kruskal-Wallis*. A Tabela 40 apresenta as médias e os desvios-padrão nas escalas em função dos tipos de estrutura familiar, indicando o teste valores com magnitude estatística somente nas escalas Perturbação do Comportamento e Problemas Académicos.

Com o objectivo de perceber em quais dos grupos encontramos diferenças nos valores médios das duas escalas que indicaram significância estatística, prosseguimos com as comparações entre os grupos, relativas aos valores obtidos nestas escalas, utilizando para tal o teste de Mann-Whitney.

Tabela 39. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da estrutura familiar (n = 626)

Escalas do APS-SF	Estrutura da família ^a				Z	p
	Família intacta (n = 460)		Outro tipo de família (n = 168)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	49.41	9.68	50.85	9.79	-2.246	0.025*
Perturbação de Oposição (PO)	49.55	9.81	51.01	10.33	-1.896	0.058
Abuso de Substâncias (AS)	49.92	10.11	49.66	10.13	-0.144	0.885
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.38	9.51	50.89	10.79	-1.272	0.203
Problemas Acadêmicos (PA)	49.22	9.91	51.96	9.96	-3.197	0.001**
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.69	9.88	51.36	9.65	-2.097	0.036*
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	49.60	9.82	51.44	9.79	-2.228	0.026*
Depressão Major (DEP)	49.66	9.85	51.51	9.99	-2.233	0.026*
Perturb.do Comportamento Alimentar (PCA)	50.18	9.76	50.01	10.51	-0.734	0.463
Tendência para Suicídio (SUI)	49.15	9.32	50.88	11.28	-2.061	0.039*
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.44	9.98	51.14	9.95	-1.930	0.054
Problemas Interpessoais (PIP)	49.45	9.45	51.70	11.08	-1.974	0.048*

Nota: Dois sujeitos foram excluídos desta análise por se encontrarem em situação de institucionalização.

^a Família intacta (pais biológicos) versus outro tipo de família (monoparental, recasamento, etc.).

*** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Os resultados mostram que os valores estatisticamente significativos nas escalas Perturbação do Comportamento (PC) e Problemas Académicos (PA) surgem entre o grupo de adolescentes que vivem numa família *biparental / intacta* e o grupo de adolescentes que vive numa *família monoparental* ($M-W = 18052.5$, $Z = -2.755$, $p = 0.006$) e ainda, entre o grupo com família de tipo *biparental* e o grupo que vive numa *família de avós* ($M-W = 3182.0$, $Z = -2.080$, $p = 0.038$). Não foram identificados valores com significância

estatística entre os adolescentes que vivem em *família intacta* e os adolescentes que vivem em *família de recasamento* ($M-W = 11503.5$, $Z = -0.468$, $p = 0.640$).

Por sua vez, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que vivem numa *família de recasamento* e os sujeitos de *família monoparental* ($M-W = 1925.5$, $Z = -2.262$, $p = 0.024$) e ainda, entre provir de uma *família de recasamento* e viver com os *avós* (assumindo estes o papel de figuras parentais) ($M-W = 341.5$, $Z = -2.043$, $p = 0.041$). Relativamente à comparação entre os grupos *monoparental* e *família de avós*, não foram encontrados valores com significância estatística ($M-W = 803.0$, $Z = -0.771$, $p = 0.441$).

Estes dados sugerem que viver, quer numa família intacta, quer numa família de recasamento pode ser um factor contextual protector face à manifestação de problemas do comportamento. Cabe-nos pois sugerir, de acordo com a literatura, que a estrutura familiar é um dos factores a ter em conta no desenvolvimento de problemas psicopatológicos na adolescência. No entanto, uma vez que não sabemos qual o mecanismo subjacente às diferenças encontradas ao nível da expressão psicopatológica dos adolescentes, sugerimos apenas que esta variável possa funcionar como um indicador de risco. Podemos, no entanto, supor que o factor comum entre os tipos de famílias que parecem ter um efeito protector face aos problemas de comportamento e académicos será a presença de uma figura parental (o pai ou o padrasto), cuja presença no sistema familiar e concomitantes práticas educativas contribuam de forma positiva para a adaptação comportamental e envolvimento escolar dos adolescentes.

Tabela 40. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Kruskal-Wallis em função do tipo de estrutura familiar (n = 626)

Escalas do APS- SF ⁹	Tipo de estrutura familiar									
	Intacta/biparental (n = 460)		Monoparental (n = 95)		Recasamento (n = 52)		Outro (avós) (n = 19)		<i>K-W</i> (gl=3)	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
PC	49.41 ^a	9.68	51.59 ^b	9.65	48.60 ^a	8.69	54.00 ^b	12.44	12.008	0.007**
PO	49.55	9.81	51.19	10.78	51.37	8.85	50.05	11.96	4.607	0.203
AS	49.92	10.11	49.94	10.26	48.04	6.98	51.95	15.28	1.285	0.733
PIV	49.38	9.51	51.63	11.85	49.21	8.44	53.00	10.66	3.812	0.282
PA	49.22 ^a	9.91	52.64	10.06	49.88	8.50	54.89	12.62	13.142	0.004**
PAG	49.69	9.88	51.60	9.76	50.35	9.75	53.42	8.83	5.792	0.122
PPST	49.60	9.82	51.88	9.38	50.52	10.54	52.26	10.40	6.282	0.099
DEP	49.66	9.85	51.55	9.72	51.00	9.78	53.05	12.43	5.257	0.154
PCA	50.18	9.76	49.19	9.90	51.65	11.36	48.79	9.97	2.667	0.446
SUI	49.15	9.32	51.00	10.94	50.10	11.16	53.16	13.76	5.792	0.122
PAC	49.44	9.98	50.98	10.22	51.48	9.77	51.95	9.57	4.491	0.213
PIP	49.45	9.45	51.64	11.14	51.31	10.95	53.26	12.17	4.254	0.235

Nota: Dois sujeitos foram excluídos desta análise por se encontrarem em situação de institucionalização.

** $p \leq 0.01$. ^a e ^b - os valores assinalados por letras distintas são significativamente diferentes.

Para observarmos possíveis diferenças nos indicadores de perturbações psicopatológicas entre o grupo de adolescentes que não estiveram separados de figuras parentais no período da infância e o grupo de adolescentes que estiveram separados na infância de pai, de mãe ou de ambos, pelos motivos já anteriormente explicitados, efectuámos procedimentos de comparação de médias.

⁹ PC – Perturbação do Comportamento, PO – Perturbação de Oposição, AS – Abuso de Substâncias, PIV – Propensão à Ira /Violência, PA – Problemas Académicos, PAG – Perturbação da Ansiedade Generalizada, PPST – Perturbação Pós-Stress Traumático, DEP – Depressão Major, PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar, SUI – Tendência para Suicídio, PAC – Problemas de Auto-conceito, PIP – Problemas Interpessoais.

Tabela 41. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das separações significativas na infância (n = 628)

Escalas do APS-SF	Separações significativas na infância					
	Não (n = 477)		Sim ^a (n = 151)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	49.47	9.62	50.81	9.99	-1.853	0.064
Perturbação de Oposição (PO)	49.56	9.95	51.15	9.94	-2.011	0.044*
Abuso de Substâncias (AS)	49.66	9.76	50.44	11.16	-0.362	0.717
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.30	9.67	51.34	10.40	-2.204	0.028*
Problemas Acadêmicos (PA)	49.09	9.84	52.68	10.00	-3.936	0.000***
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.61	9.80	51.79	9.80	-2.303	0.021*
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	49.46	9.59	52.09	10.36	-2.631	0.009**
Depressão Major (DEP)	49.49	9.50	52.24	10.88	-2.607	0.009**
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	50.09	9.86	50.28	10.30	-0.012	0.991
Tendência para Suicídio (SUI)	48.95	8.90	51.71	12.35	-2.825	0.005**
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.36	9.76	51.58	10.55	-2.108	0.035*
Problemas Interpessoais (PIP)	49.39	9.50	52.15	11.03	-2.578	0.010*

Nota: ^a consideradas as separações atribuídas a emigração de pais, condições económicas dos pais, divórcio, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos familiares.

*** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Duma forma geral, consoante mostram os resultados apresentados na Tabela 41, os adolescentes que sofreram *separações significativas na infância* pontuaram mais nas escalas clínicas do APS-SF. Estes participantes reportaram valores moderadamente significativos (para $p \leq 0.05$) nas escalas PO, PIV, PAG, PAC e PIP, significativos (para $p \leq 0.01$) nas escalas PPST, DEP, SUI e muito significativos na escala PA.

Estes resultados sugerem que as separações por acontecimentos negativos na infância estão associadas na nossa amostra, maioritariamente, à manifestação de problemas

psicopatológicos de tipo interiorizado e ainda aos problemas exteriorizados de comportamento de oposição e aos problemas académicos. Isto remete-nos para a comorbilidade causada pelos problemas psicossociais na adolescência, já comprovada em diversos estudos (Biederman et al., 1995; Linning et al., 2004; Loeber et al., 2000; Waldman et al., 2000; Rutter et al., 2000).

Para percebermos se existem diferenças nos indicadores de psicopatologia avaliados pelas escalas do APS-SF de acordo com os motivos atribuídos pelos adolescentes para as separações na infância, optámos por efectuar testes não paramétricos *Kruskal-Wallis*. As análises comparativas dos adolescentes oriundos de agregados familiares com estruturas de tipo monoparental, de recasamento ou ainda de avós, são apresentadas na Tabela 42.

Como podemos observar, não existem diferenças com significância estatística entre os grupos nos valores médios das pontuações das escalas clínicas do APS-SF. Uma primeira leitura destes resultados sugere que as separações por motivos económicos (isto é, migração ou emigração dos pais) são um indicador igualmente válido de um tipo de acontecimentos negativos ou traumáticos na infância – a ausência de uma ou de ambas as figuras parentais no contexto familiar quotidiano, os quais poderão comportar repercussões psicológicas e psicossociais que se manifestariam no período da adolescência.

Tabela 42. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância (n = 151)

Escala do <i>APS-SF</i>	Motivos atribuídos para separação face a figura parental						<i>K-W</i> (df=2)	<i>p</i>
	Económicos (n = 28)		Divórcio dos pais (n = 88)		Acontecimentos negativos na infância* (n= 35)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	51.39	11.02	50.44	10.14	51.29	8.92	1.021	0.600
Perturbação de Oposição (PO)	52.32	11.20	50.69	9.13	51.34	11.03	0.696	0.706
Abuso de Substâncias (AS)	51.61	13.49	49.99	11.17	50.63	9.14	0.452	0.798
Propensão à Ira /Violência (PIV)	53.93	10.65	50.83	10.40	50.54	10.19	2.353	0.308
Problemas Académicos (PA)	56.39	11.01	51.98	9.89	51.49	8.97	0.706	0.153
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	52.79	10.34	51.90	9.96	50.74	9.14	0.316	0.854
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	52.57	10.34	52.57	10.37	50.49	10.48	1.089	0.580
Depressão Major (DEP)	52.50	11.51	53.13	10.77	49.80	10.57	3.133	0.209
Perturb.Comportamento Alimentar (PCA)	48.82	10.13	51.40	10.40	48.63	10.09	4.395	0.111
Tendência para Suicídio (SUI)	51.39	11.24	52.07	12.59	51.06	12.88	1.992	0.369
Probl. de Auto-conceito (PAC)	51.43	11.01	52.16	11.00	50.23	9.08	0.516	0.772
Problemas Interpessoais (PIP)	52.93	10.90	52.73	11.35	50.09	10.35	1.399	0.497

* Categorização baseada nos seguintes relatos: Doença prolongada ou morte de figura parental (n = 21), Conflitos familiares (n = 11), maus-tratos ou abandono (n = 3).

Parece-nos pois, que, independentemente dos motivos atribuídos pelos sujeitos para a separação face a uma figura parental (e mais raramente, de ambos os pais), existe um efeito de *separações significativas* face aos pais nos índices de psicopatologia reportados. No entanto, temos de ter em consideração que a metodologia empregue por nós (o formato de inquérito com questões semi-abertas), provavelmente não permite diferenciar

adequadamente entre os motivos ou causas que possam representar possíveis acontecimentos negativos na infância, contribuindo assim para os resultados encontrados. Uma investigação futura deverá ter em conta esta limitação e estudar e /ou conceber instrumentos, que possam aferir com maior segurança e diferenciar os indicadores de risco psicossocial que representem possíveis percursos desenvolvimentais negativos.

3. Resultados no Inventário de Percepções Adolescentes – IPA

3.1. Características psicométricas e consistência interna do IPA

Iniciamos este ponto com a apresentação dos resultados referentes ao estudo das características psicométricas e da consistência interna das escalas do IPA para a amostra estudada ($n = 628$).

Na tabela que se segue são apresentadas as médias, os desvios-padrão, os coeficientes de assimetria e os coeficientes de curtose para cada escala do IPA. Relativamente à informação discriminada por item, pela sua extensão, remetemos para anexo as estatísticas descritivas dos itens deste instrumento (Quadro 23, Anexo 15). Podemos constatar que, para todos os itens, os sujeitos utilizam todos os níveis de resposta na escala de likert (1 – 4).

Tabela 43. Características descritivas das escalas do IPA ($n = 628$)

	Amplitude	M	DP	Assimetria	Curtose
Percepção de Amor	0 - 200	132.90	45.57	-0.639	-0.134
Percepção de Hostilidade	0 - 200	43.87	39.72	1.813	3.885
Percepção de Controlo	0 - 200	113.41	38.88	-0.009	-0.131
Percepção de Autonomia	0 - 200	122.14	45.20	-0.181	-0.502

Ao contrário do que seria desejável, observamos uma grande variabilidade nos valores de assimetria e de curtose dos itens, oscilando no geral entre -1.63 e 2.44 para a assimetria e -1.76 e 2.98 na curtose, o que sugere uma não normalidade das respostas nesses itens. Relativamente aos coeficientes de assimetria e curtose, nas escalas Percepção de Amor, Percepção de Controlo e Percepção de Autonomia, notamos um enviesamento negativo das respostas em relação à média, embora com valores de curtose próximos de zero (entre -0.5 e 0.5), o que sugere uma distribuição normal das respostas (Maroco, 2003). Pelo inverso, na escala Percepção da Hostilidade, não só o enviesamento é positivo, como a curtose da distribuição das respostas se distancia grandemente de zero, o que aponta para uma distribuição não normal.

Os índices de consistência interna para o IPA referentes à amostra do Estudo 2, assim como os índices alfa obtidos no estudo de adaptação original (Fleming, 1988), são apresentados na tabela seguinte. Reportamos estes resultados à análise por escalas. Com base nos critérios referidos no Capítulo 6, consideramos os valores obtidos para a amostra estudada satisfatórios, tendo-se obtido valores de alfa superiores aos do estudo original para a população portuguesa.

Tabela 44. Consistência interna das escalas do IPA para a amostra do Estudo 2 (n = 628)

Escalas do IPA	Amostra Estudo 2	Versão original portuguesa (Fleeming, 1988)
	α	α
Percepção de Amor	0.95	0.93
Percepção de	0.89	0.79
Percepção de Controlo	0.70	0.65
Percepção de	0.61	0.53

3.2. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais nos adolescentes do Estudo 2

A partir das pontuações obtidas em cada escala do IPA, foi considerada uma medida de Intensidade de Percepção com três níveis¹⁰. Tal como podemos verificar na tabela seguinte, os valores percentuais obtidos na dimensão principal Afecto Parental, indicam que cerca de 49 % dos adolescentes percebem níveis elevados de Amor, 42% dos sujeitos percebem um nível moderado de Amor e cerca de 9 % dos sujeitos da amostra percebem um nível baixo neste factor. Consonante com estes valores, tal como seria de esperar, no outro pólo do Afecto Parental - na dimensão Hostilidade - 81.5 % dos adolescentes relatam níveis baixos de hostilidade parental, 12.6% percebem as atitudes dos pais como moderadamente hostis e somente 3.7 % apresenta uma percepção das atitudes parentais como de franca hostilidade.

Por sua vez, nas dimensões Controlo e Autonomia - componentes da dimensão principal Práticas Educativas Parentais - aproximadamente 16% os adolescentes situam-se no nível baixo, cerca de 51% (para o Controlo) e 63% (para a Autonomia) situam-se no nível médio e os restantes percebem níveis elevados de Controlo (20,9%) e de Autonomia (33,8%).

Estes resultados diferem relativamente dos obtidos por Fleming (1988, p. 354) em que os valores nestas dimensões foram de 4% (baixa), 31% (moderada) e 65% (elevada) na dimensão Amor, de 86% (baixa), 14% (moderada) e 0% (elevada) na dimensão

¹⁰ Os procedimentos utilizados para os cálculos dos Níveis de Intensidade das Percepções das Atitudes Parentais estão descritos no Capítulo 5.

Hostilidade, de 29% (baixa), 49% (moderada) e 22% (elevada) na Autonomia e por último, de 13% (baixa), 62% (moderada) e de 25% (elevada) no Controlo.

Tabela 45. Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais (n = 628)

Dimensões do IPA	<i>Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais</i>					
	Baixa ^a		moderada ^b		elevada ^c	
	n	%	n	%	n	%
Percepção de Amor	58	9,2	264	42,0	306	48,7
Percepção de Hostilidade	512	81,5	79	12,6	23	3,7
Percepção de Controlo	99	15,8	398	63,4	131	20,9
Percepção de Autonomia	94	15,0	322	51,3	212	33,8

^a baixa – valores pontuados entre 1 e 70. ^b moderada – valores pontuados entre 71 e 140.

^c alta – valores pontuados entre 141 e 200.

3.3. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)

Os valores obtidos através do procedimento de comparação de médias entre os grupos feminino e masculino nas percepções do Afecto (Amor versus Hostilidade) e das Práticas Educativas Parentais (Autonomia versus Controlo) sugerem um efeito da variável sexo na intensidade da percepção das dimensões Hostilidade e Controlo. Assim, os rapazes tendem a reportar valores de Percepção de Hostilidade e de Percepção de Controlo parental significativamente superiores aos das raparigas. No entanto, não se observaram diferenças relativas ao sexo, quer na percepção de Amor, quer na percepção de Autonomia, como podemos constatar na Tabela 46.

Os resultados obtidos sugerem que a qualidade afectiva e as atitudes educativas parentais em relação aos filhos do sexo masculino durante a adolescência, se revestem de maior punição e de maior controlo, por comparação com as raparigas, o que remete para questões mais complexas do contexto sócio-educativo e cultural, provavelmente associadas a diferenças na forma como os pais percebem os filhos consoante o seu género sexual.

Por outro lado, tais diferenças de género encontradas na percepção destes dois factores na nossa amostra, podem ser perspectivadas, de acordo com Fleming (1997), como subentendendo configurações diferentes dos rapazes e das raparigas no modo de lidar com os conflitos com os pais e aos seus processos de individuação e de autonomização face à família.

De acordo com esta autora, na fase inicial e intermédia da adolescência (com o período crítico a acontecer por volta dos 14-15 anos), o aumento gradual da autonomia processa-se à custa da desobediência face aos pais, os rapazes tendendo a apresentar mais comportamentos de desobediência. Se, com vista à aquisição de autonomia comportamental, os rapazes utilizam mais estratégias de desobediência, então pode entender-se que percepcionem atitudes de maior controlo e de maior hostilidade. Assim sendo, tais afectos e cognições poderão ter subjacente uma relação pais-filho mais conflitual, por comparação com as raparigas.

Tabela 46. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste *t* de Student em função do *sexo* (n = 628)

Escalas do IPA	Masculino (n = 282)		Feminino (n = 346)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Percepção de Amor	136.62	46.55	129.87	44.59	-1.851	0.065
Percepção de Hostilidade	50.06	47.07	38.84	31.72	-3.553	0.000***
Percepção de Controlo	118.59	40.09	109.20	37.39	-3.030	0.003**
Percepção de Autonomia	122.42	45.56	121.92	44.97	-0.139	0.889

*** $p < 0.001$. ** $p \leq 0.01$.

No que diz respeito ao possível efeito da idade na percepção das Atitudes Educativas Parentais, constatamos que na dimensão Amor se encontram valores médios significativamente mais elevados no grupo de adolescentes mais novos (12 a 14 anos), enquanto que, os adolescentes do grupo etário dos 15 aos 19 anos reportam uma percepção mais elevada de Autonomia face aos pais. Na Tabela 21 são apresentadas as médias, os desvios-padrão e os resultados do teste *t* de Student segundo a variável idade.

Tabela 47. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste *t* de Student em função da idade (n = 628)

Idade						
Escalas do IPA	12-14 (n = 271)		15-19 (n = 357)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Percepção de Amor	140.63	44.76	127.03	45.36	3.741	0.000***
Percepção de Hostilidade	44.02	43.86	43.77	36.33	0.079	0.937
Percepção de Controlo	113.42	39.30	113.41	38.61	0.001	0.999
Percepção de Autonomia	117.18	47.32	125.91	43.21	-2.406	0.016*

*** $p \leq 0.001$. * $p \leq 0.05$.

Os resultados indicam que os adolescentes mais novos reportam uma maior percepção de afecto parental, enquanto que os mais velhos percebem uma maior autonomia face aos pais. Se o afecto parental pode aqui ser compreendido como representando um maior envolvimento emocional na relação com os pais nesta primeira fase da adolescência, num segundo momento, consoante esperado, a percepção de autonomia é significativamente superior. Deste modo, as diferenças encontradas nos níveis de percepções dos adolescentes nos factores Amor e Autonomia segundo a idade são consonantes com a literatura sobre o processo de desenvolvimento normativo do adolescente e da necessária adaptação familiar à sua autonomização gradativa (Fleming, 1997; Hetherington & Martin, 1986; Kenny & Gallagher, 2002; Southam-Gerow & Kendall, 2000; Relvas, 1996).

Na Tabela 48 apresentamos os resultados da correlação de Spearman efectuada entre a variável *retenções escolares* e as quatro escalas do Inventário de Percepções Adolescentes. Encontramos uma associação significativa entre o número de retenções escolares e a dimensão principal do Afecto Parental – negativa com a escala Percepção de Amor e positiva com a escala Percepção de Hostilidade. Relativamente à dimensão principal Práticas Educativas, encontramos uma correlação significativa positiva entre o número de retenções escolares e a escala Percepção de Autonomia. No entanto, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre esta variável e os valores obtidos na escala Percepção de Controlo.

Tabela 48. Correlação de Spearman entre as dimensões do IPA e o número de retenções escolares (n = 628)

Escalas do IPA	Retenções escolares	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Percepção de Amor	-0.175	0.000**
Percepção de Hostilidade	0.233	0.000**
Percepção de Controlo	-0.054	0.173
Percepção de Autonomia	0.118	0.003**

** Correlação significativa ao nível 0.01

Uma primeira leitura destes resultados sugere que, quer a percepção do Afecto parental, quer a percepção da Autonomia, estão associadas com o rendimento académico dos adolescentes – na dimensão Afecto sugere que, quanto mais elevada for a percepção de Amor parental mais baixa será o número de retenções escolares, enquanto que, uma elevada percepção de Hostilidade parental parece estar significativamente associada a um baixo rendimento escolar.

Ao nível das práticas educativas parentais, uma maior percepção de autonomia por parte dos pais parece estar associada a um maior número de reprovações escolares. No entanto, como a idade está positivamente associada quer ao número de reprovações ($r = 0.414$, $p = 0.000$), quer à percepção de autonomia parental ($r = 0.157$, $p = 0.000$), não sabemos se será a idade que poderá estar a influenciar, indirectamente, a magnitude do valor da correlação.

Assim, duas possibilidades parecem coexistir: a primeira é a de que uma maior percepção de autonomia parental esteja associada a um maior número de retenções escolares; a segunda possibilidade é a de que a idade dos sujeitos seja a variável que possa estar a influir neste resultado.

De forma a explorarmos estas questões, procedemos ao cálculo da correlação parcial das escalas Percepção de Amor, percepção de Hostilidade e percepção de Autonomia com o número de retenções escolares, controlando o efeito da variável *idade*. Assim, eliminado o efeito da idade, obtivemos coeficientes de correlação entre a escala Amor e o *número de reprovações* ($r = -0.090, p = 0.025$), e ainda, entre a escala Autonomia e o *número de reprovações* ($r = 0.045, p = 0.266$) bastante mais baixos que as correlações iniciais apresentadas na Tabela 48. Estes resultados sugerem que podemos atribuir os resultados das correlações obtidas inicialmente a um efeito da idade no número de reprovações, sendo esta primeira variável que parece contribuir para as associações entre as percepções do Amor e da Autonomia parental e o número de retenções escolares.

No entanto, a análise de correlação parcial entre a escala Hostilidade e o número de reprovações sugere uma associação diferente das encontradas com as outras duas escalas, tendo-se obtido um coeficiente de correlação bastante mais elevado que o obtido sem controlar o efeito da idade ($r = 0.218$), com um nível de significância também mais elevado ($p = 0.000$). Este resultado sugere a Percepção de Hostilidade está significativamente associada com o número de reprovações escolares, sendo que, quanto maior for o número de reprovações, mais elevada tenderá a ser a percepção de Hostilidade parental nos adolescentes; todavia, a idade atenua a magnitude dessa associação.

3.4. Variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, estrutura da família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância

De forma a investigarmos possíveis efeitos dos grupos por NSE nas diferenças nos níveis de percepção nas dimensões do IPA, utilizámos o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Consoante indicam os resultados apresentados na tabela seguinte, encontramos diferenças significativas entre os grupos nas escalas Percepção de Amor, Percepção de Hostilidade e Percepção de Controlo (Tabela 49).

Tabela 49. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Kruskal-Wallis em função do NSE (n = 628)

Escalas do IPA	NSE						<i>K-W</i> (<i>gl</i> =2)	<i>p</i>
	Baixo (n = 306)		Médio (n = 250)		Elevado (n = 72)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	125.57 ^a	48.49	137.26 ^b	41.89	148.89 ^c	39.05	18.04	0.000***
Percepção de Hostilidade	50.33 ^a	44.44	38.27 ^b	34.44	35.92 ^b	30.59	13.01	0.001**
Percepção de Controlo	109.36 ^a	41.11	117.24 ^b	35.87	117.35 ^{ab}	37.91	8.48	0.014*
Percepção de Autonomia	121.98	47.14	124.93	42.96	113.15	43.72	4.25	0.120

Nota: ^a, ^b e ^c – os valores assinalados por letras distintas são significativamente diferentes.

*** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Para averiguarmos a que grupos de NSE se reportam tais diferenças, utilizámos o teste de Mann-Whitney. Na Tabela 49 são indicados por letras distintas (*a*, *b* ou *c*) os valores médios nas pontuações das escalas que revelaram diferenças estatisticamente significativas segundo o nível sócio-económico. Os resultados indicaram que o grupo NSE

baixo obteve pontuações significativamente mais baixas no factor *Amor*, comparativamente com os sujeitos do NSE médio ($M-W = 33092.0$, $Z = -2.738$, $p = 0.06$) e do NSE elevado ($M-W = 7816.5$, $Z = -3.837$, $p = 0.000$). Ainda relativamente à escala Percepção de Amor, observamos que os sujeitos pertencentes ao NSE médio obtiveram igualmente pontuações médias mais baixas que o grupo NSE elevado. Estes resultados sugerem que a percepção do Amor parental tende a ser mais baixa no NSE mais baixo e mais elevada nos níveis sócio-económicos mais elevados.

Na escala Percepção de Hostilidade, as pontuações no grupo NSE baixo revelaram-se significativamente mais elevadas, por comparação quer com o grupo NSE médio ($M-W = 32082.5$, $Z = -3.280$, $p = 0.001$), quer com o grupo pertencente ao NSE elevado ($M-W = 9023.0$, $Z = -3.837$, $p = 0.017$), sugerindo maiores conflitos na relação pais-filhos neste grupo.

Uma questão que podemos colocar é, que mecanismos contextuais são responsáveis, ou agem no sentido de aumentar o risco para a percepção de hostilidade parental, a qual subentende, possivelmente, relações pais-filhos mais conflituais nos sujeitos de NSE baixo. De acordo com os resultados da nossa amostra, os adolescentes cujos pais apresentam um maior nível de escolaridade e estatuto profissional (variáveis que compõem a caracterização do nível sócio-económico), tendem a perceber a sua relação com os pais de forma mais afectiva e menos hostil.

No que diz respeito à escala Percepção de Controlo parental, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo NSE baixo e o grupo NSE médio ($M-W = 33072.5$, $Z = -2.756$, $p = 0.006$). Relativamente aos valores médios de pontuação nesta escala, entre o NSE baixo e o NSE elevado, embora elevados, estes não apresentam diferenças com

significância estatística ($M-W = 9597.5$, $Z = -1.705$, $p = 0.088$). Estes resultados sugerem uma tendência para uma percepção de controlo parental crescente, do nível socio-económico mais baixo para o NSE elevado.

Parece-nos que a intensidade mais baixa da percepção do Afecto pelo grupo pertencente ao NSE baixo (percepção de Amor baixa e percepção de Hostilidade elevada), por comparação com os resultados obtidos pelos adolescentes pertencentes aos estratos socio-económicos mais elevados, é um indicador de que a pertença a um NSE baixo pode ser um factor de risco acrescido para relações pais-filhos menos satisfatórias.

Os mecanismos de risco que estariam na etiologia de maiores conflitos e de menor expressão de afecto positivo deverão ser, provavelmente, múltiplos e complexos. Por exemplo, um rendimento económico baixo representa um stress parental acrescido em termos de mais horas de ocupação laboral, pior remuneração e concomitantemente, ao nível da gestão dos recursos económicos familiares. Nos estratos socio-económicos mais elevados, as práticas educativas parentais ao nível do controlo seriam superiores aos do NSE baixo, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da Autonomia.

Sabemos, de acordo com a literatura, que a qualidade da relação pais-filhos e ainda uma adequada supervisão parental são factores protectores dos problemas de comportamento na adolescência (Southam-Gerow & Kendall, 2000; Kenny & Gallagher, 2002, Rutter et al., 1998), e que viver em contexto de maior pobreza ou de baixo NSE está frequentemente associado a mais conflitos familiares e a mais problemas sociais (Gordon, Savage, Lahey et al., 2003). Com base nos resultados deste ponto, podemos sugerir que o

NSE baixo é um indicador de risco nas relações pais-adolescente. A questão mais específica do estudo das interações pais-filhos, não consta dos objectivos deste trabalho e deverá ser objecto de uma investigação que contemple metodologias e instrumentos mais apropriados.

De seguida são analisadas as diferenças na percepção das Atitudes Educativas Parentais pelos adolescentes de acordo com a escolaridade dos pais. Com vista a este objectivo, recorreremos à classificação anteriormente utilizada: adolescentes cujos pais completaram, no máximo, a escolaridade obrigatória (até nove anos de escolaridade) e o grupo composto pelos sujeitos cujos pais possuem dez ou mais anos de escolaridade. As Tabelas 50 e 51 apresentam as médias e os desvios-padrão das escalas do IPA em função da escolaridade dos pais.

Relativamente à escolaridade do pai, a comparação de médias pelo teste *t* de Student indica a existência de diferenças entre os dois grupos em três factores das Atitudes Educativas Parentais. Nomeadamente, encontrámos diferenças entre os dois grupos nos valores médios das dimensões Percepção de Amor, Percepção de Hostilidade, e Percepção de Controlo. Relativamente à Percepção de Autonomia não foram encontradas diferenças entre os grupos.

A partir dos resultados obtidos podemos sugerir que as figuras parentais com níveis médios ou superiores de escolaridade se destacam na comunicação de afecto positivo (dimensão Amor) por comparação com os pais com níveis mais baixos de estudos – primeiro e segundo ciclos. De igual forma, os adolescentes cujos pais têm no máximo nove

anos de escolaridade diferenciam-se dos adolescentes cujos pais têm habilitações ao nível do ensino secundário ou superior na percepção de Hostilidade por parte das figuras parentais. Por sua vez, os adolescentes cujos pais possuem mais habilitações académicas, parecem ter uma maior percepção de controlo parental que os adolescentes cujos pais completaram somente os primeiros ciclos de estudos.

Os resultados do teste *t* de Student para amostras independentes, realizados para observar um possível efeito do nível de escolaridade da mãe no resultado das escalas do IPA, sugerem que, dos quatro factores avaliados, apenas dois apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. São estas, a Percepção de Amor, em que a média dos valores é superior nos sujeitos cujas mães possuem dez ou mais anos de escolaridade, e a Percepção de Hostilidade, em que os valores são significativamente superiores no grupo cujas mães têm, no máximo, nove anos de escolaridade. Relativamente às dimensões Controlo e Autonomia, não foram encontradas diferenças relevantes entre os dois grupos.

Tabela 50. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste *t* de Student em função da escolaridade paterna (n = 591)

Escala do IPAA (n = 385)						
Escalas do IPA	Escolaridade do pai (em anos)				t	p
	Até 9 anos escolaridade (n = 385)		10 ou mais anos escolaridade (n =206)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	132.53	45.25	142.52	41.17	-2.636	0.009**
Percepção de Hostilidade	47.52	42.52	36.61	33.08	3.200	0.001**
Percepção de Controlo	113.19	39.26	120.29	36.06	-2.154	0.032*
Percepção de Autonomia	126.04	45.07	121.91	42.19	1.086	0.278

Nota: 37 sujeitos não responderam nesta variável. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Tabela 51. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste *t* de Student em função da escolaridade materna (n = 619)

Escalas do IPA	Escolaridade da mãe (em anos)				<i>t</i>	<i>p</i>
	Até 9 anos escolaridade (n =362)		10 ou mais anos escolaridade (n =257)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	129.12	47.20	139.67	41.52	-2.878	0.004**
Percepção de Hostilidade	50.47	44.05	35.52	30.93	4.683	0.000***
Percepção de Controlo	113.72	39.38	114.95	37.14	-0.394	0.694
Percepção de Autonomia	125.21	45.77	119.90	42.81	1.462	0.144

Nota: 9 sujeitos não responderam nesta variável. *** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$.

Como já anteriormente referimos, visto que, quer a proximidade afectiva na relação pais-filho, quer as práticas parentais centradas na supervisão/controlo adequado ao grupo etário, são, de forma consensual, consideradas factores protectores para os problemas psicopatológicos na adolescência, com base nestes resultados, podemos sugerir que ter mais anos de escolaridade poderá ser um factor contributivo para a utilização de práticas educativas pontuadas por maior proximidade relacional e maior controlo sobre o comportamento dos filhos. Esta interpretação estaria de acordo com a literatura sobre os factores de risco psicossocial nos adolescentes (e.g., Vander Vem & Cullen, 2004). No entanto, temos de ter em atenção que esta interpretação pode ser abusiva (isto é, estabelecer-se associações lineares entre estas variáveis), uma vez que, subjacentes às diferenças encontradas entre estes grupos categorizados segundo os anos de escolaridade, podem estar uma conjunção de factores ou mecanismos etiológicos psicossociais, e assim sendo, quer o NSE familiar, quer o nível de escolaridade dos pais podem ser somente

factores indicadores de outros factores etiológicos funcionando em conjunto (Balbernie, 2002; Rutter et al., 1998). Por exemplo, quer o NSE, quer um nível de escolaridade parental baixos, estão de facto, frequentemente associados a condições de vida mais precárias, a menor estabilidade profissional e, por vezes, a mais horas de trabalho, condições essas que podem influenciar, quer em termos de disponibilidade física, quer em termos de disponibilidade emocional, a qualidade relacional pais-filhos e o suporte emocional dos pais aos filhos.

Pretendemos ainda observar se as seguintes variáveis familiares – tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria – se encontram estatisticamente associadas às percepções adolescentes das atitudes educativas parentais, avaliadas pelo IPA. Consoante é apresentado na Tabela 52, verificamos que, quanto maior a dimensão do agregado familiar, maior será a tendência para uma maior percepção de autonomia na relação com os pais. Observamos ainda que, quer o número de irmãos, quer o lugar que o adolescente ocupa na fratria, se encontra significativamente e negativamente associado à percepção do Amor parental. Curiosamente, o pólo negativo da dimensão Afecto – o factor Hostilidade – não apresenta qualquer relação significativa com estas variáveis familiares. Estes resultados sugerem que viver numa família com maior dimensão pode ser um factor facilitador ou promotor da Autonomia na adolescência. No entanto, parece que, quanto maior o número de irmãos e ainda quanto mais recente é o lugar ocupado pelo adolescente no subsistema de irmãos, mais baixa será a sua intensidade de percepção do Amor dos pais.

Tabela 52. Correlações de Spearman entre as dimensões do IPA e as variáveis, tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria (n = 628)

Escala do IPA	Tamanho da família (0-11) ^a		Tamanho da fratria (0-8)		Lugar na fratria (0-6°)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Percepção de Amor	0.058	0.144	-0.133	0.001**	-0.101	0.012*
Percepção de Hostilidade	0.024	0.548	0.067	0.092	0.037	0.349
Percepção de Controlo	0.057	0.156	-0.069	0.084	-0.027	0.497
Percepção de Autonomia	0.101	0.011*	-0.011	0.787	0.021	0.605

Nota: ^a Número de elementos no agregado familiar.

*Correlação significativa ao nível de 0.05. ** Correlação significativa ao nível de 0.01

Para averiguar a existência ou não de diferenças nos valores médios de percepção do Afecto e das Práticas Educativas parentais, atribuíveis ao tipo de estrutura familiar, efectuámos o teste Mann-Whitney. Consoante se pode verificar na tabela seguinte, foram encontradas diferenças entre o grupo de adolescentes oriundos de família intacta e o grupo de adolescentes oriundos de outro tipo de família (monoparental, recasamento ou avós) nas escalas Percepção de Amor, Percepção de Controlo e Percepção de Autonomia, com valores significativamente mais elevados no primeiro grupo. Uma primeira leitura destes resultados sugere que os adolescentes que vivem com os pais biológicos apresentam uma percepção superior de amor, de controlo e ainda de autonomia, na relação com os pais.

Tabela 53. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do tipo de estrutura familiar (n = 628).

Estrutura da família ^a						
Escalas do IPA	<i>Família intacta</i> (<i>n</i> = 460)		<i>Monoparental, recasamento ou outro tipo</i> (<i>n</i> = 168)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	141.92	41.48	108.19	47.20	-8.164	0.000***
Percepção de Hostilidade	45.58	42.12	39.21	31.89	-0.806	0.420
Percepção de Controlo	121.81	35.83	90.42	37.67	-9.091	0.000***
Percepção de Autonomia	129.47	42.37	102.08	46.74	-6.586	0.000***

Nota: ^a família intacta (pais biológicos) versus outro tipo de família (monoparental, recasamento e ainda avós). *** $p \leq 0.001$.

Para percebermos se existiam diferenças entre os quatro grupos¹¹ efectuámos o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, cujos resultados passamos a apresentar. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na dimensão Hostilidade. Nas dimensões cujos valores resultaram significativos – Amor, Controlo e Autonomia, prosseguimos com o procedimento Mann-Whitney, cujos resultados passamos a descrever.

Observamos a existência de diferenças significativas nos valores médios da escala Percepção de Amor, entre o grupo com família intacta e os restantes grupos, mas não nos outros grupos entre si. Obtivemos os seguintes resultados: Família Intacta versus Família monoparental (M-W= 11268.5, $Z = -7.439$, $p = 0.000$), Família Intacta versus Família de Recasamento (M-W= 7878.5, $Z = -4.038$, $p = 0.000$) e, Família Intacta versus Família de Avós (M-W= 2644.5, $Z = -2.920$, $p = 0.004$).

¹¹ Foram excluídos desta análise os 2 sujeitos institucionalizados da amostra.

Tabela 54. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Kruskal-Wallis em função da estrutura familiar (n = 626)

Escalas do IPA	Tipo de estrutura familiar								<i>K-W</i> (gl=3)	<i>p</i>
	Intacta/biparental (n = 460)		Monoparental (n = 95)		Recasamento (n = 52)		Avós (n = 19)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	141.92 ^a	41.48	106.78 ^b	40.33	112.07 ^b	53.15	100.76 ^b	62.33	68.96	0.000***
Percepção Hostilidade	45.58	42.12	36.59	25.54	45.46	39.88	33.13	35.47	2.653	0.448
Percepção Controlo	121.81 ^a	35.83	85.30 ^b	32.49	99.47 ^c	39.50	87.89 ^{bc}	48.94	88.16	0.000***
Percepção Autonomia	129.47 ^a	42.37	102.28 ^b	43.15	104.49 ^b	47.38	92.11 ^b	61.71	44.03	0.000***

Nota: ^a, ^b e ^c – os valores assinalados por letras distintas são significativamente diferentes.

Relativamente à escala Percepção de Controlo, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo pertencente a família intacta e os restantes grupos – Família Monoparental (M-W= 9624.5, $Z = -8.618$, $p = 0.000$), Família de Recasamento (M-W = 7611.0, $Z = -4.315$, $p = 0.000$) e Família de Avós (M-W = 2712.0, $Z = -2.814$, $p = 0.05$). Já na escala Percepção de Autonomia, verificamos novamente diferenças significativas entre o grupo Família Intacta e os outros grupos estudados – com o tipo de Família Monoparental (M-W = 14061.5, $Z = -5.511$, $p = 0.000$), Família de Recasamento (M-W = 8174.5, $Z = -3.771$, $p = 0.000$) e ainda com o grupo de sujeitos que vive com os Avós (M-W= 2806.5, $Z = -2.665$, $p = 0.008$).

Analisámos ainda as possíveis diferenças entre os grupos de sujeitos da nossa amostra pertencentes aos tipos minoritários de família. Não encontramos, no entanto, diferenças significativas nos valores médios reportados nos três factores Amor, Controlo e

Autonomia, entre viver numa estrutura familiar monoparental e viver numa família de Avós. De igual forma, não foram encontradas diferenças significativas nos valores das três escalas, entre o grupo Família de Recasamento e Família de Avós. Encontramos contudo, diferenças significativas nos valores médios da escala Percepção de Controlo entre os adolescentes que vivem numa família de recasamento e os que vivem numa família monoparental, com valores mais elevados reportados pelos adolescentes pertencente ao grupo Família de Recasamento.

Estes resultados sugerem que os adolescentes que vivem numa família intacta apresentam, no global, uma percepção da relação com os pais mais satisfatória que os adolescentes que vivem em outros tipos de estruturas familiares (isto é, com uma intensidade da percepção de afecto positivo e de autonomia face aos pais significativamente mais elevada). Destacamos ainda que a percepção do controlo parental é superior nas famílias de recasamento, por comparação com as famílias monoparentais, o que parece abonar a favor da importância de uma figura parental do sexo masculino no contexto familiar que possa, entre as diversas funções parentais, exercer funções de monitorização e supervisão do adolescente, o que, como sabemos, conjuntamente com a qualidade da relação emocional estabelecida, são factores protectores face aos problemas psicopatológicos na adolescência.

De seguida apresentamos os resultados referentes à análise de possíveis diferenças nas escalas do IPA, entre os adolescentes que relataram ter vivido separados de um ou de ambos os pais durante a infância, dos que não sofreram separações.

Tabela 55. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função das separações na infância (n = 628)

Escalas do IPA	Separações significativas na infância					
	Não (n = 477)		Sim ^a (n = 151)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	141.81	41.23	104.76	47.28	-8.518	0.000***
Percepção de Hostilidade	44.79	42.01	40.99	31.39	-0.203	0.839
Percepção de Controlo	120.88	36.77	89.84	35.92	-8.608	0.000***
Percepção de Autonomia	128.71	42.64	101.41	46.91	-6.178	0.000***

^a consideradas as separações atribuídas a emigração de pais, condições económicas dos pais, divórcio, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos familiares. *** $p \leq 0.001$.

Consoante disposto na Tabela 55, os resultados indicam a existência de diferenças significativas nas escalas Percepção de Amor, Percepção de Controlo e Percepção de Autonomia, entre o grupo de adolescentes que não sofreram separações significativas na infância face aos pais, comparativamente com o grupo que esteve separado dos pais.

Estes resultados sugerem que os adolescentes que não estiveram separados de uma figura parental durante a infância devido a um *acontecimento significativo* parecem apresentar uma representação positiva, quer do vínculo afectivo com os pais, quer do controlo/ supervisão, quer da autonomia na relação com os pais. Permitimo-nos então inferir que as separações significativas na infância representam factores de risco para uma relação pais-filhos pautada por afecto positivo, supervisão / monitorização e ainda, para a facilitação de competências face ao processo de autonomização face à família.

Para percebermos se existem diferenças nas percepções das atitudes parentais avaliadas pelas escalas do IPA de acordo com os motivos atribuídos pelos adolescentes para as separações na infância, optámos por efectuar testes não paramétricos *Kruskal-*

Wallis. As análises comparativas dos adolescentes segundo os motivos atribuídos para as separações são dispostas na Tabela 56.

Como podemos observar, não existem diferenças com significância estatística entre os grupos nos valores médios das pontuações das escalas do IPA. Uma vez mais, este resultado aponta para duas interpretações possíveis. Em primeiro lugar podemos considerar que são as separações em si (e a forma como o adolescente a percebe e a vivencia) e não as causas em si, que constituem acontecimentos percebidos como negativos pelo sujeito, e portanto, nesta ordem de ideias, seriam factores de risco no sentido em que representam impedimentos à relação com os pais e ao desenvolvimento. Em segundo lugar, temos de colocar a possibilidade de a metodologia empregue para avaliar e caracterizar esta variável, seja insuficiente para que possamos tirar conclusões mais seguras a este respeito. Consideramos que, este estudo deveria ser futuramente complementado com metodologias de tipo qualitativo.

Tabela 56. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância (n = 151)

Escalas do IPA	Motivos atribuídos para separação face a figura parental							<i>p</i>
	Económicos (n = 28)		Divórcio dos pais (n = 88)		Acontecimentos negativos na infância (n= 35)		<i>K-W</i> (gl=2)	
	M	DP	M	DP	M	DP		
Percepção Amor	111.49	46.36	105.48	44.68	97.57	54.35	0.989	0.610
Percepção Hostilidade	42.49	25.64	43.68	31.47	33.03	34.70	5.334	0.069
Percepção Controlo	97.95	35.45	92.12	33.15	77.62	40.76	3.825	0.148
Percepção Autonomia	107.74	50.81	103.41	40.99	91.33	56.66	2.449	0.294

4. Resultados na escala *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module* (Versão 6.0) – HKRA

4.1. Características psicométricas e consistência interna do HKRA

O estudo das características psicométricas do inventário revelou qualidades psicométricas satisfatórias. No que diz respeito à amplitude, observámos que para todos os itens os sujeitos inquiridos utilizam todos os níveis de resposta na escala de *likert* (0 – 4). Os desvios-padrão obtidos para os diferentes itens situam-se próximos da unidade¹². Na maioria dos itens os coeficientes de assimetria e de curtose tomaram, no geral, valores inferiores a zero mas entre -0.5 e 0.5 (são excepção os itens 14, 23, 24, 36 e 57).

Relativamente às estatísticas descritivas das escalas e sub-escalas do HIKRA, observámos que apenas na sub-escala *Envolvimento na Escola*, o coeficiente de curtose se afasta grandemente de zero, o que sugere uma não normalidade na distribuição das respostas nesta escala. Na tabela seguinte apresentamos as características descritivas do instrumento por escalas e sub-escalas.

Para determinar a consistência interna do IKRA foram calculados os coeficientes Alfa de Cronbach, que se apresentaram satisfatórios (entre 0.68 e 0.91). Os índices de consistência interna para o IKRA efectuados com a amostra do Estudo 2, assim como os índices alfa obtidos no estudo de adaptação original (Martins, 2005), são apresentados na Tabela 58.

¹² As estatísticas descritivas dos itens do HKRA são apresentadas no Quadro 24 do Anexo 15.

Tabela 57. Estatísticas descritivas das escalas e sub-escalas do IKRA

Escalas	Média	DP	Assimetria	Curtose
Sub-escala Envolvimento na Escola	2.52	0.62	0.33	1.27
Sub-escala Envolvimento em Casa	3.13	0.60	-0.64	0.04
Sub-escala Envolvimento na Comunidade	2.79	0.72	-0.43	-0.41
Sub-escala Envolvimento com os pares	2.80	0.56	-0.39	-0.22
Escala Recursos Externos	2.81	0.47	-0.15	-0.39
Escala Recursos Internos	3.08	0.49	-0.41	0.22
Escala AKA (<i>Response-set Breakers</i>)	2.78	0.49	-0.17	0.37

Tabela 58. Consistência interna das escalas e sub-escalas do IKRA para a amostra do Estudo 2 (n = 628)

Escalas e sub-escalas do IKRA	Amostra Estudo 2 α	Versão original portuguesa (Martins, 2005) α
Escala Total	0.91	0.93
Escala Recursos Externos	0.90	0.90
Sub-escala Envolvimento na escola	0.80	0.83
Sub-escala Envolvimento em casa	0.86	0.75
Sub-escala Envolvimento na comunidade	0.85	0.82
Sub-escala Envolvimento com grupo de	0.72	0.66
Escala Recursos Internos	0.88	0.84
Escala AKA (<i>Response-set Breakers</i>)	0.68	0.72

Tendo em vista os objectivos a que nos propusemos no Capítulo 5, passamos de seguida ao estudo dos factores protectores ou recursos externos e ainda das características resilientes ou recursos internos dos adolescentes da nossa amostra escolar. Porque é do nosso interesse uma análise das variáveis contextuais em estudo, utilizaremos as sub-escalas que compõem a escala Recursos Externos – Envolvimento na escola, Envolvimento em casa,

Envolvimento na comunidade e Envolvimento com grupo de pares –, a escala Recursos Internos e ainda os valores da Resiliência Total.

4.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais (sexo e idade) e indicador de rendimento académico (número de retenções escolares)

Num primeiro momento, procurámos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas do HKRA entre grupos em função das variáveis sexo e idade, utilizando procedimentos de comparação de médias (testes *t* de Student para amostras independentes).

As médias, os desvios-padrão e os resultados de teste *t* em função do *sexo* são apresentados na Tabela 59. Os resultados obtidos permitem afirmar a existência de diferenças significativas a nível da variável sexo somente na sub-escala *Envolvimento com os Pares* e ainda, na escala *Recursos Internos*, indicando que as raparigas tendem a reportar mais recursos do que os rapazes nestas dimensões. As diferenças encontradas ao nível da sub-escala *Envolvimento com os Pares* podem ser atribuíveis a diferenças entre rapazes e raparigas nos estilos de socialização com os pares nesta fase de desenvolvimento. Não obstante, se bem que estes resultados não nos permitem fazer inferências acerca do conteúdo das relações com os pares e da forma como estas evoluem dependentemente do género sexual, podemos colocar a hipótese de que as raparigas tendem, sobretudo, a valorizar relações com os pares baseadas num maior nível de intimidade.

Além do mais, as raparigas tendem a percepcionar-se de forma mais positiva relativamente às suas competências sociais, autonomia e sentido de eu e objectivos de vida, factores desenvolvimentais que compõem a escala Recursos Internos. No entanto, no que

diz respeito aos resultados obtidos na escala Recursos Externos e restantes sub-escalas, assim como a nível das pontuações totais de Resiliência, não encontramos diferenças significativas entre rapazes e raparigas a nível dos recursos resilientes.

Tabela 59. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste *t* de Student em função do *sexo* (n = 628)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Masculino (n = 282)		Feminino (n = 346)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.53	0.59	2.51	0.65	-0.414	0.679
Sub-escala Envolvimento em casa	3.12	0.62	3.14	0.58	0.343	0.732
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.79	0.74	2.79	0.70	-0.023	0.982
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.69	0.59	2.89	0.51	4.594	0.000***
Escala Recursos Externos	2.78	0.49	2.83	0.45	1.309	0.191
Escala Recursos Internos	2.99	0.50	3.15	0.47	3.849	0.000***
Escala Total	2.86	0.44	2.91	0.39	1.492	0.136

*** $p < 0.001$

Na Tabela 60 apresentamos as médias, os desvios-padrão e os resultados do teste *t* de Student para amostras independentes, relativos à averiguação de possíveis diferenças nas características de resiliência dos adolescentes segundo os dois grupos etários (12 a 14 anos e 15 a 19 anos). Encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com valores mais elevados nos adolescentes mais novos relativamente ao *Envolvimento na escola*, ao *Envolvimento em casa*, ao *Envolvimento na comunidade*, à escala Recursos Externos e ainda, na Escala *Total*. Estes resultados sugerem a existência de mais recursos protectores do ambiente nos mais novos a nível do contexto escolar, familiar

e comunitário. Partimos do pressuposto de que tais diferenças correspondem a uma representação dos contextos reais em que os adolescentes vivem e não avaliam apenas a forma como os adolescentes mais novos, devido ao período de desenvolvimento em que se encontram, vivenciam as suas relações com os outros e consigo próprios. No entanto, é provável que, quer a nível do contexto escolar, quer a nível do contexto familiar, as relações dos adolescentes com idades entre os 12 e os 14 anos, com os adultos significativos (pais, professores, etc.) sejam, no global, pautadas por uma maior proximidade emocional e por um maior suporte instrumental. Isto a ser verdade, justificaria as diferenças encontradas ao nível dos recursos externos.

Tabela 60. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste *t* de Student em função da idade (n = 628)

	Idade					
Escalas e sub-escalas do HKRA	12-14 (n = 271)		15-19 (n = 357)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.70	0.63	2.38	0.59	6.636	0.000***
Sub-escala Envolvimento em casa	3.22	0.57	3.06	0.62	3.316	0.001**
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.86	0.69	2.74	0.74	2.137	0.033*
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.78	0.60	2.81	0.52	-0.634	0.526
Escala Recursos Externos	2.89	0.47	2.75	0.46	3.863	0.000***
Escala Recursos Internos	3.12	0.53	3.05	0.46	1.947	0.052
Escala Total	2.97	0.44	2.83	0.38	4.382	0.000***

*** $p \leq 0.001$. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.05$.

Para observarmos a existência ou não de associações significativas entre a variável *retenções escolares* e as escalas do HKRA, procedemos ao teste de correlações de Spearman. Como podemos observar na tabela 61, todas as correlações são negativas entre a variável *retenções escolares* e todas as escalas do HKRA. No entanto, apenas foram encontradas associações significativas entre o número de *retenções escolares* e as sub-escalas *Envolvimento em casa* e *Envolvimento na comunidade*, e ainda, entre as *retenções escolares* e as escalas *Recursos Externos*, *Recursos Internos* e a escala Total.

Se bem que não possamos inferir uma relação de causalidade entre estas variáveis, estes resultados sugerem que o número de *retenções escolares*, enquanto indicador do desempenho escolar dos adolescentes, está negativamente associado, quer à maioria dos factores protectores contextuais (envolvimento positivo com o contexto familiar e comunitário – nomeadamente, o envolvimento em actividades e o suporte de adultos significativos) e ainda, com a percepção de recursos internos (capacidades ou competências) pelos adolescentes. Por outro lado, não é surpreendente a inexistência de uma associação significativa entre a sub-escala *Envolvimento na escola* e o número de *retenções escolares*, uma vez que os itens desta sub-escala abordam aspectos relacionais, de envolvimento e de satisfação com o contexto escolar (por exemplo, no item 1- “*sinto-me próximo das pessoas da minha escola*” e item 2 – “*estou contente por estar nesta escola*” e item 4- “*os professores desta escola tratam os alunos com justiça*”), não estando directamente associados ao desempenho/ rendimento académico, mas aos recursos do ambiente escolar que contribuem para o desenvolvimento e o bem-estar global dos

adolescentes. De facto, nada invalida que um adolescente goste de estar na escola (dos aspectos sociais desta) apesar de não manifestar interesse pelos conteúdos académicos.

A magnitude e o sentido das associações encontradas entre, quer a sub-escala Envolvimento em Casa, quer o Envolvimento na Comunidade, sugerem que estes podem ser vistos como factores protectores face ao rendimento académico. Estas sub-escalas, por sua vez, parecem contribuir para as pontuações totais a nível dos factores ou Recursos Externos. As características individuais de resiliência, juntamente com os factores protectores contextuais actuariam como factores protectores face ao desempenho académico.

Tabela 61. Correlação entre as escalas do HKRA e o número de retenções escolares (n = 628)

	Retenções escolares	
Escalas e sub-escalas do HKRA	<i>r</i>	<i>p</i>
Sub-escala Envolvimento na escola	-0.018	0.647
Sub-escala Envolvimento em casa	-0.134	0.001**
Sub-escala Envolvimento na comunidade	-0.101	0.011*
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	-0.037	0.360
Escala Recursos Externos	-0.105	0.009**
Escala Recursos Internos	-0.111	0.006**
Escala Total	-0.112	0.005**

** Correlação significativa ao nível 0.01.

* Correlação significativa ao nível 0.05.

4.3. Análise dos grupos em função das variáveis contextuais: NSE, escolaridade dos pais, tipo de família, tamanho da família, número de irmãos, lugar na fratria e acontecimentos negativos na infância

Para investigarmos possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas e sub-escalas que compõem a escala de Resiliência HKRA entre os grupos de adolescentes, categorizados em função das variáveis sócio-familiares em estudo, utilizámos procedimentos de comparação de médias paramétricos (ANOVAs ou testes *t*) ou não paramétricos (Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney) e análises correlacionais de Spearman.

Tabela 62. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste *t* de Student em função da escolaridade paterna (*n* = 591)

Em função da escolaridade paterna (n = 391)						
Escalas e sub-escalas do HKRA	Escolaridade do pai (em anos)				<i>t</i>	<i>p</i>
	Até 9 anos escolaridade (n =385)		10 ou mais anos escolaridade (n =206)			
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.52	0.62	2.50	0.63	0.368	0.713
Sub-escala Envolvimento em casa	3.13	0.60	3.17	0.57	-0.874	0.382
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.75	0.71	2.88	0.73	-2.114	0.035*
Sub-escala Envolvimento com pares	2.79	0.57	2.84	0.53	-1.075	0.283
Escala Recursos Externos	2.80	0.47	2.85	0.46	-1.283	0.200
Escala Recursos Internos	3.06	0.52	3.13	0.43	-1.705	0.089
Escala Total	2.88	0.42	2.91	0.39	-0.599	0.549

Nota: 37 sujeitos não responderam nesta variável. * $p \leq 0.05$.

Relativamente à variável *anos de escolaridade do pai*, observamos que somente se encontram diferenças entre os grupos ao nível da sub-escala *Envolvimento na comunidade*.

Não obstante o nível de escolaridade paterna ser também, geralmente um indicador do seu estatuto sócio-económico, é provável que esta variável tenha influência sobre o incentivo que os pais possam exercer relativamente ao envolvimento em actividades extra-curriculares que se desenvolvem no contexto comunitário, como sejam actividades desportivas, culturais ou até de solidariedade social (Tabela 62).

No que diz respeito à variável *escolaridade da mãe*, foram encontrados valores com significância estatística entre os dois grupos, somente nas pontuações da Escala Recursos Internos, sugerindo um efeito moderado do nível de escolaridade materno (escolaridade secundária ou superior) na percepção dos adolescentes sobre os seus recursos internos, competências ou capacidades. No entanto, a escolaridade materna não parece estar associada a uma maior percepção de recursos externos nos adolescentes (Tabela 63).

Para analisarmos possíveis efeitos do NSE nas pontuações médias das escalas e sub-escalas do HKRA, efectuámos o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Como podemos observar na Tabela 64, relativamente a esta variável sócio-demográfica, constatamos que somente a sub-escala *Envolvimento na comunidade* apresenta valores com significância estatística (ao nível de $p < 0.05$).

Tabela 63. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste *t* de Student em função da escolaridade materna (n = 619)

Escolaridade da mãe (em anos)						
Escalas e sub-escalas do HKRA	Até 9 anos escolaridade (n =362)		10 ou mais anos escolaridade (n =257)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.53	0.62	2.51	0.64	0.328	0.743
Sub-escala Envolvimento em casa	3.10	0.62	3.18	0.56	-1.774	0.077
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.77	0.69	2.83	0.75	-1.117	0.265
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.78	0.57	2.83	0.54	-1.211	0.222
Escala Recursos Externos	2.79	0.48	2.84	0.46	-1.243	0.214
Escala Recursos Internos	3.05	0.51	3.13	0.46	-2.184	0.029*
Escala Total	2.88	0.43	2.91	0.39	-1.156	0.248

Nota: 9 sujeitos não responderam nesta variável. * $p \leq 0.05$.

Tabela 64. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste Kruskal-Wallis em função do NSE (n = 628)

Escalas e sub-escalas do HKRA	NSE						<i>K-W</i> (<i>gl</i> =2)	<i>p</i>
	Baixo (n =306)		Médio (n =250)		Elevado (n = 72)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.55	0.62	2.48	0.63	2.51	0.61	1.980	0.372
Sub-escala Envolvimento em casa	3.08	0.64	3.17	0.56	3.20	0.54	2.967	0.227
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.71 ^a	0.72	2.86 ^b	0.69	2.89 ^b	0.76	7.778	0.020*
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.81	0.57	2.78	0.55	2.83	0.51	0.723	0.696
Escala Recursos Externos	2.79	0.48	2.82	0.44	2.86	0.49	2.564	0.277
Escala Recursos Internos	3.03	0.54	3.12	0.45	3.14	0.43	5.093	0.078
Escala Total	2.87	0.43	2.90	0.39	2.92	0.39	1.866	0.393

Nota: ^a e ^b – os valores assinalados por letras distintas são significativamente diferentes. * $p < 0.05$.

De forma a percebermos quais dos grupos de NSE se associam a uma maior pontuação média na sub-escala *Envolvimento na comunidade*, utilizamos o procedimento estatístico não paramétrico Mann-Whitney. No que diz respeito às comparações entre os grupos NSE médio e NSE elevado, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($M-W = 8526.5$, $Z = -0.681$, $p = 0.496$). No entanto, verificámos a existência de diferenças significativas nos valores médios de pontuação entre os grupos NSE baixo e NSE médio ($M-W = 33855.5$, $Z = -2.335$, $p = 0.020$) e ainda, entre o NSE baixo e elevado ($M-W = 9247.5$, $Z = -2.123$, $p = 0.034$).

De forma idêntica aos resultados encontrados entre a variável *escolaridade paterna* e o envolvimento comunitário, estes resultados sugerem que os adolescentes pertencentes ao nível sócio-económico mais baixo, estão menos envolvidos em actividades extra-escolares e comunitárias, por comparação com os adolescentes pertencente aos níveis médio e elevado. É pois, de esperar que o NSE baixo, enquanto indicador do contexto familiar marcado pela desvantagem socio-económica, seja um factor de risco ao nível do desenvolvimento global dos adolescentes (Baer, 1999; Buchanan et al., 2000). Assim sendo, esperar-se-ia que os resultados apontassem no sentido de diferenças na percepção de resiliência relativas a esta variável, pelo menos ao nível da escala Recursos Externos, uma vez que, tal como referiu Ackerman e colaboradores (1999), as famílias com recursos económicos superiores estão em princípio, mais habilitadas para adquirir os bens e os serviços necessários para o bem-estar das crianças e para potencializar uma socialização adequada.

De seguida, prosseguimos com o estudo das relações possíveis entre cada uma das seguintes variáveis – *tamanho da família*, *tamanho da fratria* e *lugar na fratria*, e as características de resiliência dos adolescentes. Na Tabela seguinte apresentamos os resultados das correlações entre estas variáveis e as escalas e sub-escalas do HKRA.

Tabela 65. Correlações entre as variáveis tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria e as escalas e sub-escalas do HKRA (n = 628)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Tamanho da família (0-11) ^a		Tamanho da fratria (0-8)		Lugar na fratria (0-6)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Sub-escala Envolvimento na escola	0.103	0.010*	0.063	0.117	0.041	0.307
Sub-escala Envolvimento em casa	0.009	0.830	-0.076	0.058	-0.037	0.349
Sub-escala Envolvimento na comunidade	0.017	0.668	-0.028	0.481	-0.007	0.865
Sub-escala Envolv. com grupo de pares	0.095	0.018*	0.019	0.628	0.009	0.813
Escala Recursos Externos	0.065	0.106	-0.010	0.797	0.007	0.855
Escala Recursos Internos	0.034	0.401	-0.010	0.795	0.005	0.855
Escala Total	0.068	0.088	-0.007	0.853	0.007	0.857

Nota: ^a dois sujeitos viviam institucionalizados, não tendo reportado elementos de família

* Correlações significativas para $p \leq 0.05$.

Os resultados da correlação de Spearman indicaram valores estatisticamente significativos e positivos entre a sub-escala *Envolvimento na escola* e o tamanho da família de pertença dos adolescentes, sugerindo que quanto maior a dimensão da família, maior tenderá a ser a percepção de envolvimento na escola. O envolvimento com o grupo de pares apresenta-se também significativamente e de forma positiva, associado com o tamanho da

família, sugerindo que os adolescentes oriundos de agregados familiares maiores tenderão manter relações mais significativas com os pares.

Para observar se existiam diferenças nas pontuações das escalas segundo os grupos – viver com dois pais biológicos ou viver noutra tipo de família (monoparental, de recasamento, ou outro), efectuámos um teste não paramétrico *Mann-Whitney* (Tabela 66). Encontrámos valores com magnitude estatística referente aos dois grupos somente nas pontuações da sub-escala Envolvimento em casa, o que parece apontar para um maior envolvimento dos adolescentes que vivem com ambos os pais biológicos na partilha de interesses, suporte e actividades familiares.

Tabela 66. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste *Mann-Witney* em função do tipo de estrutura familiar (n = 628).

Escalas e sub-escalas do HKRA	Estrutura da família ^a					
	Família intacta (n = 460)		Outro tipo de família (n = 168)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.51	0.62	2.55	0.64	-0.539	0.590
Sub-escala Envolvimento em casa	3.17	0.57	3.02	0.67	-2.217	0.027*
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.80	0.71	2.76	0.75	-0.321	0.748
Sub-escala Envolv. com grupo de pares	2.82	0.55	2.73	0.58	-1.677	0.094
Escala Recursos Externos	2.83	0.46	2.76	0.49	-1.166	0.244
Escala Recursos Internos	3.08	0.48	3.07	0.51	-0.280	0.780
Escala Total	2.89	0.41	2.87	0.42	-0.530	0.596

Nota: ^a família intacta (pais biológicos) versus outro tipo de família (monoparental, recasamento, etc.).
p ≤ 0.05.

Para analisarmos eventuais diferenças nas pontuações das escalas e sub-escalas do HKRA, mais especificamente entre os diversos grupos categorizados segundo o tipo de

composição ou estrutura familiar, efectuámos o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, cujos resultados passamos a apresentar na Tabela 42. Como podemos verificar, não foram encontrados valores com significância estatística entre os diferentes tipos de estrutura familiar, sugerindo que o tipo de estrutura familiar em que o adolescente vive não está associado a diferenças nas percepções dos factores protectores externos e ainda dos recursos internos, avaliados pelas escalas do KHRA.

Tabela 67. Médias, desvios-padrão e Kruskal-Wallis em função da estrutura familiar (n = 626)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Tipo de estrutura familiar									
	Intacta/biparental (n = 460)		Monoparental (n = 95)		Recasamento (n = 52)		Avós (n = 19)		<i>K-W</i> (gl=3)	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Sub-escala Env. na escola	2.51	0.62	2.52	0.59	2.51	0.75	2.70	0.53	1.866	0.601
Sub-escala Env. em casa	3.17	0.57	3.04	0.69	2.98	0.68	2.96	0.59	6.284	0.099
Sub-escala Env. comunidade	2.80	0.71	2.77	0.75	2.67	0.75	2.95	0.77	2.306	0.511
Sub-escala Env. grupo de pares	2.82	0.55	2.77	0.59	2.68	0.54	2.63	0.64	4.197	0.241
Escala Recursos Externos	2.83	0.46	2.77	0.48	2.71	0.52	2.81	0.47	2.843	0.417
Escala Recursos Internos	3.08	0.48	3.06	0.51	3.09	0.49	3.05	0.65	0.160	0.984
Escala Total	2.89	0.41	2.86	0.41	2.87	0.44	2.93	0.46	0.914	0.822

Nota: Nesta análise foram excluídos os dois sujeitos institucionalizados da amostra.

Para observarmos eventuais diferenças entre os adolescentes separados e não separados durante a infância dos pais nos indicadores de perturbações psicopatológicas,

comparamos os dois grupos relativamente aos valores médios de pontuação obtidos nas escalas e sub-escalas do HKRA. Na Tabela 68 apresentamos as médias, os desvios-padrão e o teste Mann-Whitney em função das *separações significativas face a figuras parentais* no período da infância.

Tabela 68. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e teste Mann-Whitney em função das *separações significativas face a figuras parentais* no período da infância (n = 628)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Separações significativas na infância					
	Não (n = 477)		Sim ^a (n = 151)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.52	0.61	2.51	0.66	-0.455	0.649
Sub-escala Envolvimento em casa	3.18	0.57	2.99	0.68	-2.744	0.006**
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.79	0.70	2.79	0.76	-0.259	0.796
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.82	0.55	2.71	0.58	-1.835	0.067
Escala Recursos Externos	2.83	0.46	2.75	0.50	-1.469	0.142
Escala Recursos Internos	3.08	0.49	3.06	0.51	-0.395	0.693
Escala Total	2.90	0.41	2.86	0.42	-0.909	0.363

Nota^a consideradas as separações atribuídas a emigração de pais, condições económicas dos pais, divórcio, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos familiares. ** $p \leq 0.01$.

Encontrámos valores com significância estatística entre os dois grupos, referentes a diferenças reportadas ao nível da sub-escala *Envolvimento em casa*, sugerindo que os adolescentes que não estiveram separados por motivos relevantes (divórcio, doença, morte, conflitos familiares, económicos, etc.) dos pais biológicos no período da infância, apresentam mais factores de protecção ao nível do contexto familiar, por comparação com os adolescentes que estiveram separados dos pais.

Importa no entanto, perceber se existem diferenças entre os sujeitos relativas às causas atribuídas para a separação face a figura parental, mais especificamente, na percepção de recursos familiares avaliado pela sub-escala *Envolvimento em casa*. De forma a compararmos os sujeitos segundo os motivos das separações efectuámos um teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, cujos resultados estão expostos na tabela seguinte.

Tabela 69. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do HKRA e Kruskal-Wallis em função das causas atribuídas para a separação face a figuras parentais na infância (n = 151)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Motivos atribuídos para separação face a figura parental							<i>K-W</i> (df=2)	<i>p</i>
	Económicos (n = 28)		Divórcio dos pais (n = 88)		Acontecimentos negativos na infância* (n = 35)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
Sub-escala Envolvimento na escola	2.58	0.69	2.45	0.68	2.61	0.58	2.610	0.271	
Sub-escala Envolvimento em casa	3.08	0.59	2.93	0.72	3.07	0.65	1.309	0.520	
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.98	0.72	2.70	0.79	2.86	0.72	2.732	0.255	
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.82	0.50	2.65	0.60	2.80	0.59	2.262	0.323	
Escala Recursos Externos	2.86	0.41	2.68	0.54	2.83	0.45	3.495	0.174	
Escala Recursos Internos	3.11	0.52	3.04	0.51	3.08	0.52	0.775	0.679	
Escala Total	2.94	0.40	2.81	0.44	2.93	0.40	3.247	0.197	

* Categorização baseada nos seguintes relatos: Doença prolongada ou morte de figura parental (n = 21), Conflitos familiares (n = 11), maus-tratos ou abandono (n = 3).

Assim, não foram encontradas diferenças entre os grupos, quer nas percepções dos recursos externos avaliados pela escala Recursos Externos, quer nas percepções dos recursos internos dos sujeitos. De igual forma, não foi encontrado um efeito das causas das separações na percepção da resiliência total. Uma primeira leitura destes resultados sugere

que o processo de resiliência parece não ser influenciado pelas separações face a figuras parentais na infância.

Se considerarmos, de acordo com a literatura, que os acontecimentos negativos na infância, colocam em risco o bom desenvolvimento das crianças e adolescentes, estão deveríamos esperar que as separações dos pais por acontecimentos negativos na infância, mostrassem de algum modo repercussões a nível dos recursos resilientes dos adolescentes. No entanto, duas questões se nos colocam: a) em primeiro lugar, a definição de resiliência aponta para um funcionamento competente e um desenvolvimento adaptativo apesar da adversidade (Olsson et al., 2003). De acordo com este pressuposto, o que estaremos a observar é que o processo de resiliência transpõe possíveis acontecimentos negativos ao longo do desenvolvimento; b) por outro lado, mencionando Ungar (2005), a questão que se nos coloca é que, provavelmente, não é o acontecimento negativo em si o indutor dos problemas adaptativos no adolescente, mas a forma como o sujeito vivencia e integra tais acontecimentos. Neste sentido, por exemplo, uma separação por emigração dos pais pode representar um factor de risco ou um impedimento ao desenvolvimento, na medida em que o factor fulcral é a ausência das figuras parentais com os quais a criança possa estabelecer vínculos seguros e duradouros.

Todavia, consideramos que, a metodologia empregue (isto é, a ausência de um estudo qualitativo que permita aferir das construções dos sujeitos sobre as suas histórias e o seu processo de resiliência) é uma limitação ao estudo. Além do mais, o facto de nos basearmos na análise de variáveis contextuais, de algum modo factuais (avaliámos factos predefinidos por nós, tais como a estrutura familiar, as separações, etc.), embora sejam importantes no estudo dos factores de risco, leva-nos a conclusões limitativas.

De seguida, procuraremos aprofundar as relações entre o constructo de resiliência, consoante ele é concebido no HKRA em associação, quer com as percepções dos adolescentes sobre as atitudes educativas parentais (o IPA) quer com as medidas de avaliação dos problemas psicopatológicos (IGS e APS-SF).

5. Análises correlacionais

Neste ponto procuramos analisar possíveis relações entre os indicadores de psicopatologia (APS-SF e BSI), a percepção das atitudes educativas parentais e os recursos de resiliência (externos e internos) nos adolescentes, através de análises correlacionais de Pearson.

Em primeiro lugar, considerámos que seria importante observar se os indicadores de psicopatologia (APS-SF e o BSI) se associam com a percepção do Afecto e das Práticas Educativas Parentais (IPA). Verificamos que o IGS, enquanto indicador geral da presença de psicopatologia, se associa negativa e significativamente com a escala Percepção de Amor e positiva e significativamente com as escalas Percepção de Hostilidade e Percepção de Controlo. Se no primeiro caso, o resultado encontrado sugere que a presença de sintomatologia está inversamente associada à intensidade da percepção de Amor parental, no segundo, encontramos que, quer a Percepção de Hostilidade, quer a Percepção de Controlo parental pelos adolescentes parece estar associada a um maior índice de sintomatologia psicopatológica. Relativamente à Percepção de Autonomia, esta não parece associar-se ao indicador global de problemas psicológicos nos adolescentes (Tabela 70).

Tabela 70. Matriz de correlações entre o Índice Geral de Sintomas e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes

<i>BSI</i>	Inventário de Percepções Adolescentes			
	<i>Percepção de Amor</i>	<i>Percepção de Hostilidade</i>	<i>Percepção de Controlo</i>	<i>Percepção de Autonomia</i>
IGS	-0.286**	0.174**	0.082*	-0.030

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

No momento seguinte analisaremos eventuais associações entre as escalas do APS-SF, o Índice Geral de Sintomas e a Percepção das Atitudes parentais. Como podemos verificar na Tabela 71, todas as escalas do APS-SF correlacionam significativamente e positivamente com o IGS, o que sugere que este último é um bom indicador global de problemas emocionais nos adolescentes.

Por sua vez, encontramos associações negativas, significativas, entre a escala Percepção de Amor e todas as escalas clínicas do APS-SF, resultado idêntico ao encontrado entre o IGS e a Percepção de Amor parental. Estes resultados sugerem que relações pais-filho modeladas por uma expressão de vínculos emocionais em que impera o afecto positivo, são protectoras face à manifestação de psicopatologia no adolescente. Ainda neste âmbito, tal como esperávamos, as associações positivas significativas entre as doze escalas clínicas da Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF) e a escala Percepção de Hostilidade. Assim, uma relação com os pais pautada por níveis elevados de conflito, sentimentos de rejeição e frieza emocional (conceitos subjacentes ao pólo negativo da dimensão Afecto) parece estar associada ao relato de problemas psicopatológicos.

Estes resultados parecem, pois, confirmar estudos anteriores que atestam a importância da qualidade afectiva da relação com os pais enquanto factor associado ao bem-estar psicossocial do adolescente (Barber et al., 2000, 2001; Brown et al., 2001; 2002; Operario et al., 2006, Zimmerman et al., 2002).

Como podemos observar, apenas pontualmente, encontramos correlações com significância estatística entre algumas escalas clínicas do APS-SF e as escalas Controlo e Autonomia. Mais especificamente, encontramos uma associação significativa e positiva entre a escala do APS-SF Propensão à Ira /Violência e a escala Percepção de Controlo

parental, sugerindo-se que uma atitude parental pautada por autoritarismo e punição está associada a sentimentos de ira e tendência para violência no adolescente. Por sua vez, encontramos uma associação positiva significativa entre a escala Abuso de Substâncias e a escala Percepção de Autonomia e ainda associações negativas significativas entre a Percepção de Autonomia e as escalas Tendência para Suicídio e Problemas de Auto-conceito.

Tabela 71. Matriz de correlações entre as escalas do APS- SF, o Índice Geral de Sintomas (IGS) e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes (n = 628)

APS-SF	BSI	Inventário de Percepções Adolescentes			
	<i>Índice Geral de Sintomas</i>	<i>Percepção de Amor</i>	<i>Percepção de Hostilidade</i>	<i>Percepção de Controlo</i>	<i>Percepção de Autonomia</i>
Perturb.Comportamento (PC)	0.282**	-0.179**	0.170**	0.060	-0.015
Perturb. Oposição (PO)	0.395**	-0.173**	0.133**	0.040	0.027
Abuso de Substâncias (AS)	0.187**	-0.113**	0.105**	0.018	0.090*
Propensão Ira /Violência (PIV)	0.594**	-0.216**	0.215**	0.088*	-0.055
Problemas Académicos (PA)	0.533**	-0.238**	0.147**	0.070	-0.019
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	0.187**	-0.234**	0.103**	0.027	-0.015
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	0.732**	-0.298**	0.129**	0.016	-0.050
Depressão Major (DEP)	0.742**	-0.345**	0.113**	-0.002	-0.072
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	0.343**	-0.081*	0.088*	0.064	-0.040
Tendência Suicídio (SUI)	0.509**	-0.296**	0.239**	0.055	-0.080*
Probl. Auto-conceito (PAC)	0.532**	-0.306**	0.174**	-0.001	-0.092*
Probl. Interpessoais (PIP)	0.695**	-0.287**	0.164**	0.010	-0.068

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

Os resultados parecem indicar que um maior consumo de álcool e drogas está relacionado com uma maior autonomia parental, mas que, no entanto, uma percepção de

baixa autonomia parental estará relacionada com sentimentos e ideação suicida e com problemas ao nível do Auto-conceito do adolescente.

A tabela 72 apresenta a matriz de correlações entre as escalas clínicas do APS – SF e os Recursos de Resiliência (HKRA). Encontramos associações significativas e negativas entre, quer entre a sub-escala Envolvimento na escola, quer a sub-escala Envolvimento em Casa, com as escalas clínicas do APS-SF Problemas de Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias, Problemas Académicos, Problemas de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Tendência para Suicídio, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais. Do mesmo modo, observamos associações significativas e negativas entre a sub-escala Envolvimento na Comunidade e as escalas Perturbação de Oposição, Problemas Académicos, Problemas de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Tendência para Suicídio, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais. No que se refere à sub-escala Envolvimento com grupo de pares, esta aponta para uma associação significativa e também negativa com as escalas Propensão para Ira e Violência, Problemas Académicos, Depressão Major, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais.

Tabela 72. Matriz de correlações entre as escalas clínicas do APS – SF e os Recursos de Resiliência (HKRA) (n = 628)

Escalas APS-SF ¹³	Escalas HKRA						
	<i>Env. Escola</i>	<i>Env. Casa</i>	<i>Env. Comunid.</i>	<i>Env. Pares</i>	<i>Recursos Externos</i>	<i>Recursos Internos</i>	<i>Resiliência Total</i>
PC	-0.096*	-0.166**	-0.001	-0.052	-0.101*	-0.141**	-0.151**
PO	-0.146**	-0.149**	-0.094*	-0.046	-0.146**	-0.104**	-0.169**
AS	-0.156**	-0.128**	-0.033	0.021	-0.100*	-0.022	-0.110**
PIV	-0.060	-0.165**	-0.019	-0.082*	-0.104**	-0.107**	-0.147**
PA	-0.147**	-0.241**	-0.089*	-0.116**	-0.195**	-0.165**	-0.224**
PAG	-0.125**	-0.194**	-0.090*	-0.045	-0.152**	-0.073	-0.170**
PPST	-0.139**	-0.259**	-0.083*	-0.036	-0.172**	-0.078*	-0.197**
DEP	-0.182**	-0.312**	-0.164**	-0.093*	-0.251**	-0.162**	-0.273**
PCA	-0.004	-0.056	-0.013	0.031	-0.015	0.029	-0.025
SUI	-0.091*	-0.284**	-0.101*	-0.041	-0.172**	-0.109**	-0.172**
PAC	-0.260**	-0.348**	-0.225**	-0.238**	-0.356**	-0.343**	-0.398**
PIP	-0.134**	-0.258**	-0.092*	-0.148**	-0.207**	-0.140**	-0.236**

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

A leitura da tabela 72 indica associações negativas e com significância estatística entre onze escalas da APS-SF quer com a escala Recursos Externos, quer com a escala total. De referir que as escalas da APS-SF indicaram, igualmente, associações negativas e estatisticamente significativas com as sub-escalas referentes à avaliação de factores protectores na escola e em casa. Como podemos verificar, a única escala clínica que não

13 Nota: PC – Perturbação do Comportamento, PO – Perturbação de Oposição, AS – Abuso de Substâncias, PIV – Propensão à Ira /Violência, PA – Problemas Académicos, PAG – Perturbação Ansiedade Generalizada, PPST – Perturbação Pós-Stress, DEP – Depressão Major Traumático, PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar, SUI – Tendência para o Suicídio, PAC – Problemas de Auto-conceito, PIP – Problemas Interpessoais.

parece associar-se de forma significativa com os recursos externos conforme são percebidos pelos adolescentes é a escala Perturbações do Comportamento Alimentar. Aliás, esta escala não parece associar-se a qualquer dos recursos de resiliência avaliados, ou com a medida de resiliência total, sugerindo que na etiologia desta perturbação poderão estar factores causais ou precipitantes distintos das restantes perturbações aqui estudadas.

No que diz respeito às características resilientes ou Recursos Internos, estes parecem associar-se negativa e significativamente com as escalas clínicas Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Propensão para Ira e Violência, Problemas Académicos, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Tendência para Suicídio, Problemas de Auto-conceito e Problemas Interpessoais.

A tabela seguinte apresenta a matriz de correlações entre as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes e os Recursos de Resiliência avaliados pelo HKRA.

Como podemos observar relativamente à dimensão Afecto parental, a escala Percepção do Amor apresenta-se positivamente e significativamente associada com todas as sub-escalas e escalas do HKRA.

A escala Percepção de Hostilidade, por sua vez, parece estar significativamente e negativamente associada com a sub-escala Envolvimento em Casa e apresenta valores negativos e com magnitude estatística com as escalas Recursos Externos e Recursos Internos.

A Percepção do Controlo parental parece estar positivamente relacionada com o Envolvimento em Casa, com o Envolvimento com os Pares e ainda, com a escala Recursos Externos.

A Percepção da Autonomia parental pelo adolescente surge associada de forma positiva e significativamente com as sub-escalas Envolvimento em Casa e Envolvimento com os Pares, mas no entanto, parece não estar associada com o Envolvimento na Escola, com a Escala Recursos Externos, Recursos Internos ou com a Resiliência Total.

Tabela 73. Matriz de correlações entre os Recursos de Resiliência (HKRA), as Percepções das Atitudes Parentais (IPA) e o BSI (n = 628)

HKRA	IPA				BSI
	<i>Amor</i>	<i>Hostilidade</i>	<i>Controlo</i>	<i>Autonomia</i>	<i>IGS</i>
<i>Envolv. Escola</i>	0.210**	-0.013	0.054	0.000	-0.121**
<i>Envolv. Casa</i>	0.497**	-0.194**	0.113**	0.106**	-0.262**
<i>Envolv. Comunidade</i>	0.227**	-0.044	0.076	0.009	-0.045
<i>Envolv. Pares</i>	0.183**	-0.027	0.108**	0.110**	-0.046
<i>Recursos Externos</i>	0.371**	-0.091*	0.115**	0.070	-0.155**
<i>Recursos Internos</i>	0.183**	-0.104**	0.010	0.042	-0.113**
<i>Resiliência Total</i>	0.299**	-0.070	0.071	0.032	-0.185**

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

Por fim, ainda na tabela 73 apresentamos os resultados da matriz de correlações efectuada entre o Índice Geral de Sintomas e as sub-escalas e escalas do HKRA. Foram encontradas associações negativas e significativas entre o IGS e as sub-escalas Envolvimento na Escola, Envolvimento em Casa, as escalas Recursos Externos, Recursos Internos e Resiliência Total, sugerindo que quer uma percepção de menos recursos

contextuais (na família e na escola), quer uma percepção de menos recursos internos está associada a um maior relato de problemas emocionais nos adolescentes.

6. Síntese

Tendo sido objectivo global deste estudo conhecer algumas variáveis individuais e contextuais que estariam eventualmente associadas ao relato de problemas psicopatológicos, de entre os resultados já anteriormente apresentados e discutidos, salientaremos aqueles que nos pareceram mais pertinentes.

Em primeiro lugar, reportamo-nos às diferenças encontradas na expressão de psicopatologia segundo as variáveis individuais sexo e idade. Assim, no índice Geral de Sintomas do BSI as raparigas reportaram um maior índice de sintomas psicopatológicos e os resultados comparativos entre os dois grupos etários indicaram que os adolescentes mais velhos tendem a relatar um maior índice de sintomas. De igual forma, os resultados obtidos com as escalas do APS-SF apontam para diferenças na manifestação de perturbações psicopatológicas entre raparigas e rapazes, com um maior índice de perturbações interiorizadas nas raparigas e com um maior índice de perturbações de tipo exteriorizado nos rapazes. Foram também observadas diferenças estatisticamente significativas segundo a idade na maioria das escalas clínicas do APS-SF, verificando-se uma tendência para os adolescentes do grupo etário dos 15 aos 19 anos em apresentarem índices superiores de sintomatologia na maioria das perturbações. De referir que tais diferenças na prevalência de perturbações psicopatológicas de acordo com o sexo e com a idade têm sido documentadas em diversos estudos (Costello, 1989; Prinz, 2001; Reynolds, 1989). Garber e Flynn (2001) consideram que ser sexo feminino é um factor de risco individual a considerar no desenvolvimento de desordens de ansiedade e de depressão a partir do início da adolescência. No entanto, os mecanismos biológicos, psicológicos e sociais implícitos no

desenvolvimento de rapazes e raparigas que possam explicar tais diferenças nas manifestações psicológicas e comportamentais necessitam de ser investigados em investigações futuras. Seria importante perceber se as raparigas apresentam de facto uma maior propensão biológica para as perturbações interiorizadas (ansiedade e depressão) ou se, as diferenças encontradas entre rapazes e raparigas se devem a diferenças relativas a factores sócio-culturais na expressão de emoções, propiciando ao sexo feminino uma maior possibilidade de expressão de afectos negativos (Sheeber et al., 2001).

Da mesma forma, as diferenças entre rapazes e raparigas na manifestação de problemas exteriorizados têm sido relatadas (e.g., Moffit, 1993; Rutter et al., 1998; Tiet, et al., 2001). No entanto, temos de atender à questão levantada por Johnstone e Cooke (2004) relativamente à maior prevalência de perturbações de tipo exteriorizada nos rapazes. Estes autores chamaram a atenção para estudos longitudinais que encontraram um número elevado de crianças cujos problemas de comportamento eram transitórios, remetendo-nos para os perigos de uma interpretação errónea dos dados. Porque no nosso estudo, as variáveis sexo e idade estão também associadas à intensidade da manifestação das perturbações de comportamento nas escalas associadas à dimensão exteriorizada de psicopatologia, com uma prevalência superior no sexo masculino, o seu desenho transversal impede que façamos inferências relativas à persistência ou transitoriedade dos resultados encontrados. Assim, tal como referiram Johnstone e Cooke (2004) pode tender-se a interpretar como patológica, a impulsividade e a imaturidade relacional que possa ser normativa para a fase de desenvolvimento em que o adolescente se encontra (i.e., os 12 a 14 anos).

Em segundo lugar, as associações positivas e significativas encontradas entre o número de retenções escolares e a presença de indicadores de problemas interiorizados e exteriorizados de psicopatologia, sugerem que os adolescentes que apresentam problemas ao nível do envolvimento escolar e do rendimento académico tendem a apresentar um maior índice de sintomatologia psicopatológica. Se bem que não possamos atribuir uma relação causal unidireccional a estas associações, estes resultados são concordantes com as conclusões de diversos estudos (Resnick et al., 1997; Gutman et al., 2002). Nomeadamente McCluskey e colaboradores (2004) concluíram que o absentismo escolar crónico e um baixo rendimento académico estão associados a um deficiente contexto sócio-familiar e às perturbações psicopatológicas na adolescência e Annunziata e colaboradores (2006) salientaram a importância das atitudes e das expectativas parentais face aos comportamentos dos filhos e ao envolvimento académico destes. No nosso estudo, quer a percepção do Afecto parental (Amor versus Hostilidade), quer a percepção da Autonomia, parecem estar associadas com o rendimento académico dos adolescentes, mas não foi encontrada qualquer relação significativa entre a Percepção do Controlo parental, quer com o número de retenções escolares, quer com o Envolvimento na Escola.

Embora o tipo de análises estatísticas efectuadas não nos permita estabelecer relações causais, um pobre funcionamento escolar parece estar relacionado com problemas emocionais e de comportamento na adolescência. Sugerimos ainda que as variáveis parentais Percepção do Afecto e Percepção da Autonomia podem funcionar como moderadores desta associação.

No que diz respeito aos indicadores de acontecimentos negativos na infância, os resultados obtidos sugerem que ter vivido separado de um ou de ambos os pais durante a

infância é um factor de maior risco para a manifestação de problemas emocionais no adolescente, parecendo afectar ainda, a percepção que estes adolescentes têm do Amor e das Práticas Educativas Parentais.

Igualmente, ter vivido separado dos pais na infância parece estar relacionado com uma percepção de menores recursos de resiliência ou factores protectores familiares (a escala Envolvimento em Casa), mas não com os restantes recursos ambientais ou com a percepção das competências individuais. Resultados idênticos foram encontrados entre as escalas e sub-escalas de avaliação da resiliência e o tipo de estrutura familiar ao qual os adolescentes pertencem. Assim, pertencer a uma família monoparental, de recasamento ou de avós, parece estar associado a um menor envolvimento na família mas não a um menor envolvimento nas outras áreas de funcionamento social, nem parece estar associado à percepção de resiliência no global. Poderíamos procurar explicar estes resultados, apelando para as características da resiliência, enquanto constructo multifacetado e enquanto processo desenvolvimental (Olsson et al., 2003; Fergus & Zimmerman, 2005). Então, a presença de recursos externos que possam funcionar como factores protectores para o adolescente poderiam suprir a ausência de outros e assim contribuir para a presença de recursos internos ou de competências de resiliência satisfatórias.

Um outro resultado que nos parece significativo face aos objectivos propostos prende-se com as diferenças globais encontradas no relato de sintomas psicopatológicos entre os adolescentes que vivem com os pais biológicos e os adolescentes que vivem noutro tipo de família. No sentido do que prescreveram Stoiber e Good (1998), viver com a família biológica, no global, parece ser um factor protector face ao risco de desenvolvimento de problemas emocionais, uma vez que os adolescentes que vivem numa família biparental

intacta tendem a reportar de forma significativa menos problemas emocionais que os adolescentes que vivem noutra tipo de estruturas familiares. No entanto, temos de mencionar Buchanan e colaboradores (2000) ao referirem que não é a estrutura familiar em si mas o contexto familiar que é importante no desenvolvimento da criança e do adolescente. De facto, uma vez que foram encontradas diferenças nos indicadores de psicopatologia entre os subgrupos de adolescentes que não viviam com os pais biológicos, com níveis mais baixos de sintomatologia reportados pelos adolescentes oriundos de famílias de recasamento, sugerimos que o factor comum entre as famílias intactas e as de recasamento, poderá ser a presença de uma figura parental (o pai ou o padrasto). O seu papel no sistema familiar enquanto modelo de identificação e interveniente educativo, tem sido referido como sendo um factor protector face aos problemas de comportamento no adolescente (e.g., Braconnier & Marcelli, 2000; Matos, 2002; Sá, 2002).

Relativamente à variável escolaridade dos pais, é de salientar que os resultados encontrados, quer ao nível do índice Geral de Sintomas (BSI), quer ao nível dos valores das escalas do APS-SF, não confirmam os resultados encontrados noutros estudos, os quais apontam para um efeito protector que a escolaridade parental média e elevada, particularmente da escolaridade materna, podem ter face à manifestação de distúrbios psicopatológicos nas crianças e nos adolescentes (Serbin & Karp, 2004; Schoon & Parsons, 2002). No entanto, pertencer ao NSE baixo parece ser um factor de risco acrescido para problemas interiorizados do comportamento, nomeadamente, para ideação e tendência suicida. Devemos ter em consideração que as diferenças encontradas entre os grupos nas pontuações da escala Tendência para o Suicídio podem ser atribuíveis a vários factores de risco que estariam subjacentes à vulnerabilidade socio-económica das famílias, os quais,

actuando conjuntamente, conduziriam aos problemas psicossociais no adolescente. Seriam exemplo destes, os conflitos familiares, as lacunas ao nível das práticas parentais e ainda um maior número de acontecimentos negativos conducentes à desprotecção familiar, como sejam a falta de qualificações profissionais, o desemprego ou as condições profissionais mais precárias, todos estes com repercussões no funcionamento familiar (Balbernie; 2002; Knutson, DeCarmo & Reid, 2004; Schoon & Parsons, 2002).

Os resultados ao nível das análises correlacionais efectuadas entre as percepções das atitudes parentais e as escalas da resiliência sugerem uma associação significativa entre a dimensão Afecto do inventário IPA quer com a escala Recursos Externos, quer com a escala Recursos Internos (negativa com a hostilidade e positiva com o amor parental). Por sua vez, o factor Controlo parental surge positivamente associado aos Recursos Externos do adolescente (e mais especificamente às sub-escalas Envolvimento com os pares e Envolvimento em Casa). Estes resultados estão em consonância com os estudos que afiguram a qualidade da relação pais-filhos e ainda uma adequada supervisão parental como factores protectores dos problemas psicopatológicos na adolescência, através do incremento do número e da qualidade dos recursos resilientes (e.g., Southam-Gerow & Kendall, 2000; Kenny & Gallagher, 2002, Rutter, 1985, 1999).

A comparação entre os rapazes e as raparigas nas pontuações das escalas e sub-escalas do HKRA, permitem afirmar a existência de diferenças significativas a nível da variável sexo somente na sub-escala *Envolvimento com os Pares* e ainda, na escala *Recursos Internos*, indicando que as raparigas tendem a reportar mais recursos do que os rapazes nestas dimensões. As diferenças encontradas ao nível da sub-escala *Envolvimento com os Pares* podem ser atribuíveis a diferenças entre rapazes e raparigas nos estilos de

socialização com os pares nesta fase de desenvolvimento. Não obstante, se bem que estes resultados não nos permitem fazer inferências acerca do conteúdo das relações com os pares e da forma como estas evoluem dependentemente do género sexual, podemos colocar a hipótese de que as raparigas tendem, sobretudo, a valorizar relações com os pares baseadas num maior nível de intimidade.

Além do mais, as raparigas tendem a perceber-se de forma mais positiva relativamente às suas competências sociais, autonomia e sentido de eu e objectivos de vida, factores desenvolvimentais que compõem a escala Recursos Internos. No entanto, no que diz respeito aos resultados obtidos na escala Recursos Externos e restantes sub-escalas, assim como a nível das pontuações totais de Resiliência, não encontramos diferenças significativas entre rapazes e raparigas a nível dos recursos resilientes.

Por último, tem sido referido que os recursos individuais podem agir como factores protectores relativamente ao envolvimento em comportamentos de risco (como seja o consumo de substâncias) e ainda às perturbações do comportamento (ou comportamento anti-social) (Masten et al., 1999, 2004). Os resultados deste estudo permitem afirmar que, no global, uma baixa percepção pelos adolescentes dos seus recursos internos (ou competências psicológicas) está associada à expressão de mal-estar emocional e de perturbações exteriorizadas do comportamento. Relativamente aos recursos externos protectores ou de resiliência, constatamos que são a presença de recursos baseados na família/casa e na escola, que mais parecem estar inversamente associados à manifestação de perturbações psicopatológicas, sugerindo que estes recursos podem ter um papel determinante no desenvolvimento positivo ou adaptativo.

Perspectivando, de acordo com Constantine e colaboradores (1999) e com Olsson e colaboradores (2003) a resiliência como processo desenvolvimental e multidimensional, então, a presença de recursos no ambiente ou contexto do adolescente poderão atenuar a carência de outros e assim contribuir para a presença de recursos internos ou de competências de resiliência satisfatórias.

Capítulo 8

Estudo 3 – Risco psicossocial, psicopatologia e resiliência em adolescentes delinquentes: apresentação, análise e discussão dos resultados

Este estudo teve como objectivo a investigação de factores de risco psicopatológicos e psicossociais, assim como de factores psicológicos e psicossociais protectores desses riscos em adolescentes delinquentes. Baseando-nos nos resultados obtidos no Estudo 2 (adolescentes da população geral) consideramos neste estudo as variáveis que parecem identificar o risco psicossocial para psicopatologia e ainda os indicadores de risco considerados na revisão bibliográfica sobre o comportamento anti-social e delinvente na adolescência.

São assim objectivos específicos do Estudo 3:

a) Caracterizar o grupo delinvente de acordo com diversos indicadores de tipologia do comportamento delinvente: precocidade, tipo de delito praticado (contra pessoas, contra o património/sociedade, Código de Estrada), persistência, aumento de gravidade, diversidade de delitos e circunstâncias do delito (individual, em grupo de pares, em associação com adultos);

b) Caracterizar os adolescentes no que diz respeito a variáveis individuais (sexo e idade) e académicas (número de retenções escolares, abstenção escolar, dificuldades de aprendizagem e abandono escolar) e aos seguintes indicadores de risco psicossocial – o estatuto sócio-económico da família, a dimensão e estrutura do agregado familiar (família intacta, família monoparental, família de recasamento, família de avós, ou institucionalizado), a ausência de figura paterna no núcleo familiar, o número de irmãos e a posição que o adolescente ocupa na fratria, a disciplina parental na educação do adolescente, as separações significativas face às figuras parentais e ainda a existência de comportamento desviante familiar;

c) Estudar factores de risco psicossociais anamnésicos, como seja uma história de maus-tratos e/ ou institucionalizações;

d) Observar eventuais relações entre estas variáveis e as características psicopatológicas, a percepção do Afecto das Atitudes Educativas parentais e os recursos de resiliência dos adolescentes;

e) Num terceiro momento procuraremos observar possíveis relações entre as características psicopatológicas, a percepção do Afecto das Atitudes Educativas parentais e as características de resiliência dos adolescentes delinquentes.

1. Caracterização dos adolescentes delinquentes segundo indicadores de risco psicossocial

1.1. Tipologia do comportamento delincente

Num primeiro momento apresentamos as características descritivas da amostra, de acordo com a tipologia do comportamento delincente dos adolescentes que fazem parte do nosso estudo. Baseando-nos na revisão da literatura, considerámos assim os seguintes indicadores: a situação jurídica dos menores que estão em contacto com a Justiça, a medida aplicada, a existência ou não de anteriores processos tutelares educativos na Equipa de Família e Menores do Instituto de Reinserção Social, a persistência do delito e o aumento ou não da gravidade de delito em caso de persistência. Pretendemos conhecer igualmente, a amplitude de idades do grupo face ao primeiro delito praticado e ainda, o tipo, diversidade e circunstâncias dos delitos.

Consoante disposto na Tabela 74, observamos que 27.0% dos sujeitos se encontram sem aplicação de medida (fase de inquérito) e que 68.3% dos adolescentes se encontram em fase de cumprimento de Medida Tutelar Educativa. Podemos observar também a distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de Medida Tutelar Educativa aplicada: 28.6 % encontram-se sob medida de acompanhamento educativo, 33.3 % cumprem medida de internamento em centro educativo, cumprindo os restantes outro tipo de medidas comunitárias ou formativas. Observamos ainda que existe registo de processos tutelares anteriores em 36.5 % dos adolescentes inquiridos, alguns dos quais se referiam a processos

de tutela parental ou a situações de risco do menor por negligência ou maus-tratos parentais.

Tabela 74. Distribuição da amostra segundo os indicadores sobre a tipologia do comportamento delinquente

Características do grupo delinquente	n	%
Situação jurídica		
Inquérito	19	30.2
Jurisdicional	1	1.6
Cumprimento de medida	43	68.3
Total	63	100
Medida aplicada¹		
Sem medida aplicada	17	27.0
Acompanhamento educativo	18	28.6
Tarefas a favor da comunidade	1	1.6
Imposição de obrigações	4	6.3
Frequência de programas formativos	1	1.6
Medida de internamento em centro educativo	21	33.3
Medida cautelar de guarda	1	1.6
Total	63	100
Processos anteriores no IRS?^a		
Não	37	58.7
Sim	23	36.5
Total	60	95.2
Persistência do comportamento delinquente?		
Não	34	54.0
Sim	29	46.0
Total	63	100.0
Aumento gravidade do delito?^b		
Não	43	68.3
Sim	19	30.2
Total	62	98.4

Nota: ^a Não se obteve informação para 3 sujeitos.

^b Não se obteve informação para 1 sujeito.

¹ A LTE prevê que possa ocorrer a aplicação de duas ou mais medidas em simultâneo ao menor (por exemplo a obrigação de frequência de programas formativos e o acompanhamento educativo).

Tabela 74 (Cont.). Distribuição da amostra segundo os indicadores sobre a tipologia do comportamento delincente

Características do grupo delincente	n	%
Idade do 1º delito*		
5	1	1.6
9	1	1.6
11	1	1.6
12	7	11.1
13	12	19.0
14	24	38.1
15	13	20.6
16	1	1.6
Total	60 ^a	95.2
Tipo de delito		
Contra pessoas	21	33.3
Contra o património/sociedade	38	60.3
Código de estrada	4	6.3
Total	63	100.0
Diversidade de delitos		
Só 1 tipo delito	46	67.6
2 a 3 tipos delitos	16	23.5
4 a 5 tipos delitos	1	1.5
Total	63	100.0
Circunstâncias do delito		
Só	10	15.9
Grupo pares	50	79.4
Com adultos	3	4.8
Total	63	100.0

* Média de idades do primeiro delito = 13.53, DP = 1.64

Nota: ^a Não se obteve informação nesta variável para 1 sujeito

Verificamos que 46.0% dos adolescentes já tinham sido anteriormente sinalizados por comportamentos delinquentes, tendo estado em contacto com a Equipa de Menores e Família da sua área de residência, o que contribuiu para caracterizar os sujeitos relativamente a persistência do comportamento delincente².

² A persistência e/ou o aumento de gravidade no cometimento de delitos pelo menor, tendencialmente, dão origem a novos processos jurídicos.

É de assinalar que a maioria dos adolescentes cometeu o primeiro delito por volta dos 14 anos (38.1 %), embora encontremos uma grande amplitude de idades (entre os 5 e os 16 anos). Relativamente a outras informações recolhidas junto dos técnicos do IRS, observamos que se verificou um aumento da gravidade dos delitos praticados em 30% dos adolescentes, o que, associado à persistência do comportamento delinvente (46%), sugere que estes adolescentes podem estar em maior risco para delinquência crónica e grave. No que diz respeito ao tipo de delitos praticados, verificamos que a maioria estão qualificados como infracções contra o património ou contra a sociedade (60%) e que 33.3% dos delitos representam agressões contra pessoas. Observamos ainda que a maioria dos adolescentes da amostra foi notificado pela prática de único tipo de delito (67.6%), 23.5% indica ter praticado dois a três tipos de delitos e apenas 1.5% cometeu mais do que três tipos diferentes de infracções à lei. Por último, verificamos que a maioria do comportamento delinvente ocorreu em contexto de grupo de pares (79.4%).

1.2. Caracterização da amostra de acordo com indicadores de risco psicossocial

Pretendemos recolher, junto dos técnicos de reinserção social, informação relativa a um conjunto de variáveis psicossociais, que considerámos importantes com base na revisão da literatura³. Na tabela 75 podemos observar a distribuição dos sujeitos da amostra de acordo com um eventual historial de comportamento desviante, institucionalizações, maus-tratos e ainda com a existência de problemas de comportamento na infância.

3 De referir que estas informações foram cotadas com base nas respostas dos técnicos ao questionário por nós construído para o efeito (Anexo 7). A este propósito cf. Capítulo 5.

Relativamente ao consumo de drogas e álcool, podemos observar que uma percentagem muito pequena dos sujeitos tem história de consumo de substâncias (menos de 8%), enquanto que as informações sobre maus-tratos sofridos e institucionalizações na infância recaem, respectivamente, sobre 22% e 16% da amostra.

Tabela 75. Indicadores de risco psicossocial: história de comportamento desviante e institucionalizações na infância

Comportamento desviante e institucionalizações	n	%
Abuso de drogas		
Não	57	90.5
Sim	4	6.3
Total	61 ^a	96.8
Abuso de álcool^a		
Não	56	88.9
Sim	5	7.9
Total	61	96.8
História de maus-tratos na infância^b		
Não	46	73.0
Sim	14	22.2
Total	60	95.2
Problemas de comportamento na infância^a		
Não	37	58.7
Sim	24	38.1
Total	61	96.8
Institucionalizações^c		
Não	52	82.5
Sim	10	15.9
Total	62	98.4

^a Não se obteve informações nesta variável para 2 sujeitos. ^b Não se obteve informações nesta variável para 3 sujeitos. ^c Não se obteve informações nesta variável para 1 sujeito.

Observamos ainda que uma percentagem relativa dos sujeitos que compõem a amostra apresenta uma história de problemas de comportamento durante a infância (38%)⁴. Estas informações são consistentes com os estudos de diversos autores sobre a presença destes problemas de comportamento concomitantemente ao percurso delinvente (Born, et al., 1997; Carr e Vandiver, 2001; Tarolla et al., 2002).

No que se refere às relações familiares dos adolescentes, verificamos que 34.9 % dos adolescentes mantêm contacto regular apenas com a mãe e que somente 22.2 % mantêm contacto com ambos os pais biológicos. É de realçar as informações relativas à ausência de envolvimento de qualquer dos pais incide sobre 15.9% dos sujeitos da amostra em estudo. As informações recolhidas junto dos técnicos indicam ainda que uma elevada percentagem dos adolescentes carece de disciplina parental (46.0%).

Na tabela 76 podemos verificar que os pais de 14 dos sujeitos da amostra (22.2%) parecem ter conflitos conjugais manifestos (isto é, ao ponto de ser do conhecimento dos técnicos de reinserção social) e que 14.3% dos adolescentes têm uma relação com a mãe pautada por conflito, observando-se, de igual modo, em 25.4 % dos casos, conflitos na relação com o pai.

Embora estes resultados não sejam passíveis de inferências, consideramos com base na revisão teórica efectuada que a falência da supervisão e da disciplina parental, assim como relações pais-filhos pautadas por proximidade emocional são protectoras do comportamento anti-social nos adolescentes. Na nossa amostra, um subgrupo de adolescentes parece não beneficiar destes factores descritos na literatura como sendo

⁴ Foram assinalados pelos técnicos os seguintes problemas de comportamento: agressões a pares, fugas de casa, comportamento de oposição face a adultos, hiperactividade, furtos, associação a pares anti-sociais, fugas à escola e problemas de integração escolar.

protectores face a um percurso desviante (Farrington et al., 1988; Farrington & West, 1989; Loeber et al., 2001).

Tabela 76. Indicadores de risco psicossocial: relações familiares

Factores familiares	n	%
Envolvimento parental⁵		
Não	10	15.9
Só mãe	22	34.9
Só pai	3	4.8
Ambos os pais	14	22.2
Outro adulto	1	1.6
Total	50 ^a	79.4
Disciplina parental^{6 a}		
Não	29	46.0
Sim	21	33.3
Total	50	79.4
Conflitos conjugais^b		
Não	27	42.9
Sim	14	22.2
Total	41	65.1
Conflito mãe-filho^c		
Não	35	55.6
Sim	9	14.3
Total	44	69.8
Conflito pai-filho^b		
Não	25	39.7
Sim	16	25.4
Total	41	65.1

a Não se obteve informações nesta variável para 13 sujeitos. b Não se obteve informações nesta variável para 22 sujeitos. c Não se obteve informações nesta variável para 19 sujeitos.

5 Por envolvimento parental referimo-nos à participação de figuras parentais em questões que dizem respeito à educação do adolescente.

6 Por disciplina parental referimo-nos à imposição de regras ou limites pelos pais e à monitorização do comportamento do filho, adequada à sua idade.

Tabela 77. Indicadores de risco psicossocial: factores académicos

Factores académicos⁷	n	%
Número de retenções escolares^a		
0 Retenções	2	2.9
1 a 2 Retenções	22	32.4
3 a 6 Retenções	38	55.9
Total	62	91.2
Motivado para a escola^b		
Não	34	54.0
Sim	25	39.7
Total	59	93.7
Dificuldades de aprendizagem^b		
Não	35	55.6
Sim	24	38.1
Total	59	93.7
Abstenção escolar^b		
Não	19	30.2
Sim	40	63.5
Total	59	93.7
Abandono da escola^a		
Não	26	38.2
Sim	36	52.9
Total	62	91.2
Frequenta Curso de Formação Profissional^a		
Não	46	67.6
Sim	16	23.5
Total	62	91.2

No que diz respeito aos indicadores do desempenho académico, como a Tabela 77 indica, as diversas variáveis analisadas apontam para problemas académicos numa percentagem relevante de sujeitos. Por exemplo, constatamos que 55.9% reprovou entre três a seis vezes, e que 54.0% não se encontra motivado para a escola. Do mesmo modo, a

⁷ Nota: a Não se obteve informações nesta variável para 1 sujeito.

^b Não se obteve informações nesta variável para 4 sujeitos.

abstenção escolar é elevada (63.7%), 52.9 % dos adolescentes tinham abandonado os estudos e apenas uma percentagem relativamente baixa de adolescentes (23.5%) encontra-se a frequentar cursos de formação profissional.

1.3. Caracterização da amostra de acordo com os indicadores de comportamento desviante familiar

Porque diversos estudos indicam que o comportamento desviante familiar está significativamente associado ao comportamento anti-social na adolescência (e.g., Farrington et al., 2001; Wasserman & Seracini, 2001), é nossa intenção avaliar a incidência deste factor de risco nos adolescentes em estudo. Ao contrário do que esperávamos, a ocorrência das diversas variáveis que utilizámos para caracterizar o comportamento desviante familiar é baixa, como mostra a Tabela 78. Ficamos por saber se este resultado reflecte, de algum modo a “realidade” destas famílias, o que, se assim for, contraria os resultados dos estudos que apontaram para uma elevada incidência de comportamento desviante familiar na problemática da delinquência juvenil (e.g., Farrington et al., 2001; Farrington, 2004; Lipsey & Derzon, 1998), ou se uma falta de informações junto dos técnicos poderia influenciar este resultado, o que, neste caso, se alega como uma limitação ao estudo.

No global, a caracterização da amostra de acordo com as variáveis de risco psicossocial seleccionadas permite-nos observar a presença de um conjunto de indicadores de risco individual e familiar nos adolescentes.

Relativamente à análise retrospectiva da tipologia do comportamento delinvente, concluímos que a sua persistência (em 46% dos sujeitos), o aumento da gravidade (em

cerca de 30% dos indivíduos), a diversidade dos delitos relativamente baixa (25.0% dos sujeitos praticaram mais do que um tipo de delitos), a idade em que prevalece a informação oficial sobre o primeiro delito cometido (13 e 14 anos) e ainda as circunstâncias dos delitos (79.4 % em grupo de pares) são resultados que carecem de análises posteriores, de forma a perceber se, na população portuguesa, estes podem contribuir para predizer, no sentido em que atestam diversos autores, a persistência futura ou recorrência de delinquência (e.g., Moffit, 1993, 1996; Tarolla et al., 2002). A investigação sobre as variáveis eventualmente preditivas de um percurso delincente continuado exigirá a utilização de futuro estudo com um desenho longitudinal prospectivo.

Tabela 78. Indicadores de risco psicossocial: comportamento desviante familiar

Comportamento desviante familiar⁸	n	%
Antecedentes criminais parentais^a		
Não	52	82.5
Sim	5	7.9
Total	57	90.5
Comportamento delincente de irmãos^b		
Não	45	71.4
Sim	13	20.6
Total	58	92.1
Toxicodependência de pais^c		
Não	47	74.6
Sim	7	11.1
Total	54	85.7
Alcoolismo de pais^d		
Não	47	74.6
Sim	9	14.3
Total	56	88.9

8 Nota: ^a Não se obteve informações nesta variável para 6 sujeitos.

^b Não se obteve informações nesta variável para 5 sujeitos.

^c Não se obteve informações nesta variável para 9 sujeitos.

^d Não se obteve informações nesta variável para 7 sujeitos.

As informações recolhidas junto das fontes oficiais, sugerem que somente uma pequena percentagem dos adolescentes apresenta associado ao comportamento delincente um comportamento de abuso de substâncias. Vimos na revisão da literatura que os estudos criminológicos apontam para uma associação entre o consumo de substâncias e a delinquência juvenil (*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, 1995). Esta associação não é, contudo, linear, sendo possível que as informações sobre o abuso de substâncias nestes adolescentes não façam necessariamente parte dos dados oficiais, a não ser que o adolescente, de forma evidente, apresente uma perturbação de dependência de drogas.

Por sua vez, a análise das variáveis seleccionadas para caracterizar eventuais factores de risco familiar, tais como o conflito conjugal e as relações pais-filhos conflituosas, sugerem que estes indicadores de risco que devem ser olhados com precaução devido ao tamanho da nossa amostra. Não sabemos se estes riscos são directamente psicopatogénicos, mas podemos afirmar, de acordo com Balbernie (2002) que eles representam no mínimo uma probabilidade de se tornarem patogénicos, conduzindo a um resultado desenvolvimental desfavorável.

De seguida é nossa intenção caracterizar se a incidência de sintomatologia no grupo de adolescentes delinquentes de acordo com o BSI e, posteriormente, com o APS-SF, e avaliar se essa incidência é diferente de acordo com as variáveis individuais e contextuais já definidas no início deste capítulo.

2. Resultados nos instrumentos de avaliação de psicopatologia

Neste ponto 2 procurámos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação de psicopatologia entre grupos, em função das seguintes variáveis individuais: sexo, idade e características do comportamento delinvente. Posteriormente, será analisada a relação dos indicadores de sintomatologia psicopatológica com as seguintes *variáveis contextuais*: a) variáveis sócio-demográficas e familiares – nível sócio-económico (NSE) do agregado familiar, a escolaridade dos pais, estrutura do agregado familiar actual, a dimensão da família, o tamanho da fratria, o lugar do adolescente na fratria e ainda, b) indicadores de risco psicossocial, nos quais incluímos os *acontecimentos negativos na infância* (institucionalizações, separações significativas de figura parental, motivos atribuídos para as separações), eventuais problemas de comportamento na infância e os factores associados ao desempenho académico.

Para estudarmos possíveis diferenças nos resultados obtidos no Índice Geral de Sintomas psicopatológicos (BSI) em função das variáveis acima referidas, utilizámos um procedimento de comparação de médias não paramétrico⁹ (Mann-Whitney) e ainda o coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman.

⁹ Optámos por procedimentos estatísticos não paramétricos ou de distribuição livre nos pontos 2, 3 e 4 deste capítulo porque são de utilização preferível quando a dimensão dos grupos a comparar é pequena e porque nestes casos as alternativas paramétricas são muito mais sensíveis à violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias (Maxweel & Delaney, 2004; Pestana & Gageiro, 2003).

2. 1. Resultados no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

De seguida apresentamos os resultados da comparação dos valores obtidos no Índice Geral de Sintomas (IGS) pelos sujeitos da amostra do Estudo 3, de acordo com as variáveis em análise.

2.1.1. Variáveis individuais: sexo e idade

Consideradas as variáveis individuais sexo e idade, comparamos as pontuações médias obtidas no IGS entre as raparigas e os rapazes e para os dois grupos etários (12 a 14 anos e 15 a 18 anos). Os resultados do teste *de* Mann-Whitney apresentados na Tabela 79 sugerem a inexistência de diferenças entre sexos nas pontuações médias do IGS. Relativamente à idade, os resultados encontrados sugerem igualmente, ao contrário do que sucedeu com a amostra escolar (Estudo 2), a não existência de diferenças relativas à idade no relato de sintomatologia.

Tabela 79. Médias, desvios-padrão, do IGS e Mann-Whitney em função do *sexo* e da idade (n =63)

Índice Geral de Sintomas	<i>Sexo</i>					
	Masculino (N = 50)			Feminino (N = 13)		
	M	DP	M	DP	Z	p
	1.69	0.61	1.39	0.59	-1.436	0.151
	<i>Grupo etário</i>					
	12-14 Anos (n = 6)			15-18 Anos (n = 57)		
	M	DP	M	DP	Z	p
	1.65	0.60	1.55	0.69	-1.721	0.085

^aM-W= 240.5. ^b M-W = 97.5

2.1.2. Características do comportamento delinquente

Considerámos relevante analisar se os resultados obtidos no Índice Geral de Sintomas estavam associados a algumas das variáveis que caracterizam o comportamento delinquente.

Primeiramente pretendemos observar se existiam diferenças nos indicadores de sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI de acordo com a situação tutelar do adolescente – institucionalizado em Centro Educativo do Ministério da Justiça ou seguimento por Equipa de família e Menores do Instituto de Reinserção Social. Os resultados do teste de Mann-Whitney sugerem não existirem diferenças estas duas situações em termos do relato de problemas emocionais ($M-W = 354.00$, $Z = -1.269$, $p = 0.205$).

De forma a observarmos uma eventual associação entre a idade em que foi cometido o primeiro delito e o relato de problemas psicopatológicos actuais, utilizámos uma correlação não paramétrica. O coeficiente de correlação de Spearman indica a existência de uma associação baixa mas estatisticamente significativa (ao nível de 0.05) entre a *idade do primeiro delito* e os valores obtidos no IGS ($r = 0.255$, $p = 0.049$), sugerindo que o relato de sintomas psicopatológicos tende a ser mais intenso quanto mais elevada for a idade em que foi cometido o primeiro delito.

Também não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas pontuações do IGS entre os grupos caracterizados segundo as variáveis *tipo de delito cometido* ($K-W = 0.011$, $g.l. = 2$, $p = 0.995$) e *diversidade de delitos* ($K-W = 0.246$, $g.l. = 2$, $p = 0.884$).

Não foram igualmente encontrados valores estatisticamente significativos de acordo com as circunstâncias em que os delitos foram cometidos – indivíduos que praticaram os actos solitariamente, em grupo de pares ou com adultos ($K-W = 0.686$, $g.l. = 2$, $p = 0.710$), o uso ou não de violência no acto delituoso ($M-W = 345.50$, $Z = -0.962$, $p = 0.336$) e ainda, relativamente à persistência ou não do comportamento delinvente ($M-W = 433.50$, $Z = -0.821$, $p = 0.412$).

No global, os resultados das análises efectuadas sugerem como única variável associada ao IGS a idade do primeiro delito. Não sabemos se estes resultados encontrados se devem a uma falta de sensibilidade do BSI como indicador de sintomatologia nestes adolescentes, ou se, na verdade, não existe qualquer associação entre a tipologia do comportamento delinvente e a presença de psicopatologia. Importa investigar esta questão adiante, através do outro indicador de psicopatologia no adolescente – as escalas clínicas do APS-SF

2.1.3. Variáveis sócio-demográficas e familiares

Para estudarmos possíveis diferenças nos resultados obtidos no Índice Geral de Sintomas psicopatológicos (BSI) segundo os grupos categorizados em função das variáveis sócio-familiares em estudo – nível sócio-económico do agregado familiar, escolaridade dos pais¹⁰, dimensão da família, número de irmãos, lugar do adolescente na fratria, estrutura do

10 Por questões práticas de apresentação dos resultados, optámos por operacionalizar esta variável, categorizando os sujeitos segundo dois grupos – o grupo composto por adolescentes cujos pais completaram no máximo a escolaridade obrigatória (até nove anos de escolaridade) e o grupo composto pelos sujeitos cujos pais possuem dez ou mais anos de escolaridade.

agregado familiar actual, utilizámos procedimentos de comparação de médias não paramétricos.

Os resultados do teste de comparação de médias e das correlações de Spearman efectuadas para as variáveis socio-demográficas e familiares analisadas não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos caracterizados segundo as variáveis socio-demográficas e familiares relativamente à manifestação de problemas psicopatológicos (IGS). Assim, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos, quer de acordo com os anos de *escolaridade do pai* ($M-W = 254.00$, $Z = -1.287$, $p = 0.198$), como de acordo com os anos de *escolaridade da mãe* ($M-W = 332.00$, $Z = -0.452$, $p = 0.651$).

Relativamente à variável *estrutura da família*, categorizámos dois grupos – família intacta/ pais biológicos versus outro tipo de família (monoparental, de recasamento ou de avós), e obtivemos resultados igualmente não significativos no que diz respeito às pontuações no IGS ($M-W = 342.50$, $Z = -0.529$, $p = 0.597$).

Quando comparámos os valores médios do IGS, obtidos pelos grupos categorizados segundo o NSE baixo ($n = 41$) e médio/alto ($n = 22$), observámos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($M-W = 415.00$, $Z = -0.519$, $p = 0.604$). Temos de atender ao facto de que o número reduzido de sujeitos no grupo NSE médio/alto pode influir nos resultados encontrados, dificultando o poder discriminativo das análises comparativas através do BSI.

Na tabela 80 são apresentados os resultados das correlações de Spearman efectuadas entre as pontuações no IGS e as variáveis *tamanho da família*, *tamanho da fratria* e ainda, *a posição que o adolescente ocupa na fratria*. Os resultados sugerem que as pontuações no

IGS apenas se associam de forma significativa com *o lugar que o adolescente ocupa na fratria*. Numa primeira leitura, o sinal negativo do coeficiente de correlação sugere que, quanto mais novo é o adolescente na fratria mais vulnerável poderá estar para a manifestação de problemas emocionais.

Tabela 80. Correlações entre as variáveis *tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria* e os valores de IGS (n = 62)

BSI	Tamanho da família (0-7)		Tamanho da fratria (0-7)		Lugar na fratria (0-8)	
	<i>r</i>		<i>p</i>		<i>r</i>	
	<i>p</i>		<i>r</i>		<i>p</i>	
Índice Geral de Sintomas	-0.143	0.266	-0.144	0.269	-0.336	0.009**

* Correlação significativa ao nível de 0.01

Os resultados encontrados no BSI em função das variáveis aqui estudadas (e uma vez que somente o lugar que o adolescente ocupa na fratria parece estar de alguma forma associado aos valores médios de pontuação geral no BSI), levam-nos a ponderar a possibilidade de baixos recursos sócio-económicos e uma estrutura familiar de tipo monoparental, de recasamento ou de avós não estarem relacionados com a manifestação de sintomatologia psicopatológica na nossa amostra. A confirmarem-se estes resultados com uma amostra representativa da população de adolescentes abrangidos pela LTE, estes seriam discordantes com os resultados descritos na literatura (LeBlanc, 1998; Rutter et al., 1998; Farrington et al., 2001). Todavia, atendendo a que, no estudo efectuado com a amostra escolar (Estudo 2), os resultados observados parecem confirmar que a presença destes factores sócio-familiares são indicadores de risco para psicopatologia, colocamos a hipótese de limitações decorrentes do tamanho da amostra.

2.1.4. Indicadores de risco psicossocial

De seguida procederemos à análise das pontuações reportadas no IGS de acordo com as variáveis que designámos por *indicadores de risco psicossocial*. Estas variáveis foram operacionalizadas em função das informações anamnésicas obtidas junto dos técnicos do IRS sobre a existência de problemas de comportamento na infância, consumo de álcool e drogas e dos seguintes acontecimentos negativos na infância: conflitos entre os pais, relações pais-filho, separações significativas face aos pais durante a infância, maus-tratos e institucionalizações na infância e ainda, ausência de uma figura paterna no agregado familiar.

Relativamente à variável *problemas de comportamento na infância* constatamos que os resultados obtidos não sugerem diferenças com relevância estatística entre grupos nas pontuações médias do IGS ($M-W = 396.00$, $Z = -0.701$, $p = 0.483$).

Pretendemos também analisar se existem diferenças nas pontuações do IGS de acordo com as variáveis denominadas acontecimentos negativos na infância. Consoante é apresentado na tabela 81, não foram encontrados valores com significância estatística para as variáveis separações significativas, institucionalizações e maus-tratos na infância. No entanto, os adolescentes cujos pais têm uma relação conflituosa parecem apresentar um índice de sintomas psicopatológicos significativamente superior ao dos adolescentes cujos pais não apresentam conflitos aparentes.

Dividimos o grupo de adolescentes delinquentes de acordo com a presença versus ausência de uma figura paterna no agregado familiar, de forma a compará-los relativamente aos valores médios das pontuações obtidas no IGS. Como podemos verificar na Tabela 81,

embora se observe uma tendência para os indivíduos do grupo com ausência de figura paterna apresentarem em média, valores superiores no IGS, as diferenças não alcançam significância estatística.

É também nossa intenção analisar eventuais diferenças nos indicadores de psicopatologia medidos pelo IGS, de acordo com as seguintes variáveis: disciplina parental, aparente conflito na relação mãe-filho(a) e aparente conflito na relação pai-filho (a). A Tabela 82 apresenta as médias, os desvios-padrão e os resultados do Mann-Whitney referentes às comparações entre os grupos de acordo com estas variáveis em análise.

No que diz respeito ao relato de problemas emocionais no IGS, os sujeitos cujos pais parecem não adoptar qualquer atitude educativa de cariz disciplinar tendem a apresentar valores médios mais elevados de sintomas psicopatológicos, embora as diferenças entre os grupos não sejam estatisticamente significativas. No que se refere às informações fornecidas pelos técnicos relativas à existência de eventuais conflitos relacionais pai-filho e mãe-filho, não foram encontradas diferenças com significância estatística entre os grupos.

Tabela 81. Médias, desvios-padrão do IGS e teste Mann-Whitney em função dos acontecimentos negativos na infância

IGS	Separações significativas de figuras parentais ¹¹ (n = 63)					
	Sim (n =14)			Não (n =49)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.64	0.66		1.62	0.61	-0.306
	História de maus-tratos (n = 60)					
	Sim (n =14)			Não (n = 46)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.87	0.62		1.58	1.87	-1.530
	Institucionalizações (n = 62)					
	Sim (n =10)			Não (n = 52)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.79	0.73		1.60	0.60	-0.507
	Conflitos entre os pais (n = 41)					
	Sim (n =14)			Não (n =27)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.92	0.58		1.46	0.62	-2.434
	Ausência de figura paterna (n = 62)					
	Sim (n =23)			Não (n =39)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.81	0.60		1.52	0.61	-1.946

* $p < 0.05$

Tabela 82. Médias, desvios-padrão do IGS e teste Mann-Whitney em função das variáveis disciplina parental e conflitos pai/mãe – filho

IGS	Disciplina parental (n = 50)					
	Sim (n =21)			Não (n = 29)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.44	0.63		1.79	0.60	-1.907
	Conflito mãe-filho (n = 44)					
	Sim (n = 9)			Não (n = 35)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.92	0.62		1.55	0.62	-1.645
	Conflito pai-filho (n = 41)					
	Sim (n =16)			Não (n = 25)		
	M	DP		M	DP	Z
	1.79	0.66		1.48	0.53	-1.230

11 Atendeu-se a períodos superiores a um mês, por motivos relevantes: os pais divorciaram-se, um dos pais ou ambos emigraram, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos ou maus-tratos, consoante a categorização disposta na variável motivos de separação.

2.1.5. Indicadores de comportamento desviante familiar

Pretendemos observar se existem diferenças no Índice Geral de Sintomas entre os dois grupos formados segundo a presença ou a ausência dos seguintes indicadores de comportamento desviante familiar: antecedentes criminais parentais, comportamento delinvente de irmãos, toxicodependência de pais, alcoolismo de pais.

Os resultados das análises efectuadas não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à manifestação de problemas psicopatológicos (IGS): antecedentes criminais parentais ($M-W = 89.0$, $Z = -1.157$, $p = 0.262$), comportamento delinvente de irmãos ($M-W = 233.5$, $Z = -1.100$, $p = 0.271$), toxicodependência de pais ($M-W = 126.0$, $Z = -0.992$, $p = 0.335$) e, alcoolismo de pais ($M-W = 176.0$, $Z = -0.792$, $p = 0.428$).

2.1.6. Factores académicos

Neste ponto pretendemos analisar eventuais factores de risco versus factores protectores relativos à inserção escolar/ académica do adolescente. Considerámos à priori como sendo factores de risco, o número de retenções escolares, a existência de dificuldades de aprendizagem, a abstenção escolar e o abandono escolar. Considerámos ainda como factores protectores face ao desempenho académico a existência de motivação para a escola.

A análise de correlação efectuada entre o número de retenções escolares e o relato de sintomas psicopatológicos no IGS não mostrou resultados significativos ($r = 0.037$, $p = 0.778$). De igual forma, não foram encontradas diferenças entre os grupos categorizados de

acordo com os restantes factores académicos analisados: motivação para a escola ($M-W = 370.5$, $Z = -0.836$, $p = 0.403$), dificuldades de aprendizagem ($M-W = 345.0$, $Z = -1.158$, $p = 0.247$), abstenção escolar ($M-W = 337.5$, $Z = -0.690$, $p = 0.490$) e abandono escolar ($M-W = 321.0$, $Z = -1.649$, $p = 0.099$).

Devemos realçar que, devido ao tamanho dos grupos e tendo em consideração a pouca exaustividade do BSI na triagem de problemas emocionais, devemos prosseguir a confirmação destas análises com o APS-SF, de forma a corroborarmos se estes resultados reflectem dificuldades inerentes à avaliação de indicadores de psicopatologia ou se, de facto, a presença destes factores, considerados de risco na literatura (e.g., Barnoski, 1997c, 1998, 2004), não estão associadas à manifestação de psicopatologia nestes adolescentes.

2.2. Resultados na Escala de Psicopatologia do Adolescente

Num primeiro momento, é nossa intenção descrever a amostra dos adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça em termos dos níveis de severidade clínica de psicopatologia obtidos na Escala de Psicopatologia do Adolescente (APS-SF). O cálculo das pontuações no grupo delinvente foi efectuado com base nas notas padronizadas obtidas na amostra de validação, segundo o sexo e o grupo etário dos sujeitos da amostra.

2.2.1. Distribuição percentual dos adolescentes delinquentes segundo os Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia da escala APS-SF.

Na Tabela 83 apresentamos os índices de perturbação psicopatológica relativos a cada uma das escalas da APS-SF em termos da distribuição de frequência da amostra delinvente (n=63) pelos Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia. Verificamos que as percentagens de manifestação de sintomatologia tendem a ser menores com a gravidade da mesma. Nalgumas escalas (PO, AS, PAG, PPST, PAC e PIP), não foram reportados níveis de severidade clínica grave. Também observamos que a escala de Perturbação do Comportamento surge com um somatório de pontos percentuais de severidade clínica acima do nível *Normal* (31.7 %), seguindo-se as escalas Perturbação Pós-Stress Traumático (30.2%), Tendência para o Suicídio (23.9%) e Propensão à Ira e à Violência (19.1%).

Comparando estes valores com os obtidos nos adolescentes da amostra escolar (Estudo 2)¹², salientam-se as percentagens marcadamente superiores no grupo delinvente nas referidas escalas. Nomeadamente, na escala Perturbação do Comportamento, o somatório de pontuações de nível subclínico ou clínico é superior em 17.2 pontos percentuais nos adolescentes abrangidos pela LTE; o somatório das pontuações clínicas na escala Perturbação Pós-Stress Traumático superam as pontuações de nível clínico obtidas na amostra escolar em 11.5 pontos percentuais; na escala Tendência para o Suicídio a diferença encontrada foi de 11.9 pontos e na escala Propensão à Ira e à Violência a diferença encontrada entre os dois grupos é de 6 pontos percentuais.

¹² Ver Capítulo 7, Tabela 31.

Lembrando as indicações de Reynolds (2000) relativamente ao significado clínico que deve ser atribuído a estas escalas, estes resultados, embora não possam ser considerados de forma inferencial, sugerem que a amostra delinvente pode apresentar mais problemas de foro psicopatológico ao nível destas características, os quais deveriam ser analisados. Pensamos que o estudo das Perturbações Perturbação de Stress Pós-Stress Traumático e da Tendência para o Suicídio são particularmente relevantes, por implicarem riscos quer em termos de sofrimento psíquico, quer em termos de uma propensão para o suicídio ou para equivalentes suicidários (a procura de situações com risco de vida pelo adolescente).

Considerando os estudos que encontraram em adolescentes delinquentes níveis de sintomatologia psicopatológica muito superiores aos da população geral da mesma faixa etária (Bickel & Campbel, 2002; Robertson et al., 2004), pensamos ter de reflectir na necessidade de estudos mais exaustivos neste âmbito.

Uma outra questão diz respeito aos resultados obtidos na escala Problemas Académicos: se a percentagem de problemas académicos na amostra observada no ponto 1 deste capítulo, nomeadamente, o número de retenções, a motivação para a escola, as abstenções escolares e o abandono escolar, fariam supor pontuações elevadas na escala PA, a verdade é que tal não se verifica. Dado que a escala PA avalia sumariamente dificuldades em lidar com as exigências académicas, distração e dificuldades de concentração e ainda possíveis problemas de comportamento na escola, os resultados sugerem que no presente, os adolescentes não apresentam, no global este tipo de dificuldades. Pensamos que tal se fica a dever à percentagem de adolescentes da amostra que estão actualmente a cumprir medidas tutelares, as quais passam habitualmente pelo delineamento de um projecto

educativo (integração escolar e / ou profissional) a ser cumprido. Relembramos que, destes adolescentes, 33% encontram-se a cumprir medida de internamento em centros educativos do IRS, nos quais a formação académica é um projecto prioritário na formação destes menores, pelo que os incentivos ao envolvimento escolar e o delineamento de projectos educativos individualizados (isto é, que correspondam aos perfis individuais) destes adolescentes poderão funcionar como protectores de problemas académicos actuais. No entanto, esta questão merece no futuro uma análise mais aprofundada.

Com vista a uma melhor visualização dos resultados obtidos, as Figuras 4 a 15 ilustram os resultados obtidos nas escalas do APS-SF com a amostra delinvente de acordo com a classificação em Níveis de Severidade Clínica.

Tabela 83. Distribuição de frequência segundo os Níveis de Severidade Clínica na amostra delinvente (n = 63)

Escala Clínica do APS-SF	Níveis de Severidade Clínica ¹³									
	Normal ^a		Subclínico ^b		Clínico ligeiro ^c		Clínico Moderado ^d		Clínico grave ^e	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perturbação do Comportamento (PC)	39	61.9	5	7.9	6	9.5	7	11.1	2	3.2
Perturbação de Oposição (PO)	50	79.4	8	12.7	3	4.8	2	3.2	0	0.0
Problemas Acadêmicos (PA)	49	77.8	7	11.1	4	6.3	1	1.6	1	1.6
Abuso de Substâncias (AS)	54	85.7	3	4.8	2	3.2	1	1.6	0	0.0
Propensão à Ira /Violência (PIV)	47	74.6	3	4.8	1	1.6	5	7.9	3	4.8
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	47	74.6	5	7.9	2	3.2	1	1.6	0	0.0
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	41	65.1	11	17.5	6	9.5	2	3.2	0	0.0
Depressão Major (DEP)	50	79.4	7	11.1	2	3.2	1	1.6	2	3.2
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	48	76.2	3	4.8	5	7.9	5	7.9	2	3.2
Tendência para o Suicídio (SUI)	48	76.2	7	11.1	3	4.8	2	3.2	3	4.8
Problemas de Auto-conceito (PAC)	55	87.3	4	6.3	1	1.6	2	3.2	0	0.0
Problemas Interpessoais (PIP)	48	76.2	3	4.8	5	7.9	3	4.8	0	0.0

Nota: *missings* por Escala – PC (4), PO (1), PA (1), AS (3), PIV (4), PAG (8), PPST (3), DEP (1), PAC (1) e PIP (4).

13 ^a Nível normal - Nota T < 60, DP < 1.00; ^b Nível de sintomas subclínico - Nota T entre 60 e 64, DP entre 1.00 e 1.49; ^c Nível de sintomas clínico ligeiro - Nota T entre 65 e 69, DP entre 1.50 e 1.99; ^d Nível de sintomas clínico moderado: Nota T entre 70 a 79, DP entre 2.00 e 2.99 e, ^e Nível de sintomas clínico grave: Nota T ≥ 80, DP ≥ 3.00.

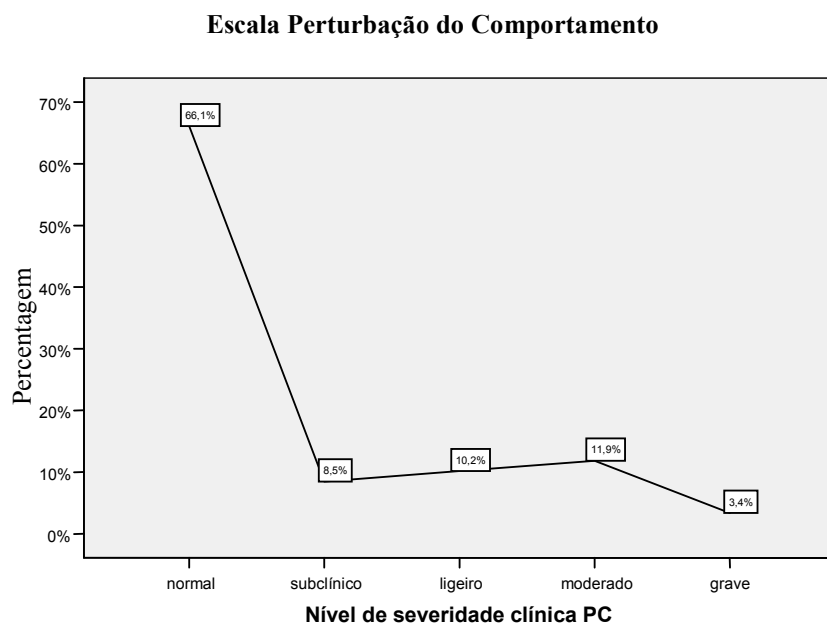


Figura 4 – Níveis de severidade clínica na escala PC

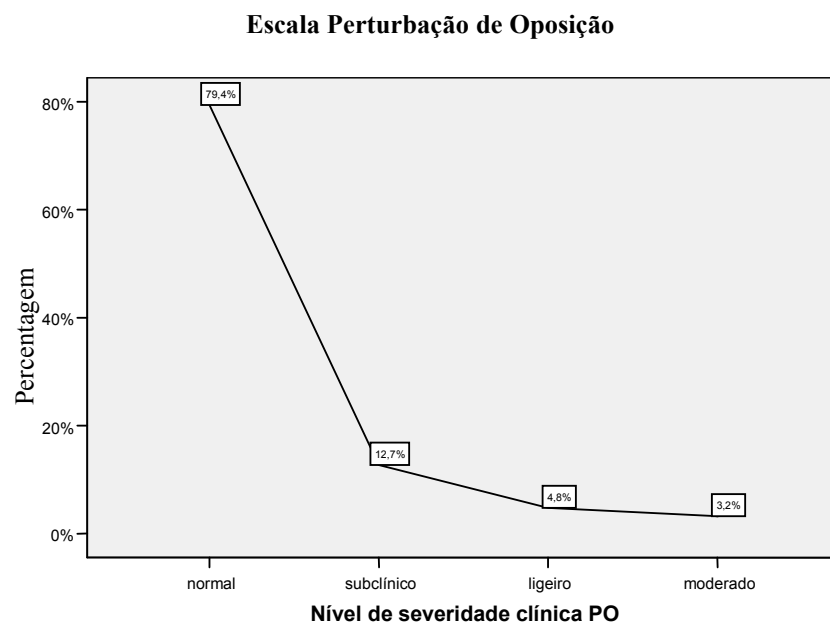


Figura 5 – Níveis de severidade clínica na escala PO

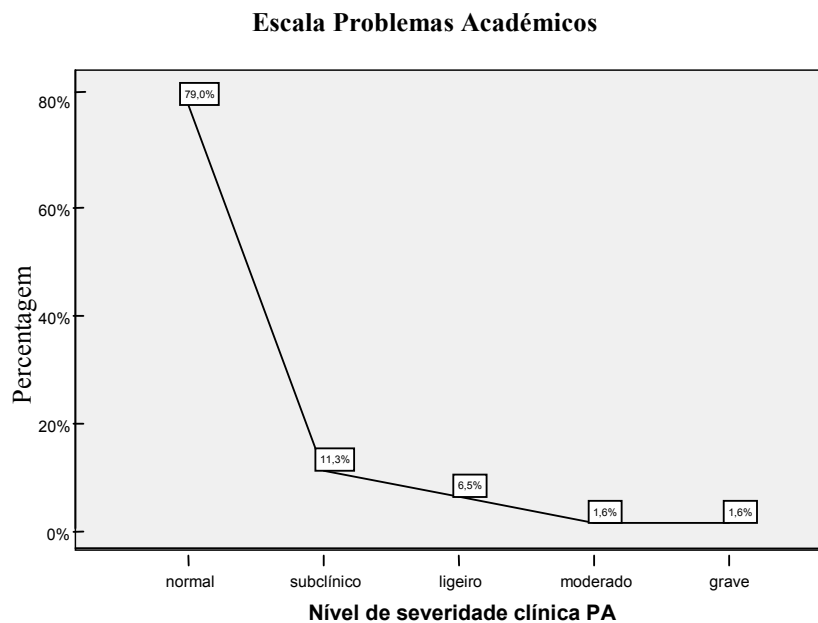


Figura 6 – Níveis de severidade clínica na escala PA

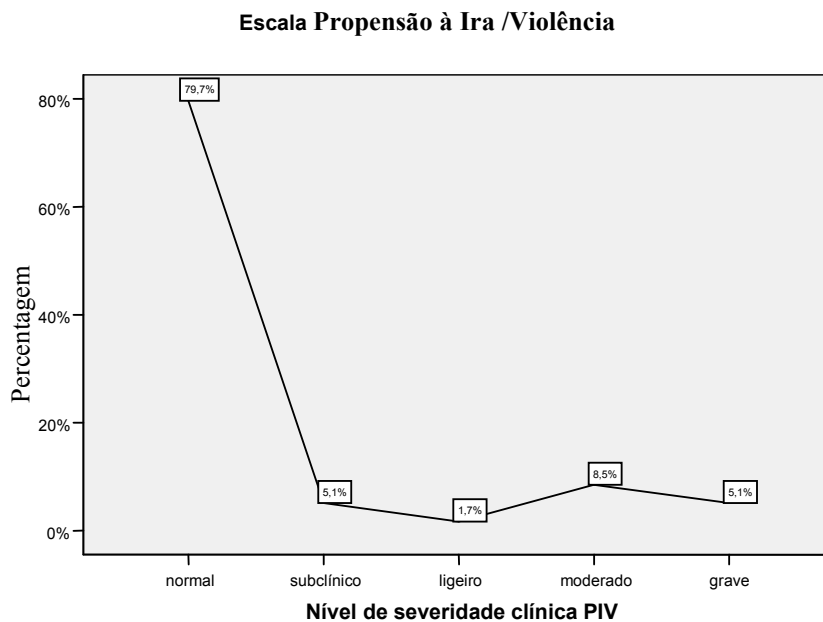


Figura 7 – Níveis de severidade clínica na escala PIV

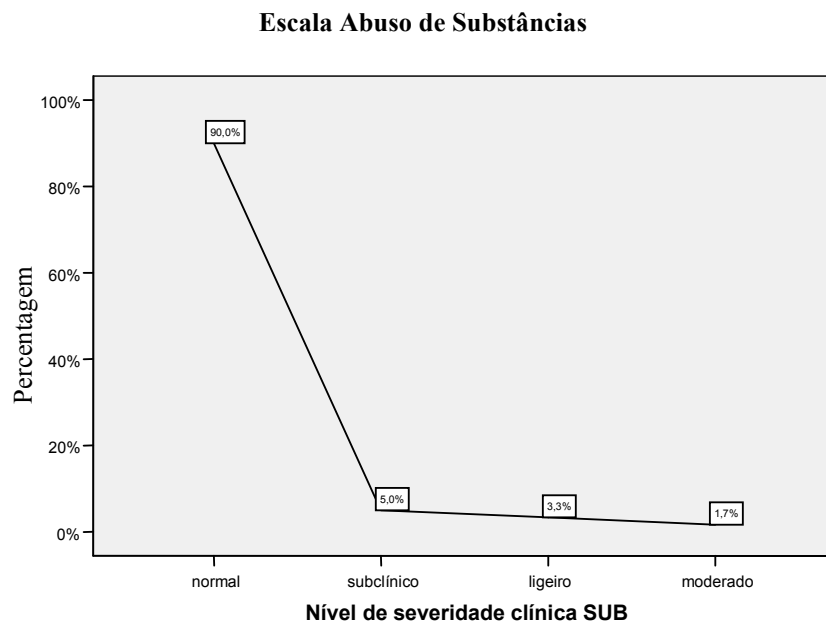


Figura 8 – Níveis de severidade clínica na escala AS

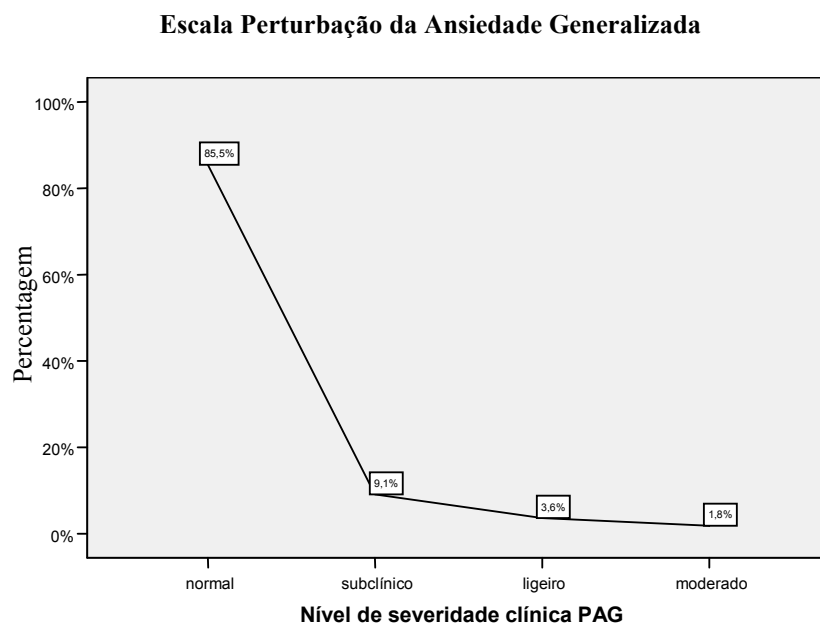


Figura 9 – Níveis de severidade clínica na escala PAG

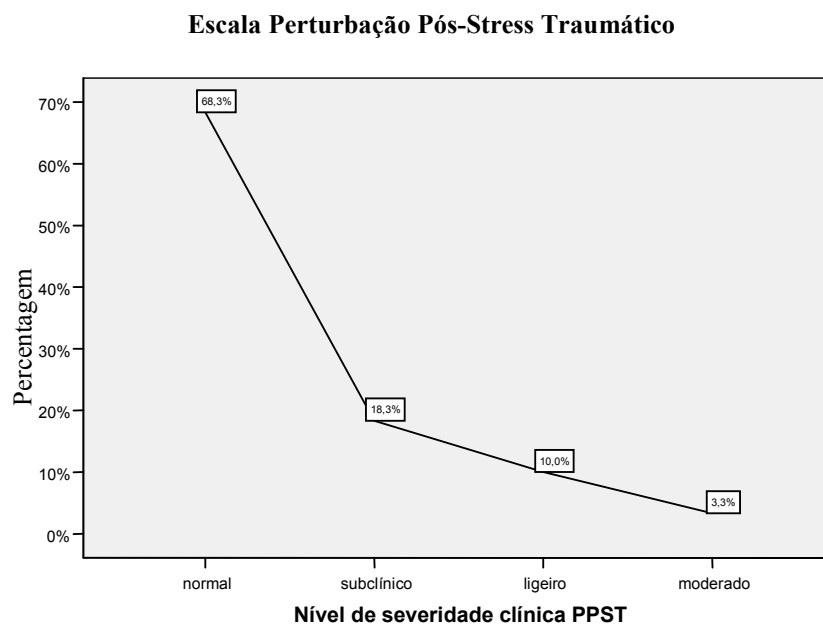


Figura 10 – Níveis de severidade clínica na escala PPST

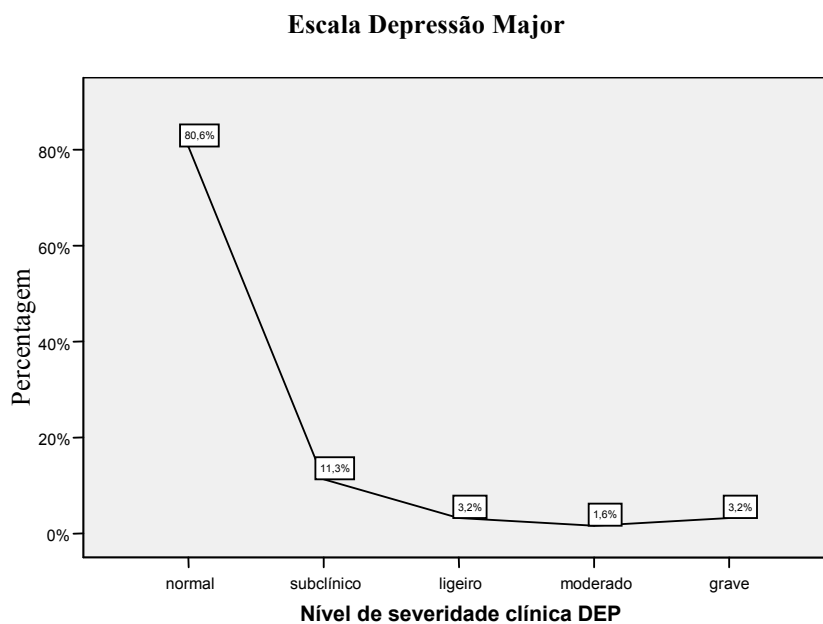


Figura 11 – Níveis de severidade clínica na escala DEP

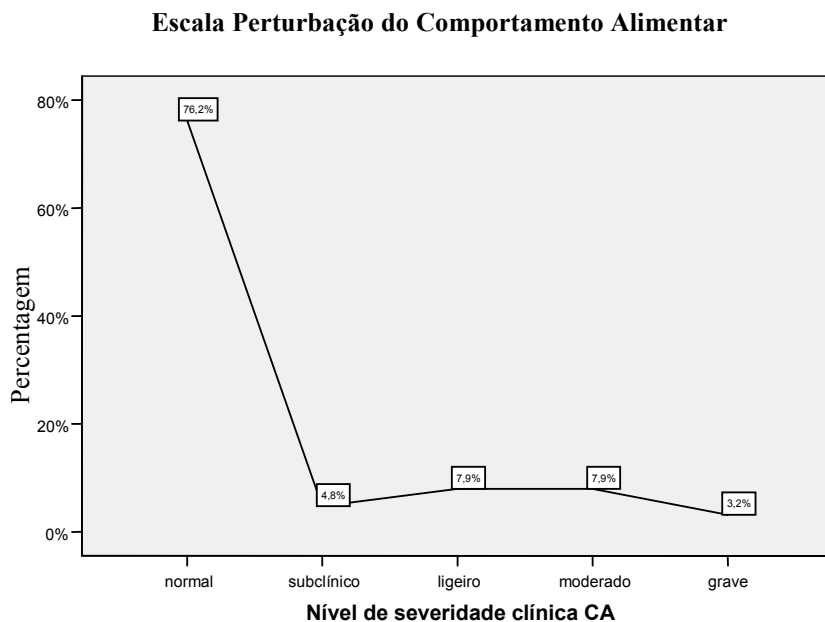


Figura 12 – Níveis de severidade clínica na escala CA

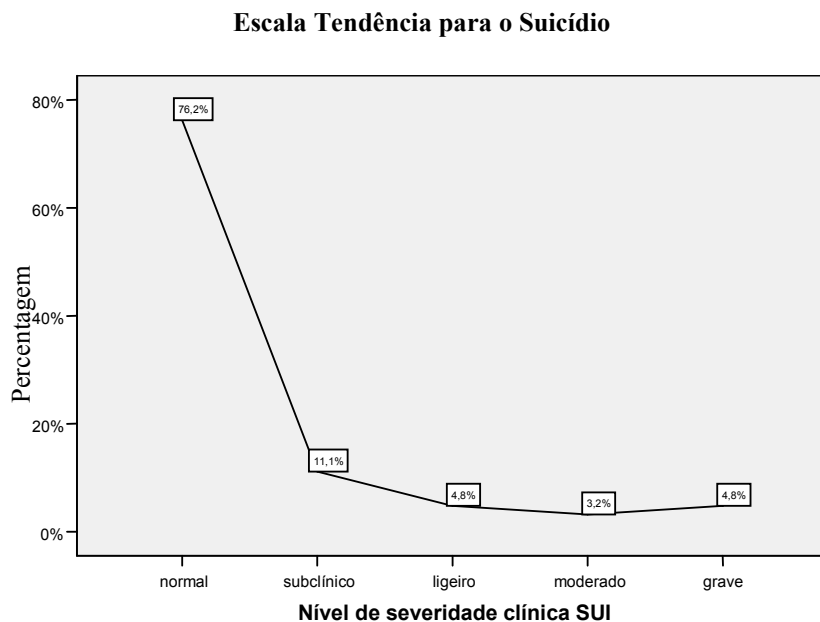


Figura 13 – Níveis de severidade clínica na escala SUI

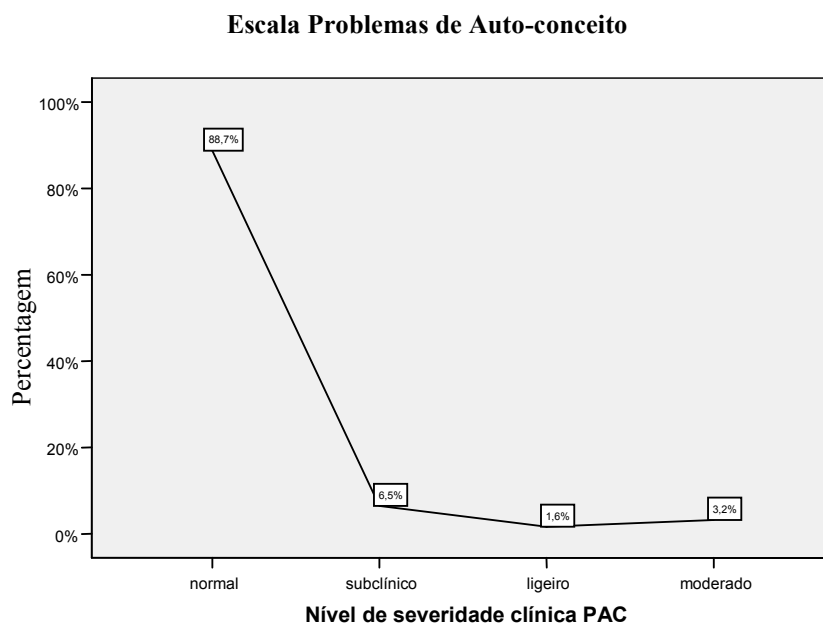


Figura 14 – Níveis de severidade clínica na escala PAC

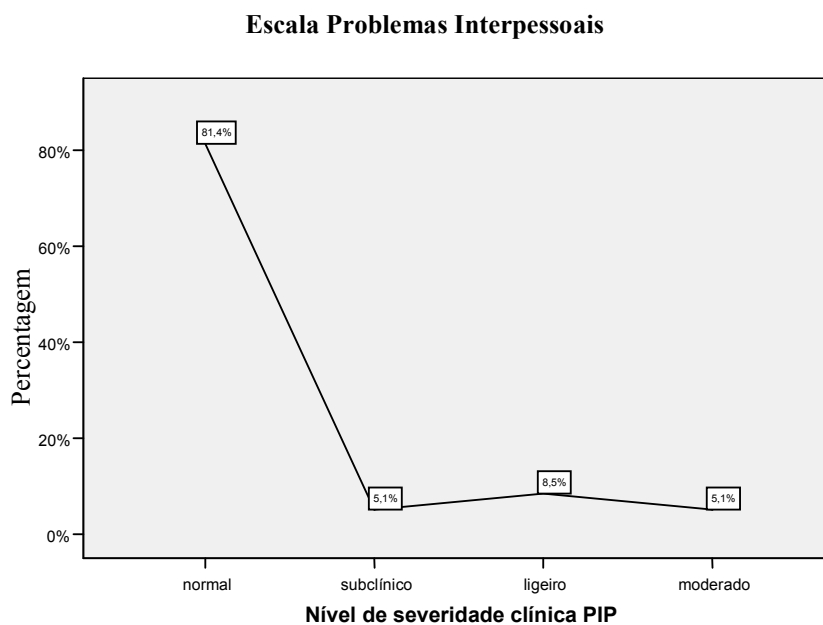


Figura 15 – Níveis de severidade clínica na escala PIP

2.2.2. Diferenças entre grupos em função de variáveis individuais: sexo e idade

Na Tabela 84 apresentamos as médias, os desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e os resultados do teste de Mann-Whitney em função do sexo dos adolescentes.

Os resultados obtidos sugerem a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes na maioria dos indicadores de psicopatologia, com excepção dos resultados encontrados para a escala PO, sugerindo que, comparativamente aos rapazes, as raparigas da amostra delinvente tendem a reportar em média mais problemas comportamentais associados à Perturbação de Oposição¹⁴. Uma vez que o número de estudos sobre o comportamento anti-social em raparigas é escasso (Vermeiren, 2003), teria o maior interesse que esta questão fosse objecto de futuras investigações.

Pretendemos ainda conhecer se existem diferenças relativas à variável idade. Para tal, procedemos a comparação dos valores médios obtidos nas escalas do APS-SF entre os dois grupos etários 12-14 anos e 15-18 anos. Como se pode observar na tabela 85, não foram encontradas diferenças com magnitude estatística no relato de psicopatologia segundo a idade. De referir que quer o tamanho do grupo das raparigas ($n = 13$), quer o tamanho do grupo etário dos 12 a 14 anos ($n = 6$) deverá ter interferido nesta incidência de resultados nulos em termos estatísticos.

¹⁴ Relembramos que os critérios para o diagnóstico de P.O. incluem pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: a) encoleriza-se com frequência, b) discute com os adultos, c) desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos, d) importuna deliberadamente as outras pessoas; e) culpa os outros pelo seu comportamento, f) é frequentemente molestado pelos outros; g) é frequentemente rancoroso e vingativo.

Tabela 84. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste de Mann-Whitney em função do *sexo* (n = 63)

Escalas Clínicas do APS-SF	Masculino (n = 50)		Feminino (n = 13)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	54.69	14.08	62.45	24.40	-0.972	0.331
Perturbação de Oposição (PO)	49.30	9.39	56.12	10.99	-2.039	0.041*
Abuso de Substâncias (AS)	49.53	7.41	56.23	26.48	-0.154	0.878
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.37	10.19	61.01	18.29	-1.617	0.106
Problemas Acadêmicos (PA)	48.91	10.26	54.84	13.56	-1.344	0.179
Perturb. Ans. Generalizada (PAG)	48.84	9.52	53.55	14.34	-1.531	0.126
Pert. Pós-Stress Traumático (PPST)	50.82	10.80	54.96	10.18	-1.089	0.276
Depressão Major (DEP)	49.55	9.99	54.90	14.70	-1.106	0.269
Comportamento Alimentar (PCA)	52.76	13.21	51.77	11.59	-0.574	0.566
Tendência para o Suicídio (SUI)	50.28	9.34	57.89	18.19	-0.178	0.859
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.64	9.61	49.38	10.58	-0.170	0.865
Problemas Interpessoais (PIP)	50.35	10.04	53.78	10.00	-1.191	0.234

* $p < 0.05$

Tabela 85. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste de Mann-Whitney em função do grupo etário (n = 63)

Escala Clínica do <i>APS-SF</i>	Idade				Z	p
	12-14 (n = 6)		15-18 (n =57)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	58.08	21.02	56.10	16.50	-0.188	0.864
Perturbação de Oposição (PO)	46.71	8.64	51.13	10.15	-0.988	0.323
Abuso de Substâncias (AS)	46.73	3.10	51.35	14.27	-0.588	0.575
Propensão à Ira /Violência (PIV)	48.88	12.95	52.95	12.92	-0.751	0.470
Problemas Acadêmicos (PA)	46.85	5.13	50.48	11.59	-0.563	0.591
Pert. Ansiedade Generalizada (PAG)	45.84	8.96	50.23	10.89	-0.962	0.352
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	45.50	7.71	52.32	10.85	-1.361	0.183
Depressão Major (DEP)	45.29	6.75	51.22	11.46	-1.055	0.306
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	48.56	9.26	52.98	13.12	-1.702	0.100
Tendência para o Suicídio (SUI)	50.86	10.84	51.95	12.13	-1.694	0.110
Problemas de Auto-conceito (PAC)	47.86	10.36	48.89	9.76	-0.446	0.672
Problemas Interpessoais (PIP)	45.77	5.08	51.62	10.30	-1.150	0.263

2.2.3. Diferenças entre grupos nas pontuações das escalas do APS-SF segundo a situação tutelar do adolescente – institucionalizado versus não institucionalizado

Interessa-nos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas clínicas do APS-SF entre os dois subgrupos – institucionalizado (em Colégio de Reinserção Social) e não institucionalizado (em acompanhamento por equipa de Família e Menores do IRS), utilizamos procedimentos de comparação de médias não paramétricos para amostras independentes.

Como podemos observar na Tabela 86, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas escalas Perturbação de Oposição (PO), Propensão à Ira /Violência (PIV), Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), Depressão Major (DEP), Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) e Problemas Interpessoais (PIP).

Os resultados obtidos sugerem que os adolescentes internados nos dois Colégios de Reinserção Social do Ministério da Justiça que participaram no Estudo 3 tendem a apresentar índices de sintomas superiores nas Escalas Perturbação de Oposição, Propensão à Ira/Violência, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Perturbações do Comportamento Alimentar e Problemas Interpessoais, comparativamente com os adolescentes que são seguidos ambulatoriamente pelas equipas de Família e Menores do IRS.

Tabela 86. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da *situação tutelar* (n = 63)

Escalas Clínicas do APS-SF	Centro Educativo do IRS (n = 21)		Equipa F.M. do IRS (n = 42)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	57.08	18.09	55.89	16.32	-0.366	0.714
Perturbação de Oposição (PO)	54.65	9.98	48.74	9.58	-2.175	0.030*
Abuso de Substâncias (AS)	53.58	21.83	49.58	6.64	-0.534	0.593
Propensão à Ira /Violência (PIV)	58.10	14.55	49.80	11.13	-2.390	0.017*
Problemas Académicos (PA)	52.37	13.96	49.01	9.46	-0.891	0.373
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	55.27	9.98	47.08	10.14	-2.812	0.005**
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	58.69	8.69	48.16	9.97	-3.529	0.000***
Depressão Major (DEP)	57.02	10.49	47.48	10.24	-3.234	0.001**
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	60.44	17.21	48.62	7.48	-2.545	0.011*
Tendência para o Suicídio (SUI)	55.25	14.35	50.15	10.30	-1.123	0.261
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.54	9.27	48.42	10.05	-0.606	0.544
Problemas Interpessoais (PIP)	56.23	8.76	48.47	9.73	-3.155	0.002**

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Podemos assim inferir que os adolescentes institucionalizados tendem a experienciar mais problemas de saúde mental que os não institucionalizados. Estes resultados apontam no sentido das conclusões de estudos que encontraram um maior índice de desordens psicopatológicas e uma maior comorbilidade entre ansiedade e depressão nos delinquentes juvenis em situação de internamento, comparativamente com aqueles que não são submetidos a uma medida de internamento (Robertson et al., 2004; Vermeiren, 2003). Duas hipóteses se colocam: os problemas de saúde mental são precipitados pelo contexto de institucionalização ou, por outro lado, a psicopatologia destes jovens propicia a uma maior gravidade na tipologia e percurso delincente, o que explicaria o maior número de

perturbações encontradas nestes adolescentes. As limitações já referidas ao nível do desenho transversal deste estudo e ainda a dimensão da amostra impede que possamos responder a esta questão.

2.2.4. Características do comportamento delinquente

De forma a analisarmos possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas da APS-SF segundo os grupos classificados em função das variáveis que caracterizam o comportamento delinquente – idade do primeiro delito, tipo de delito cometido, diversidade de delitos, circunstâncias dos delitos cometidos, persistência do comportamento delinquente e uso de violência, efectuámos procedimentos de comparação de médias Mann-Whitney e testes de correlação de Spearman.

Ao contrário do que observámos relativamente ao indicador de perturbação emocional do BSI, em que foi encontrada uma associação significativa e moderada entre a idade do primeiro delito e o IGS, os coeficientes de correlação de Spearman sugerem agora a não existência de associações com magnitude estatística entre a variável *idade do primeiro delito* e os indicadores de psicopatologia no APS-SF (Tabela 87).

Tabela 87. Correlação de Spearman entre as escalas do APS-SF e idade do primeiro delito (n = 63)

Escalas clínicas do APS-SF	Idade do primeiro delito (5-16 anos)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Perturbação do Comportamento (PC)	-0.018	0.891
Perturbação de Oposição (PO)	0.018	0.893
Abuso de Substâncias (AS)	-0.036	0.782
Propensão à Ira /Violência (PIV)	0.131	0.320
Problemas Académicos (PA)	0.033	0.801
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	0.151	0.250
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	0.021	0.875
Depressão Major (DEP)	0.203	0.119
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	-0.019	0.884
Tendência para o Suicídio (SUI)	0.109	0.407
Problemas de Auto-conceito (PAC)	0.200	0.126
Problemas Interpessoais (PIP)	0.111	0.398

Para observarmos possíveis diferenças entre os grupos definidos segundo *o tipo de delitos praticados*, e atendendo ao reduzido tamanho da sub-amostra que constitui os adolescentes que cometeram infracções ao Código de Estrada, optámos por categorizar os grupos segundo dois tipos de delitos – aqueles praticados contra as pessoas e um outro grupo que inclui os adolescentes que praticaram delitos contra o Património e Código de Estrada. Consoante é apresentado na Tabela 88, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas sómente nas pontuações da Escala Problemas Interpessoais entre estes dois grupos, sugerindo que os adolescentes que cometeram delitos *contra pessoas* tendem a apresentar mais problemas nesta esfera de funcionamento.

Tabela 88. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do tipo de delitos cometidos (n = 63)

Escala clínica do APS-SF	Tipo de delitos				Z	p
	Contra pessoas (n = 21)		Outro tipo (n = 42)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	61.06	20.46	53.90	14.31	-1.434	0.151
Perturbação de Oposição (PO)	54.30	11.44	48.92	8.87	-1.699	0.089
Abuso de Substâncias (AS)	53.33	21.08	49.70	7.80	-0.022	0.982
Propensão à Ira /Violência (PIV)	57.11	15.66	50.29	10.72	-1.644	0.100
Problemas Acadêmicos (PA)	52.93	14.87	48.73	8.63	-0.942	0.346
Perturbação Ansiedade Generalizada (PAG)	52.02	11.50	48.71	10.29	-1.453	0.146
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	53.75	11.27	50.63	10.43	-1.111	0.267
Depressão Major (DEP)	52.07	12.63	49.95	10.50	-0.453	0.651
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	48.92	8.99	54.38	14.09	-1.306	0.192
Tendência para o Suicídio (SUI)	52.03	13.91	51.76	11.01	-0.512	0.609
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.03	10.10	49.18	9.65	-0.526	0.599
Problemas Interpessoais (PIP)	54.70	9.79	49.24	9.79	-2.126	0.034*

* $p < 0.05$

Relativamente às *circunstâncias em que os delitos* foram cometidos, porque eram apenas dois os sujeitos da amostra que tinham cometido delitos com adultos, optámos por comparar apenas dois subgrupos: um referente ao cometimento de delitos em grupo de pares e o outro composto pelos adolescentes que cometeram os delitos sozinhos. Os resultados do teste sugerem a existência de diferenças entre os dois grupos, embora com baixa magnitude ($p = 0.05$), apenas na escala Depressão Major. Este indicador de perturbação depressiva parece estar associado ao cometimento de delitos em grupo de pares (Tabela 89).

Tabela 89. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das circunstâncias dos delitos praticados (n = 60)

Escala	Circunstâncias dos delitos					
	Só (n = 10)		Com pares (n = 50)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	52.47	17.05	56.86	17.25	-0.946	0.344
Perturbação de Oposição (PO)	46.99	9.63	51.12	10.01	-1.266	0.206
Abuso de Substâncias (AS)	49.37	7.48	51.08	14.79	-0.080	0.937
Propensão à Ira /Violência (PIV)	51.22	13.90	52.79	13.11	-0.666	0.506
Problemas Acadêmicos (PA)	44.71	11.72	50.92	10.98	-1.748	0.080
Perturbação Ansiedade Generalizada (PAG)	47.69	13.47	50.21	10.42	-0.795	0.427
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	48.10	10.81	52.34	10.61	-1.243	0.214
Depressão Major (DEP)	46.10	12.61	51.43	10.39	-1.957	0.050*
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	54.03	12.23	52.53	13.30	-0.769	0.442
Tendência para o Suicídio (SUI)	52.36	16.38	51.74	11.17	-0.207	0.836
Problemas de Auto-conceito (PAC)	47.40	11.47	49.31	9.38	-0.775	0.438
Problemas Interpessoais (PIP)	50.39	10.57	51.23	9.72	-0.248	0.804

* $p = 0.05$

De seguida fomos comparar se os indicadores de sintomas psicopatológicos poderiam estar associados ao comportamento criminal violento. Consoante indica a tabela 90, não foram encontrados resultados com significância estatística referentes às pontuações nas escalas do APS-SF que permitam sugerir diferenças nos índices de psicopatologia atribuíveis aos dois grupos categorizados de acordo com o uso ou não de violência associada ao comportamento delitivo.

Tabela 90. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da variável *uso de violência* (n = 63)

Escalas clínicas do APS-SF	Actos delinquentes com violência					
	Sim (n = 21)		Não (n = 42)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	59.19	18.46	54.84	15.93	-1.178	0.239
Perturbação de Oposição (PO)	52.81	11.54	49.66	9.17	-0.798	0.425
Abuso de Substâncias (AS)	53.21	21.10	49.76	7.80	-0.059	0.953
Propensão à Ira /Violência (PIV)	54.79	14.87	51.45	11.78	-0.702	0.483
Problemas Acadêmicos (PA)	51.13	15.19	49.63	8.67	-0.080	0.936
Perturbação Ansiedade Generalizada (PAG)	50.06	11.64	49.69	10.40	-0.438	0.661
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	53.17	11.02	50.92	10.64	-0.840	0.401
Depressão Major (DEP)	50.84	10.39	50.57	11.71	-0.234	0.815
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	48.60	8.82	54.53	14.08	-1.403	0.161
Tendência para o Suicídio (SUI)	50.15	11.24	52.70	12.32	-0.864	0.388
Problemas de Auto-conceito (PAC)	47.83	9.77	49.28	9.80	-0.658	0.511
Problemas Interpessoais (PIP)	52.83	9.23	50.17	10.43	-1.242	0.214

No entanto, a persistência de comportamento delinquente parece estar significativamente associada a um maior índice de sintomas psicopatológicos nas perturbações de tipo interiorizado PPST e PCA (Tabela 91). Observamos ainda que, embora sem significância estatística, os indicadores de perturbação exteriorizada do comportamento avaliados pelas escalas PO e AS e ainda as escalas PIV e PIP, associadas a uma dimensão interiorizada de manifestação de psicopatologia, são tendencialmente mais elevados no grupo que apresenta persistência do comportamento delinquente, sugerindo uma maior presença de perturbações problemas psicopatológicos nos adolescentes com tendência para persistirem num percurso delinquente.

Tabela 91. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da variável *persistência do comportamento delinquente* (n = 63)

Escalas clínicas do APS-SF	Persistência do comportamento delinquente					
	Sim (n = 29)		Não (n = 34)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	59.94	19.02	53.17	14.18	-1.405	0.160
Perturbação de Oposição (PO)	53.54	10.96	48.30	8.62	-1.835	0.066
Abuso de Substâncias (AS)	54.54	18.68	47.82	5.76	-1.731	0.083
Propensão à Ira /Violência (PIV)	55.61	13.60	49.97	11.80	-1.845	0.065
Problemas Académicos (PA)	52.63	12.93	48.00	9.06	-1.485	0.137
Perturbação Ansiedade Generalizada (PAG)	52.65	10.30	47.39	10.65	-1.575	0.115
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	54.76	10.36	49.04	10.48	-2.122	0.034*
Depressão Major (DEP)	53.15	13.03	48.53	9.03	-1.229	0.219
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	57.69	15.35	48.18	8.09	-2.844	0.004**
Tendência para o Suicídio (SUI)	54.24	15.08	49.81	8.09	-1.236	0.216
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.87	10.09	47.88	9.47	-0.574	0.566
Problemas Interpessoais (PIP)	53.92	11.15	48.62	8.43	-1.865	0.062

2.2.5. Variáveis sócio-demográficas e familiares

De forma a percebermos se existem diferenças nos valores obtidos nas escalas do APS-SF segundo os grupos categorizados em função das variáveis sócio-familiares em estudo - escolaridade dos pais, estrutura do agregado familiar actual (família intacta, família monoparental, família de recasamento, outro tipo de família), nível sócio-económico (NSE) do agregado familiar, dimensão da família, número de irmãos e posição do adolescente na fratria - utilizámos procedimentos de comparação de médias não paramétricos (teste de Mann-Whitney) e ainda o teste de correlações não paramétricas de Spearman.

Não foram encontradas diferenças significativas nos valores médios reportados nas escalas clínicas do APS-SF entre os grupos categorizados em função da escolaridade

paterna, sugerindo à partida que estas variáveis não estão associados ao relato de perturbações psicopatológicas nos adolescentes da nossa amostra (Tabela 92).

Relativamente à variável escolaridade materna, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na escala Abuso de Substâncias, sugerindo que os adolescentes cujas mães apresentam dez ou mais anos de escolaridade tendem a consumir mais álcool e substâncias ilícitas, comparativamente aos adolescentes cujas habilitações escolares não vão além da escolaridade básica (Tabela 93).

Relativamente à variável *estrutura da família*, categorizamos dois grupos (família intacta/ pais biológicos versus outro tipo de família - monoparental, de recasamento ou de avós) e obtivemos resultados igualmente não significativos quando se comparou os grupos relativamente às pontuações nas escalas do APS-SF (Tabela 94).

Uma primeira leitura destes resultados sugere que os sujeitos da amostra que pertencem a uma família intacta/ biparental não diferem dos sujeitos oriundos de outro tipo de família nos indicadores de psicopatologia. De acordo com a revisão da literatura, seria de esperar que pertencer a uma família monoparental, por exemplo, correspondesse a um factor de risco contextual para a manifestação de problemas de comportamento. Pelo inverso, pertencer a uma família biparental deveria ser um factor protector de sintomas psicopatológicos. No entanto, os resultados por nós obtidos não permitem confirmar os estudos de outros autores (Baer, 1999; Barber, 1995; Murry et al., 2001; Schoon & Parsons, 2002).

Tabela 92. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da escolaridade paterna (n = 61)

Escalas clínicas do <i>APS-SF</i>	Escolaridade do pai				Z	p
	Até 9 anos escolaridade (n = 47)		10 ou + anos escolaridade (n = 14)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	58.39	18.17	50.71	10.26	-	0.263
Perturbação de Oposição (PO)	50.82	10.28	51.71	9.27	-	0.750
Abuso de Substâncias (AS)	52.06	15.22	47.66	7.16	-	0.193
Propensão à Ira /Violência (PIV)	53.42	12.55	51.00	14.49	-	0.294
Problemas Acadêmicos (PA)	50.51	12.04	50.47	7.82	-	0.803
Perturbação Ansiedade Generalizada	50.49	11.29	48.87	8.54	-	0.770
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	52.49	11.19	50.80	8.59	-	0.705
Depressão Major (DEP)	51.02	11.64	50.93	10.03	-	0.731
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	52.75	12.48	53.06	14.86	-	0.656
Tendência para o Suicídio (SUI)	51.99	12.48	52.39	10.99	-	0.950
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.70	10.38	49.39	6.93	-	0.571
Problemas Interpessoais (PIP)	51.78	10.19	50.15	9.65	-	0.637

Tabela 93. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da escolaridade materna (n = 63)

Escalas clínicas do <i>APS-SF</i>	Escolaridade da mãe				Z	p
	Até 9 anos		10 ou + anos			
	escolaridade		escolaridade			
	(n = 48)		(n = 15)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	55.93	17.44	57.44	15.02	-0.770	0.442
Perturbação de Oposição (PO)	49.83	10.30	53.54	8.86	-1.402	0.161
Abuso de Substâncias (AS)	50.42	15.26	52.47	6.43	-2.042	0.041*
Propensão à Ira /Violência (PIV)	52.21	12.76	53.71	13.60	-0.356	0.722
Problemas Acadêmicos (PA)	49.88	11.29	50.92	11.08	-0.291	0.771
Perturbação Ansiedade Generalizada	49.64	11.19	50.35	9.47	-0.509	0.611
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	51.37	10.67	52.63	11.23	-0.558	0.577
Depressão Major (DEP)	51.09	12.00	49.28	8.35	-0.267	0.790
Perturb.Comportamento Alimentar (PCA)	53.82	13.84	48.53	7.80	-1.132	0.258
Tendência para o Suicídio (SUI)	52.56	13.02	49.58	7.38	-0.660	0.509
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.37	10.30	46.96	7.69	-0.631	0.528
Problemas Interpessoais (PIP)	50.92	10.27	51.50	9.63	-0.388	0.698

* $p < 0.05$

Tabela 94. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função da estrutura familiar (n = 63)

Escalas clínicas do <i>APS-SF</i>	Estrutura da família ^a				Z	p
	<i>Família intacta</i> (n = 47)		<i>Outro tipo de família</i> (n = 16)			
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	56.54	16.82	55.56	17.23	-0.182	0.855
Perturbação de Oposição (PO)	51.16	10.41	49.37	9.03	-0.515	0.606
Abuso de Substâncias (AS)	51.39	15.22	49.51	7.60	0.000	1.000
Propensão à Ira /Violência (PIV)	53.61	13.30	49.51	11.37	-1.037	0.300
Problemas Acadêmicos (PA)	50.67	10.87	48.56	12.22	-0.577	0.564
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.68	10.40	50.19	12.00	-0.127	0.899
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	52.11	10.76	50.39	10.89	-0.451	0.652
Depressão Major (DEP)	51.24	11.01	48.95	11.94	-0.933	0.351
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	53.58	13.76	49.56	9.22	-0.574	0.566
Tendência para Suicídio (SUI)	52.65	12.07	49.51	11.60	-0.836	0.403
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.86	10.18	45.68	7.74	-1.456	0.145
Problemas Interpessoais (PIP)	51.46	10.02	49.88	10.38	-0.601	0.548

^a Família intacta (pais biológicos) versus outro tipo de família (monoparental, recasamento, etc.).

Para analisarmos possíveis efeitos do NSE nas pontuações médias das escalas clínicas do APS-SF, comparámos os grupos segundo a classificação em dois níveis sócio-económicos. Como podemos observar na Tabela 95, os resultados sugerem não existir diferenças significativas entre os dois tipos de grupos, categorizados segundo o NSE baixo e médio/alto.

Os resultados obtidos não confirmam os resultados encontrados no Estudo 2 (adolescentes da população escolar). Podemos sugerir que não é o estrato social em si o factor de risco “responsável” pelos problemas de comportamento exteriorizados e interiorizados, mas sim, que como sugerem Rutter e colaboradores. (1998), subjacente aos problemas psicopatológicos e ao comportamento anti-social, deverão estar uma conjunção de factores de risco que poderão funcionar de forma aditiva, para os quais o NSE poderá ser o indicador de risco. No entanto, uma vez mais somos levados a comentar que o reduzido tamanho da amostra de delinquentes pode ter induzido uma diluição dos efeitos do NSE nos níveis de psicopatologia.

Tabela 95. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do NSE (n = 63)

Escalas clínicas do APS-SF	NSE					
	Baixo (n = 41)		Médio/ Alto (n = 22)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	54.73	14.93	59.19	19.86	-0.912	0.362
Perturbação de Oposição (PO)	49.04	9.10	53.82	11.14	-1.665	0.096
Abuso de Substâncias (AS)	48.66	6.85	55.11	20.81	-1.361	0.173
Propensão à Ira /Violência (PIV)	51.02	11.81	55.45	14.50	-1.163	0.245
Problemas Acadêmicos (PA)	49.89	10.54	50.57	12.50	-0.116	0.908
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	48.93	11.25	51.45	9.73	-1.018	0.309
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	51.18	11.30	52.59	9.77	-0.773	0.439
Depressão Major (DEP)	51.37	12.29	49.33	8.94	-0.267	0.789
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	51.82	12.20	53.94	14.07	-0.044	0.965
Tendência para Suicídio (SUI)	53.05	13.57	49.62	7.89	-1.247	0.212
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.84	10.26	48.72	8.91	-0.123	0.902
Problemas Interpessoais (PIP)	50.51	10.71	52.09	8.84	-0.910	0.363

De seguida, pretendemos observar se as seguintes variáveis familiares – tamanho da família, tamanho da fratria e lugar na fratria – se encontram estatisticamente associadas com as perturbações avaliadas pelas escalas do APS-SF. Na Tabela 96 apresentamos os resultados obtidos para estas variáveis através do procedimento correlação de Spearman.

De entre as variáveis estudadas, os resultados sugerem apenas a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa (para $p \leq 0.05$) entre os valores da escala PCA e o tamanho da fratria, sugerindo que quanto mais irmãos tem o adolescente mais elevados tenderão a ser os valores de Perturbação do Comportamento Alimentar. No entanto, observamos uma associação negativa no limiar de significância ($p = 0.052$) entre os valores obtidos na escala Problemas de Auto-conceito, o que sugere que quanto maior é

o lugar na fratria (isto é, mais novo é o adolescente em relação à sua fratria), menores tenderão a ser os problemas de Auto-conceito reportados.

Tabela 96. Correlações entre as variáveis *tamanho da família*, *tamanho da fratria* e *lugar na fratria* e as escalas clínicas do APS-SF (n = 62)

Escalas clínicas do APS-SF	Tamanho da família (0-7)		Tamanho da fratria (0-7)		Lugar na fratria (0-8)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Perturbação do Comportamento (PC)	-0.205	0.109	-0.038	0.770	0.080	0.544
Perturbação de Oposição (PO)	-0.087	0.500	-0.021	0.871	-0.091	0.488
Abuso de Substâncias (AS)	0.087	0.503	0.088	0.501	0.081	0.540
Propensão à Ira /Violência (PIV)	-0.075	0.561	-0.054	0.681	-0.132	0.316
Problemas Acadêmicos (PA)	-0.056	0.663	-0.111	0.395	-0.207	0.112
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	0.002	0.987	0.126	0.334	0.002	0.986
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	-0.165	0.201	0.033	0.799	-0.004	0.978
Depressão Major (DEP)	-0.064	0.623	-0.036	0.782	-0.150	0.252
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	0.155	0.228	0.254	0.048*	0.079	0.548
Tendência para o Suicídio (SUI)	0.007	0.956	-0.035	0.788	-0.079	0.551
Problemas de Auto-conceito (PAC)	-0.012	0.925	-0.228	0.077	-0.252	0.052
Problemas Interpessoais (PIP)	-0.064	0.619	0.030	0.816	-0.062	0.640

* Correlação significativa para $p \leq 0.05$.

2.2.6. Indicadores de risco psicossocial

2.2.6.1. Problemas de comportamento e acontecimentos negativos na infância

De seguida procedemos à análise dos valores obtidos nas escalas clínicas do APS-SF de acordo com os indicadores de risco psicossocial, nomeadamente os problemas de

comportamento na infância e os seguintes acontecimentos negativos na infância: conflitos entre os pais, separações significativas face aos pais¹⁵, a existência de maus-tratos e institucionalizações.

Na Tabela 97 estão representados os valores médios obtidos nas escalas clínicas do APS-SF e os resultados das comparações entre os subgrupos em função da presença ou ausência de problemas de comportamento na infância.

Os resultados sugerem que os adolescentes que apresentam uma história de problemas de comportamento na infância tendem a apresentar igualmente maiores índices de sintomatologia em perturbações interiorizadas do comportamento (PAG, PPST, DEP, PCA e PIP), resultados que apontam de algum modo, para uma continuidade na manifestação de perturbações psicopatológicas da infância para a adolescência. Ao nível da Escala PO notamos ainda que, embora os valores encontrados não sejam significativos, indicam igualmente pontuações superiores nesta perturbação no grupo com registo de problemas de comportamento na infância.

¹⁵ Atendeu-se a períodos superiores a um mês, por motivos relevantes: os pais divorciaram-se, um dos pais ou ambos emigraram, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos ou maus-tratos, consoante a categorização disposta na variável *motivos de separação*.

Tabela 97. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função do relato de *problemas de comportamento na infância* (n = 61)

Escalas clínicas do APS-SF	Problemas de comportamento na infância					
	Sim (n=24)		Não (n=37)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	53.21	11.22	58.22	19.62	-0.326	0.744
Perturbação de Oposição (PO)	53.42	9.38	48.86	10.43	-1.890	0.059
Abuso de Substâncias (AS)	50.08	9.50	49.15	11.97	-0.526	0.599
Propensão à Ira /Violência (PIV)	54.95	13.49	51.29	12.63	-1.273	0.203
Problemas Académicos (PA)	51.07	9.60	51.54	16.20	-1.139	0.255
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	53.88	8.58	47.17	11.33	-2.122	0.034*
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	56.05	9.18	48.92	10.87	-2.493	0.013*
Depressão Major (DEP)	54.83	11.38	47.92	10.60	-2.425	0.015*
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	59.87	15.95	47.95	7.89	-3.232	0.001**
Tendência para o Suicídio (SUI)	54.87	14.74	50.27	9.77	-0.962	0.336
Problemas de Auto-conceito (PAC)	50.49	10.53	47.88	9.37	-0.954	0.340
Problemas Interpessoais (PIP)	54.54	9.29	48.64	10.12	-2.396	0.017*

* $p < 0.05$. ** $p \leq 0.01$

Procurámos ainda verificar se as separações face a figuras parentais estão associadas na amostra delinvente, tal como verificámos na amostra da população geral¹⁶, à manifestação de problemas psicopatológicos de tipo interiorizado ou de tipo exteriorizado. Consoante podemos verificar na tabela 98, não foram encontradas diferenças com magnitude estatística nos valores médios das escalas em função das separações significativas na infância face a figuras parentais nesta amostra, ao contrário do que observámos com os adolescentes da população escolar.

¹⁶ cf Capítulo 7.

Tabela 98. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função das *separações significativas na infância* (n = 63)

Escalas do APS-SF	Separações significativas na infância ^a					
	Não (n = 49)		Sim (n = 14)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	56.06	16.79	57.10	17.40	-0.266	0.791
Perturbação de Oposição (PO)	51,21	10,29	48,94	9,22	-0.664	0.507
Abuso de Substâncias (AS)	51.31	14.92	49.50	8.09	-0.141	0.888
Propensão à Ira /Violência (PIV)	53.15	13.36	50.51	11.18	-0.522	0.602
Problemas Académicos (PA)	50.63	10.99	48.38	12.00	-0.580	0.562
Perturb. da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.75	10.27	50.01	12.64	-0.099	0.921
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	51.69	10.64	51.61	11.47	-0.058	0.954
Depressão Major (DEP)	50.76	10.92	50.29	12.55	-0.406	0.685
Perturb. do Comport. Alimentar (PCA)	52.72	13.54	51.99	10.29	-0.558	0.577
Tendência para Suicídio (SUI)	52.31	11.93	50.24	12.27	-0.234	0.815
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.60	10.00	45.98	8.49	-1.143	0.253
Problemas Interpessoais (PIP)	50.98	10.00	51.36	10.58	-0.141	0.888

Nota: ^a Consideradas as separações atribuídas a emigração de pais, condições económicas dos pais, divórcio, morte ou doença de figura parental e ainda conflitos familiares.

Pretendemos também observar se uma história de institucionalizações na infância e ainda uma história de maus-tratos no mesmo período, estava associada a um maior relato nos indicadores de perturbações psicopatológicas nos adolescentes da amostra. Consoante indicam as tabela 99 e 100, não foram, igualmente, encontradas diferenças com significância estatística entre os grupos categorizados segundo estas duas variáveis.

Tabela 99. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função de *história de institucionalizações* (n = 62)

Escalas do APS-SF	Institucionalizações					
	Não (n = 52)		Sim (n = 10)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	57.68	17.34	47.59	10.90	-1.758	0.079
Perturbação de Oposição (PO)	50.74	10.15	50.41	10.49	-0.211	0.833
Abuso de Substâncias (AS)	51.50	14.57	47.78	8.35	-1.326	0.185
Propensão à Ira /Violência (PIV)	51.82	12.49	56.27	15.44	-0.911	0.362
Problemas Acadêmicos (PA)	50.85	10.84	44.46	10.67	-1.649	0.099
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.34	10.92	51.34	10.20	-0.594	0.552
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	50.69	10.74	55.96	10.26	-1.323	0.186
Depressão Major (DEP)	50.52	11.75	50.80	8.79	-0.288	0.774
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	52.96	13.36	50.72	10.65	-0.088	0.930
Tendência para Suicídio (SUI)	51.84	11.78	52.61	13.78	-0.380	0.704
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.95	9.48	48.80	11.70	-0.163	0.871
Problemas Interpessoais (PIP)	50.15	10.56	54.93	5.81	-1.793	0.073

Tabela 100. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e teste Mann-Whitney em função de *história de maus-tratos na infância* (n = 62)

Escalas do APS-SF	Maus-tratos na infância					
	Não (n = 52)		Sim (n = 14)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	57.31	18.34	53.88	11.07	-0.026	0.979
Perturbação de Oposição (PO)	50.23	10.49	53.13	9.17	-0.965	0.334
Abuso de Substâncias (AS)	51.40	15.10	50.02	9.61	-0.465	0.642
Propensão à Ira /Violência (PIV)	52.21	12.56	55.49	14.38	-0.867	0.386
Problemas Acadêmicos (PA)	50.23	11.40	49.40	10.29	-0.123	0.902
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	50.06	10.87	48.70	11.17	-0.438	0.662
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	50.34	10.37	54.87	12.21	-1.199	0.230
Depressão Major (DEP)	50.23	11.90	52.20	9.98	-0.796	0.426
Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)	51.52	11.67	51.80	11.09	-0.458	0.647
Tendência para Suicídio (SUI)	51.38	11.54	54.88	14.04	-0.527	0.598
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.20	9.93	48.52	10.17	-0.385	0.700
Problemas Interpessoais (PIP)	50.59	10.51	53.31	8.59	-1.086	0.278

No entanto, é de referir que, embora não significativo, observa-se uma tendência para os indivíduos que estiveram institucionalizados na infância apresentarem valores médios de pontuação nas escalas PC e PIP superiores ao sub-grupo não institucionalizado.

2.2.6.2. O Contexto familiar e as relações pais-adolescente

Comparámos igualmente os adolescentes cujos pais têm uma relação conflituosa versus os adolescentes cujos pais não apresentam conflitos aparentes. Consoante mostra a Tabela 101, os adolescentes cujos pais têm conflitos manifestos parecem apresentar um índice de sintomas na Escala Tendência ao Suicídio significativamente superior ao dos adolescentes da amostra cujos pais não apresentam conflitos aparentes. Observámos ainda uma tendência para os dois grupos diferirem nas escalas PC e PAC, embora sem alcançar níveis de significância estatística que nos permita fazer inferências sobre estes resultados. Porque os conflitos conjugais são um dos factores de risco associados ao comportamento anti-social e a outras manifestações psicopatológicas em adolescentes (Lerner et al., 2005), este resultado era esperado. No entanto, um futuro estudo deveria aprofundar esta questão de forma mais exaustiva e com uma amostra maior de adolescentes abrangidos pela LTE.

Tabela 101. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Conflitos entre os pais* (n = 41)

Escalas do APS-SF	Aparentes conflitos entre os pais					
	Não (n = 27)		Sim (n = 14)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	53.87	17.10	64.22	20.46	-1.839	0.066
Perturbação de Oposição (PO)	49.13	10.79	53.13	10.50	-1.187	0.235
Abuso de Substâncias (AS)	52.63	19.30	48.70	6.05	-0.055	0.956
Propensão à Ira /Violência (PIV)	52.18	13.86	58.21	14.30	-1.378	0.168
Problemas Académicos (PA)	48.10	12.04	52.45	11.21	-1.310	0.190
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.21	10.67	50.51	12.30	-0.193	0.847
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	50.84	10.77	53.70	12.42	-0.717	0.474
Depressão Major (DEP)	49.96	10.12	54.85	15.06	-0.826	0.409
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	55.28	16.61	53.87	10.08	-0.699	0.484
Tendência para Suicídio (SUI)	48.61	7.13	62.12	18.04	-2.970	0.003**
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.69	8.40	55.10	11.37	-1.708	0.088
Problemas Interpessoais (PIP)	50.79	10.46	53.54	12.60	-0.510	0.610

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

Porque tem sido sugerido que a ausência de uma figura masculina no contexto sócio-emocional e educativo dos adolescentes traz repercussões a nível da sua integração sócio-emocional (Braconnier & Marcelli, 2000; Flouri & Buchanan, 2003; Matos, 2002), fomos investigar se existem diferenças nas pontuações das escalas do APS-SF segundo a presença versus a ausência de uma figura paterna. Consoante podemos observar na tabela 102, os resultados encontrados parecem indicar que o grupo de adolescentes cujo agregado familiar não integra uma figura paterna (pai ou padrasto) apresenta mais problemas ao nível de comportamento de oposição. Do mesmo modo, observamos uma tendência para diferenças entre os grupos, embora sem magnitude estatística, nas escalas PIV, PA e PPST,

com os valores médios mais elevados nestes indicadores psicopatológicos sendo obtidos pelo grupo com figura paterna ausente do agregado familiar.

Tabela 102. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Ausência de figura paterna no agregado familiar* (n = 62)

Escalas do APS-SF	Ausência de figura paterna					
	Não (n = 39)		Sim (n = 23)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	55.08	18.16	57.69	14.51	-1.331	0.183
Perturbação de Oposição (PO)	48.53	10.40	54.33	8.65	-2.378	0.017*
Abuso de Substâncias (AS)	51.23	16.40	50.34	7.80	-0.424	0.671
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.28	12.30	56.37	13.45	-1.950	0.051
Problemas Académicos (PA)	48.16	11.22	52.64	10.18	-1.723	0.085
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	48.65	11.19	51.37	9.98	-0.985	0.324
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	49.57	10.77	54.87	10.11	-1.855	0.064
Depressão Major (DEP)	49.04	11.12	53.14	11.28	-1.365	0.172
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	52.46	14.82	52.83	9.11	-1.575	0.115
Tendência para Suicídio (SUI)	49.94	9.57	55.39	14.89	-1.577	0.115
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.68	8.79	49.33	11.43	-0.139	0.890
Problemas Interpessoais (PIP)	50.36	10.79	51.88	8.86	-0.708	0.479

* $p < 0.05$

Muitos dos estudos sobre o desenvolvimento na adolescência têm incidido no estudo das relações pais-filhos, enquanto factor quer de risco, quer protector face ao desenvolvimento de problemas psicossociais (e.g., Buchanan et al., 2000; Flouri & Buchanan, 2003; Rutter et al., 1998). Neste ponto pretendemos observar eventuais diferenças nos indicadores de psicopatologia medidos pelas escalas do APS-SF, de acordo com as seguintes variáveis: aparente conflito na relação mãe-filho(a), aparente conflito na relação pai-filho(a) e disciplina parental. As Tabelas 103 e 104 apresentam as médias, os

desvios-padrão e os resultados do teste de Mann-Whitney referentes às comparações entre os grupos de acordo com estas três variáveis.

Tabela 103. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Conflito na relação mãe-filho* (n = 44)

Escalas do APS-SF	Conflito na relação mãe-filho					
	Não (n = 35)		Sim (n = 9)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	54.60	16.84	65.20	18.47	-1.857	0.063
Perturbação de Oposição (PO)	49.60	10.33	54.61	11.01	-1.271	0.204
Abuso de Substâncias (AS)	51.96	17.26	52.31	7.24	-0.993	0.321
Propensão à Ira /Violência (PIV)	52.39	13.15	59.85	14.07	-1.502	0.133
Problemas Acadêmicos (PA)	49.41	11.32	50.19	12.86	-0.263	0.793
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	50.13	10.48	49.20	12.64	-0.219	0.827
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	51.94	10.78	53.39	12.56	-0.233	0.816
Depressão Major (DEP)	50.94	11.08	55.90	14.34	-0.932	0.351
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	52.72	13.41	58.01	16.73	-1.501	0.133
Tendência para Suicídio (SUI)	51.94	12.12	58.93	17.47	-1.579	0.114
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.45	9.26	52.16	12.39	-0.394	0.694
Problemas Interpessoais (PIP)	49.30	9.38	58.22	13.05	-1.794	0.073

Embora não tenhamos encontrado resultados estatisticamente significativos no que se refere à variável conflito mãe-filho, observamos que o grupo caracterizado por apresentar conflitos manifestos nesta variável apresenta tendencialmente resultados superiores nas escalas PC e PIP.

Tabela 104. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Conflito na relação pai-filho* (n = 41)

Escalas do APS-SF	Conflito na relação pai-filho					
	Não (n = 25)		Sim (n = 16)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	53.59	14.96	62.52	17.43	-1.866	0.062
Perturbação de Oposição (PO)	48.14	8.83	55.42	10.10	-2.186	0.029*
Abuso de Substâncias (AS)	49.61	7.87	49.36	6.47	-0.161	0.872
Propensão à Ira /Violência (PIV)	51.73	11.57	58.51	14.99	-1.165	0.244
Problemas Acadêmicos (PA)	47.77	8.94	53.97	12.97	-1.688	0.091
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	49.22	9.40	52.85	11.43	-0.938	0.348
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)	51.59	10.20	55.08	11.54	-0.844	0.398
Depressão Major (DEP)	50.95	10.20	53.49	13.84	-0.428	0.669
Perturb. do Comportamento Alimentar (PCA)	55.88	14.78	55.11	14.33	-0.027	0.978
Tendência para Suicídio (SUI)	50.44	9.19	57.90	17.52	-1.504	0.133
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.53	8.66	53.81	10.71	-1.513	0.130
Problemas Interpessoais (PIP)	50.14	9.82	55.79	12.02	-1.513	0.130

Por sua vez, os adolescentes que apresentam uma relação manifestamente conflituosa com o pai (de acordo com as informações fornecidas pelos técnicos do IRS), apresentam também valores mais elevados, embora sem significância estatística, nas escalas PC e PA e valores estatisticamente significativos na escala PO. Estes resultados levam-nos a sugerir que, de acordo com o que é referido na literatura sobre os factores de risco familiares para psicopatologia, as relações pais-filho são indicadores da saúde mental na adolescência, devendo portanto ser investidos, quer do ponto de vista da investigação, quer do ponto de vista das intervenções junto dos grupos em risco psicossocial.

Tem sido sugerido que a disciplina parental adequada é um factor protector de futuros problemas de comportamento e que as práticas parentais inconsistentes conduzem a problemas de comportamento em crianças e adolescentes (Dumas, 1989; Strand, 2000; Warren & Simmens, 2005). Neste contexto, fomos comparar os adolescentes consoante a presença ou ausência de disciplina parental actual, segundo a informação fornecida pelos técnicos de reinserção social. Encontramos assim valores estatisticamente significativos nas escalas PC, PO, PIV, PPST e PIP, os quais sugerem que os adolescentes cujos pais não exercem uma função disciplinar e que, portanto, não estabelecem limites ou regras educativas reportam significativamente mais problemas exteriorizados e interiorizados associados a estas áreas problema.

Tabela 105. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Disciplina parental* (n = 50)

Escalas do APS-SF	Disciplina parental					
	Não (n = 29)		Sim (n = 21)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	60.85	18.55	49.36	10.09	-2.733	0.006**
Perturbação de Oposição (PO)	54.42	10.12	45.35	8.08	-3.159	0.002**
Abuso de Substâncias (AS)	53.18	18.90	48.89	6.09	-0.109	0.914
Propensão à Ira /Violência (PIV)	57.80	14.18	46.68	7.58	-2.866	0.004**
Problemas Académicos (PA)	52.46	13.05	46.55	8.05	-1.646	0.100
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	53.18	10.76	45.38	8.95	-2.639	0.008
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	56.52	9.66	46.50	9.49	-3.222	0.001**
Depressão Major (DEP)	53.10	10.70	48.33	10.22	-1.633	0.102
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	55.65	13.52	50.94	14.18	-1.686	0.092
Tendência para Suicídio (SUI)	55.12	14.11	48.42	6.31	-1.465	0.143
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.65	11.27	49.78	7.77	-0.502	0.616
Problemas Interpessoais (PIP)	55.10	8.45	45.95	9.55	-3.467	0.001**

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

2.2.6.3. Indicadores de comportamento desviante familiar

O comportamento desviante familiar tem sido associado ao percurso delinvente (Rutter et al., 1998) e ainda à presença de perturbações psicopatológicas nos adolescentes delinquentes (Born, Chevalier e Humblet, 1997). Pretendemos analisar possíveis diferenças nas pontuações médias das escalas clínicas do APS-SF de acordo com os indicadores de comportamento desviante familiar – os antecedentes criminais parentais, o comportamento delinvente de irmãos, a toxicodependência de pais e o alcoolismo de pais. A Tabela 106 apresenta as médias e os desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e os resultados no teste de Mann-Whitney em função dos *antecedentes criminais parentais*.

Tabela 106. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de *Antecedentes criminais parentais* (n = 57)

Escalas do APS-SF	Antecedentes criminais de pais					
	Não (n = 52)		Sim (n = 5)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	53.73	13.62	69.57	29.81	-1.431	0.152
Perturbação de Oposição (PO)	49.04	9.01	66.07	9.94	-2.932	0.003**
Abuso de Substâncias (AS)	49.33	7.24	68.10	41.41	-0.750	0.453
Propensão à Ira /Violência (PIV)	49.90	9.87	78.43	9.06	-3.505	0.000***
Problemas Acadêmicos (PA)	47.95	9.35	65.71	13.97	-2.628	0.009**
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	47.81	10.48	60.62	4.01	-2.699	0.007**
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	50.05	10.85	62.14	4.86	-2.304	0.021*
Depressão Major (DEP)	49.41	11.01	57.17	5.59	-1.766	0.077
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	53.40	13.73	50.02	7.11	-0.014	0.989
Tendência para Suicídio (SUI)	50.88	10.47	58.49	18.72	-0.485	0.628
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.74	9.51	53.04	14.50	-0.509	0.611
Problemas Interpessoais (PIP)	50.21	9.77	57.33	6.56	-1.738	0.082

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Verificamos que este indicador de problemática familiar parece estar significativamente associado à presença de perturbações psicopatológicas, nomeadamente à Perturbação de Oposição, à Propensão para a Ira e a Violência, aos Problemas Académicos, à Perturbação de Ansiedade Generalizada e à Perturbação Pós-Stress Traumático.

De forma idêntica, a existência de comportamento delincente em irmãos do adolescente parece estar associada a um maior relato de Perturbação de Oposição, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Perturbação Pós-Stress Traumático, o que, no nosso entender, aponta para a necessidade de estudar mais aprofundadamente as patologias da dinâmica familiar (Tabela 107).

Tabela 107. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de *Comportamento delincente de irmãos* (n = 58)

Escalas do APS-SF	Delinquência de irmãos					
	Não (n = 45)		Sim (n = 13)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	56.40	17.15	50.16	8.42	-0.637	0.524
Perturbação de Oposição (PO)	48.96	9.67	56.34	10.03	-2.294	0.022*
Abuso de Substâncias (AS)	49.87	15.02	53.53	10.13	-1.583	0.113
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.80	11.37	57.47	15.56	-1.355	0.176
Problemas Académicos (PA)	49.13	11.30	50.22	10.25	-0.588	0.556
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	46.97	10.25	56.30	9.02	-2.568	0.010*
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	49.11	10.21	57.61	11.09	-2.317	0.020*
Depressão Major (DEP)	49.10	10.22	53.83	12.50	-1.279	0.201
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	50.94	11.56	55.68	11.92	-1.526	0.127
Tendência para Suicídio (SUI)	50.02	8.07	57.55	18.05	-0.446	0.656
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.52	9.33	51.23	12.06	-0.486	0.627
Problemas Interpessoais (PIP)	50.13	9.89	53.32	8.51	-1.177	0.239

* $p < 0.05$.

Os resultados encontrados vão de encontro aos diversos estudos transversais e longitudinais e documentados na literatura, os quais tem consistentemente encontrado associado ao percurso delinquente na adolescência uma história de delinquência familiar (Santos et al., 2004; Tarolla et al., 2002; Wasserman & Seracini, 2001).

Por sua vez, uma história de dependência de drogas por parte do pai ou da mãe parece estar associado a um maior relato de PO, PPST e de PIP, consoante apresenta a Tabela 108. No entanto não foram encontradas diferenças nos indicadores de psicopatologia entre os grupos, de acordo com a variável alcoolismo de pais (Tabela 109).

Tabela 108. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de *toxicodependência de pais* (n = 54)

Escalas do APS-SF	Toxicodependência de pais					
	Não (n = 47)		Sim (n = 7)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	56.37	56.37	53.08	12.65	-0.246	0.806
Perturbação de Oposição (PO)	49.04	9.66	60.13	10.09	-2.443	0.015*
Abuso de Substâncias (AS)	50.65	14.89	54.57	9.33	-1.564	0.118
Propensão à Ira /Violência (PIV)	50.86	11.42	59.48	12.56	-1.871	0.061
Problemas Acadêmicos (PA)	49.14	10.33	54.54	14.10	-1.148	0.251
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	47.90	10.57	56.15	6.63	-1.909	0.056
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	49.75	10.63	60.61	10.53	-2.440	0.015*
Depressão Major (DEP)	49.42	10.77	57.19	10.96	-1.664	0.096
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	53.18	13.52	52.03	12.04	-0.013	0.990
Tendência para Suicídio (SUI)	51.12	10.87	57.69	15.18	-1.215	0.225
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.63	9.75	54.83	11.70	-1.329	0.184
Problemas Interpessoais (PIP)	49.54	9.46	58.15	10.52	-2.013	0.044*

* $p < 0.05$.

Tabela 109. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função de *alcoolismo de pais* (n = 56)

Escalas do APS-SF	Alcoolismo de pais					
	Não (n = 47)		Sim (n = 9)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	54.31	14.62	59.72	22.64	-0.403	0.687
Perturbação de Oposição (PO)	49.71	10.14	53.03	9.84	-0.885	0.376
Abuso de Substâncias (AS)	50.55	14.89	50.92	8.06	-0.694	0.488
Propensão à Ira /Violência (PIV)	51.78	12.40	55.44	15.12	-0.514	0.607
Problemas Académicos (PA)	49.87	11.08	46.78	10.65	-0.883	0.377
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	48.61	10.50	48.56	11.27	-0.112	0.911
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	50.80	11.14	51.09	10.21	-0.212	0.832
Depressão Major (DEP)	50.84	11.21	45.95	8.76	-1.207	0.228
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	52.03	13.23	56.00	11.70	-1.159	0.246
Tendência para Suicídio (SUI)	50.86	10.66	55.90	14.99	-0.440	0.660
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.91	9.07	49.79	14.72	-0.358	0.721
Problemas Interpessoais (PIP)	50.44	9.70	51.97	10.32	-0.469	0.639

2.2.6.4. Factores Académicos

De seguida apresentamos os resultados das correlações efectuadas de acordo com as variáveis académicas: número de retenções escolares, motivação escolar, abstenção escolar e abandono da escola. Verificámos que o número de retenções escolares não surge significativamente associado a nenhum dos indicadores de sintomas psicopatológicos avaliados pelas escalas do APS-SF: PC ($r = 0.102$, $p = 0.432$), PO ($r = 0.096$, $p = 0.456$), AS ($r = 0.002$, $p = 0.989$), PIV ($r = 0.068$, $p = 0.600$), PA ($r = 0.084$, $p = 0.516$), PAG ($r = 0.106$, $p = 0.412$), PPST ($r = 0.153$, $p = 0.236$), DEP ($r = 0.041$, $p = 0.754$), PCA ($r = 0.123$, $p = 0.339$), SUI ($r = 0.036$, $p = 0.782$), PAC ($r = 0.042$, $p = 0.744$) e PIP ($r = 0.098$, $p = 0.451$).

A Tabela 110 apresenta as médias, os desvios-padrão e o teste de Mann-Whitney em função da variável motivação para a escola. Os resultados encontrados sugerem que os adolescentes que estão menos motivados para a escola apresentam também mais sintomas psicopatológicos associados a PC, PAG e ainda a PCA.

Por sua vez a variável abstenção escolar (fuga à escola) parece estar associada a uma manifestação significativamente superior de perturbações de tipo exteriorizado (PC, PO, AS) e ainda à manifestação superior das seguintes perturbações de tipo interiorizado, PAG, PPST e PIP) (Tabela 111).

O abandono escolar surge igualmente associado a um conjunto de perturbações, exteriorizadas (PC, PO, AS, PA) e interiorizadas (PIV, PAG, PPST, PCA, SUI e PIP. Estes resultados são apresentados na Tabela 112.

A revisão da literatura permitiu-nos identificar os problemas académicos, nomeadamente o baixo rendimento escolar, como um factor de risco para comportamento anti-social na adolescência e para a reincidência num percurso delinquente (Farrington et al., 1988; Farrington & West, 1989; Farrington et al., 2001; Loeber et al., 2001). Os resultados encontrados sugerem que os adolescentes delinquentes que apresentam problemas académicos parecem apresentar também mais problemas psicopatológicos, quer ao nível da dimensão exteriorizada, quanto ao nível da dimensão interiorizada de comportamento. Estes resultados corroboram o que já anteriormente tínhamos encontrado ao nível dos adolescentes da população geral.

Tabela 110. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da *Motivação escolar* (n = 59)

Escalas do APS-SF	Motivação escolar					
	Não (n = 34)		Sim (n = 25)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	60.77	15.47	49.54	16.88	-3.497	0.000***
Perturbação de Oposição (PO)	51.95	8.92	48.53	11.41	-1.633	0.103
Abuso de Substâncias (AS)	49.63	7.89	52.54	19.42	-0.092	0.926
Propensão à Ira /Violência (PIV)	53.41	12.20	51.59	14.77	-0.976	0.329
Problemas Acadêmicos (PA)	52.42	9.10	46.04	12.58	-2.828	0.005**
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	50.39	9.54	47.96	12.57	-0.883	0.377
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	52.63	9.99	49.48	12.12	-1.229	0.219
Depressão Major (DEP)	50.76	10.79	50.01	12.61	-0.591	0.554
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	55.93	14.45	48.40	9.95	-2.341	0.019*
Tendência para Suicídio (SUI)	52.63	12.39	51.48	12.23	-0.927	0.354
Problemas de Auto-conceito (PAC)	49.10	9.92	48.81	10.18	-0.069	0.945
Problemas Interpessoais (PIP)	52.18	10.30	48.94	10.18	-1.230	0.219

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Tabela 111. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Abstenção escolar* (n = 59)

Escalas do APS-SF	Abstenção escolar					
	Não (n = 19)		Sim (n = 40)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	50.76	14.08	58.50	17.69	-2.085	0.037*
Perturbação de Oposição (PO)	45.45	9.21	52.90	9.71	-2.745	0.006**
Abuso de Substâncias (AS)	46.56	5.20	52.90	16.19	-1.971	0.049*
Propensão à Ira /Violência (PIV)	47.49	10.13	55.08	13.96	-2.097	0.036*
Problemas Acadêmicos (PA)	46.43	10.13	51.27	11.29	-1.691	0.091
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	44.53	10.17	51.66	10.58	-2.332	0.020*
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	47.22	10.83	53.23	10.60	-1.975	0.048*
Depressão Major (DEP)	47.29	11.57	51.94	11.30	-1.738	0.082
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	50.10	11.28	53.99	13.96	-1.030	0.303
Tendência para Suicídio (SUI)	50.53	9.34	52.91	13.43	-0.228	0.820
Problemas de Auto-conceito (PAC)	48.14	9.85	49.37	10.09	-0.309	0.758
Problemas Interpessoais (PIP)	47.05	10.90	52.59	9.61	-2.300	0.021*

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Tabela 112. Médias, desvios-padrão das escalas clínicas do APS-SF e Mann-Whitney em função da variável *Abandono escolar* (n = 59)

Escalas do APS-SF	Abandono escolar					
	Não (n = 26)		Sim (n = 33)		Z	P
	M	DP	M	DP		
Perturbação do Comportamento (PC)	52.06	17.33	59.12	16.12	-2.085	0.037*
Perturbação de Oposição (PO)	46.27	9.95	53.83	9.04	-3.166	0.002**
Abuso de Substâncias (AS)	51.70	19.63	50.20	6.99	-1.012	0.312
Propensão à Ira /Violência (PIV)	45.63	10.64	58.16	12.60	-4.185	0.000***
Problemas Acadêmicos (PA)	46.86	10.96	51.96	10.81	-2.088	0.037*
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	44.58	10.92	53.13	9.41	-3.036	0.002**
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	46.69	10.00	54.93	10.42	-2.753	0.006**
Depressão Major (DEP)	46.77	8.55	53.34	12.76	-1.873	0.061
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	48.52	9.78	56.06	14.65	-2.635	0.008**
Tendência para Suicídio (SUI)	46.40	4.83	56.66	14.32	-3.635	0.000***
Problemas de Auto-conceito (PAC)	46.37	8.63	51.03	10.54	-1.682	0.093
Problemas Interpessoais (PIP)	46.57	8.84	54.15	10.23	-2.815	0.005**

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

3. Resultados no Inventário de Percepções Adolescentes – IPA

Num terceiro momento deste estudo, foi nossa intenção analisar a existência de uma eventual relação das variáveis individuais, socio-económicas e familiares (já anteriormente referidas) e a percepção do afecto e das atitudes parentais.

3.1. Distribuição dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais nos adolescentes do Estudo 3

Como podemos verificar na tabela 113, os valores percentuais obtidos na dimensão principal Afecto Parental, indicam que cerca de 40 % dos adolescentes percebem níveis elevados de Amor, 46 % dos sujeitos percebem um nível moderado de Amor e 14 % dos adolescentes da amostra percebem um nível baixo neste factor. Na dimensão Hostilidade, 68 % dos adolescentes relatam níveis baixos de hostilidade parental, 22 % percebem as atitudes dos pais como moderadamente hostis e 4.8 % apresenta uma percepção das atitudes parentais como de hostilidade. Estes valores na dimensão do Afecto apresentam-se mais baixos que os obtidos na amostra da população geral (Estudo 2). Por sua vez, na dimensão Práticas Educativas Parentais, no que respeita ao Controlo, 20.6 % dos adolescentes situam-se no nível baixo, 47.6 % situa-se no nível moderado e cerca de 32% refere um controlo parental elevado e no factor Autonomia, 16 % situa-se no nível baixo, 49 % situa-se no nível médio e os restantes 35% percebem níveis de Autonomia parental elevada, valores relativamente mais baixos que os encontrados na amostra escolar.

Tabela 113. Distribuição percentual dos sujeitos em função dos Níveis de Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais (n = 63)

Dimensões do IPA	<i>Intensidade da Percepção das Atitudes Parentais</i>					
	Baixa ^a		moderada ^b		elevada ^c	
	n	%	n	%	n	%
Percepção Amor	9	14.3	29	46.0	25	39.7
Percepção Hostilidade*	43	68.3	14	22.2	3	4.8
Percepção Controlo	13	20.6	30	47.6	20	31.7
Percepção Autonomia	10	15.9	31	49.2	22	34.9

Notas: ^a baixa – valores pontuados entre 1 e 70. ^b moderada – valores pontuados entre 71 e 140.

^c alta – valores pontuados entre 141 e 200.

* 3 *missings*.

Em seguida efectuaremos análises comparativas entre grupos definidos segundo as variáveis que nos parecem estar mais significativamente associadas aos indicadores de psicopatologia, de modo a avaliar o efeito destes grupos nos níveis de percepção das dimensões do IPA.

3.2. Diferenças entre grupos em função do sexo e da idade

Os valores obtidos através do procedimento de comparação de médias entre os grupos feminino e masculino nas percepções do Afecto (Amor versus Hostilidade) e das Práticas Educativas Parentais (Autonomia versus Controlo) sugerem um efeito da variável sexo na intensidade da percepção da dimensão Amor. Assim, os rapazes tendem a reportar valores de Percepção de Amor parental significativamente superiores aos das raparigas embora de baixa magnitude ($p < 0.05$). No entanto, não se observaram diferenças relativas ao sexo na percepção dos factores Hostilidade, Controlo e Autonomia (Tabela 114).

Tabela 114. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do *sexo* (n = 63)

Escalas do IPA	Masculino		Feminino		Z	p
	(n = 50)		(n = 13)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	128.70	50.59	93.59	46.20	-2.167	0.030*
Percepção de Hostilidade	62.44	43.25	51.16	30.35	-0.612	0.540
Percepção de Controlo	121.02	52.60	107.69	48.85	-0.894	0.372
Percepção de Autonomia	120.67	45.62	107.69	52.97	-0.966	0.334

* $p < 0.05$

Analizamos também uma eventual relação entre a variável idade e a percepção das Atitudes Educativas Parentais (n = 63), e constatamos que os resultados não apresentam valores com significância estatística: Percepção de Amor ($r = 0.087$, $p = 0.495$); Percepção de Hostilidade ($r = 0.126$, $p = 0.326$), Percepção de Controlo ($r = -0.015$, $p = 0.907$) e Percepção de Autonomia ($r = -0.186$, $p = 0.144$).

3.3. Diferenças entre os grupos nas pontuações do IPA de acordo com a situação tutelar – institucionalizado versus não institucionalizado

Pretendemos analisar eventuais diferenças nas percepções do Afecto e das Atitudes Educativas parentais de acordo com a situação tutelar do adolescente – institucionalizado versus não institucionalizado, pretendendo perceber se os adolescentes institucionalizados reportariam níveis de Afecto parental inferiores ao dos adolescentes não

institucionalizados. No entanto, consoante indica a Tabela 115, não foram encontradas diferenças entre os grupos nestas variáveis.

Tabela 115. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função da situação tutelar (n = 63)

Escalas do IPA	Situação tutelar					
	Institucionalizado (n =21)		Não institucionalizado (n =42)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	125.52	46.24	119.42	54.20	-0.423	0.672
Percepção de Hostilidade	60.92	48.12	59.71	37.51	-0.526	0.599
Percepção de Controlo	120.00	48.79	117.40	53.72	-0.007	0.994
Percepção de Autonomia	115.08	43.11	119.44	49.38	-0.338	0.736

*** $p \leq 0.001$. * $p \leq 0.05$.

3.4. Características do comportamento delinquente

Para observarmos possíveis diferenças segundo as variáveis que caracterizam no nosso estudo o comportamento delinquente - idade do primeiro delito, tipo de delitos, circunstâncias dos delitos cometidos, persistência do comportamento delinquente, uso de violência - e a percepção do Afecto e das Atitudes Educativas parentais, efectuamos uma correlação não paramétrica de Spearman.

Assim, a associação entre a variável *idade do primeiro delito* e as pontuações nas escalas do IPA (n = 63) sugerem uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o factor Hostilidade e a idade do primeiro delito ($r = 0.336$, $p = 0.009$), sugerindo que um comportamento delinquente precoce poderá estar associado a relações pais-adolescente

pautadas por maior hostilidade. Neste sentido, encontramos nos estudos sobre o comportamento anti-social persistente e transitório, referências a relações pais-filhos perturbadas nos adolescentes com comportamento anti-social persistente. Nomeadamente, têm sido identificadas expectativas parentais negativas em relação ao adolescente e castigos inconsistentes ou excessivamente severos (*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, 1995).

Relativamente à variável *persistência do comportamento delincente*, pretendemos observar se os adolescentes que apresentam um padrão de comportamento delincente persistente tendem a apresentar percepções do Afecto e das Atitudes Educativas parentais cujos valores defiram significativamente dos adolescentes que não apresentam uma tal persistência no comportamento delincente. Os resultados obtidos através do procedimento teste de Mann-Whitney sugerem a não existência de diferenças entre os dois grupos nesta variável nas escalas do IPA, Percepção de Amor (M-W = 447.50, $Z = -0.628$, $p = 0.530$), Percepção de Hostilidade (M-W = 419.00, $Z = -1.022$, $p = 0.307$), Percepção de Controlo (M-W = 410.50, $Z = -1.140$, $p = 0.254$) e Percepção de Autonomia (M-W = 428,50, $Z = -0.896$, $p = 0.371$).

No que diz respeito às restantes variáveis descritivas do comportamento delincente que são objecto do nosso estudo – *tipo de delitos, o uso de violência e as circunstâncias dos delitos* (em grupo de pares versus acto solitário), os resultados dos testes de Mann-Whitney indicam na generalidade, valores sem magnitude estatística entre as escalas do IPA e as variáveis referidas, sugerindo a não existência de um efeito da percepção dos estilos e atitudes parentais na tipologia do comportamento delincente. A Tabela 116 apresenta os resultados destas análises.

Tabela 116. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função do tipo de delitos cometidos, circunstâncias dos delitos e uso de violência

Escalas do IPA	Tipo de delitos				Z	p
	Contra pessoas (n = 21)		Outro tipo (n = 42)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	107.46	56.08	128.45	48.05	-1.473	0.141
Percepção de Hostilidade	54.87	42.92	62.74	40.22	-0.832	0.405
Percepção de Controlo	110.48	58.26	122.16	48.44	-0.482	0.630
Percepção de Autonomia	110.32	56.64	121.83	41.73	-0.506	0.613
Escalas do IPA	Circunstâncias dos delitos				Z	p
	Só (n = 10)		Com pares (n = 50)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	97.30	56.17	127.18	50.29	-1.727	0.084
Percepção de Hostilidade	54.19	38.28	61.38	42.81	-0.368	0.713
Percepção de Controlo	90.63	51.37	125.89	50.47	-1.729	0.084
Percepção de Autonomia	115.00	62.09	117.67	45.10	-0.160	0.873
Escalas do IPA	Actos delinquentes com violência				Z	p
	Sim (n = 21)		Não (n = 42)			
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	116.04	52.83	124.17	51.08	-0.693	0.488
Percepção de Hostilidade	53.34	41.58	63.50	40.73	-1.030	0.303
Percepção de Controlo	117.14	58.24	118.83	48.93	-0.226	0.821
Percepção de Autonomia	106.35	60.43	123.81	38.28	-1.020	0.308

No entanto, devemos referir que, apesar de sem significância estatística, observamos que os adolescentes que cometeram os delitos em grupo de pares apresentam níveis de percepção quer do Amor, quer do Controlo parental mais elevados que os adolescentes que cometeram actos solitários.

Também relativamente à variável comportamento delinquente violento, cujos resultados são apresentados na Tabela 116, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos com significância estatística.

3.5. Indicadores de risco psicossocial

Neste ponto analisaremos eventuais diferenças entre os grupos nas percepções do Afecto e das Atitudes Educativas Parentais avaliados pelo IPA, de acordo com os seguintes acontecimentos negativos na infância: conflitos entre os pais, separações significativas face aos pais, o registo de maus-tratos e de institucionalizações na infância.

Consoante indica a Tabela 117, os resultados da comparação dos grupos em função da existência de conflitos entre os pais sugere que os adolescentes cujos pais não apresentam uma relação conflitual manifesta, tendem a reportar níveis mais elevados na escala Percepção de Amor.

Este resultado sugere que uma relação parental conflituosa pode interferir na qualidade da parentalidade. Numa perspectiva psicodinâmica, os conflitos conjugais interferem muito provavelmente na disponibilidade interna dos pais face às necessidades emocionais do adolescente. Ficamos, no entanto, sem saber se os conflitos parentais terão um impacto imediato na criança ou se este factor será de risco porque afecta a qualidade da parentalidade (Balbernie, 2002; Strand, 2000).

Tabela 117. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função da variável conflitos entre os pais (n = 41)

Escalas do IPA	Conflitos entre os pais					
	Sim (n=14)		Não (n=27)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	96.85	60.90	145.92	39.57	-2.421	0.015*
Percepção de Hostilidade	63.26	33.88	59.38	45.99	-0.950	0.342
Percepção de Controlo	108.57	49.28	133.26	49.50	-1.558	0.119
Percepção de Autonomia	100.00	53.91	127.16	41.64	-1.497	0.134

* $p < 0.05$

De igual modo, como indica a tabela 118, o grupo de adolescentes que apresenta um historial de institucionalizações na infância parece apresentar níveis de percepção do Amor parental significativamente mais baixos, por comparação com o grupo de adolescentes não institucionalizado durante este período. É interessante notar que, no entanto, nos outros três factores que atestam a intensidade de percepção das atitudes educativas parentais (Hostilidade, Controlo e Autonomia) não são encontradas diferenças entre estes dois subgrupos.

No mesmo sentido, os adolescentes que sofreram maus-tratos na infância apresentam níveis mais baixos e com significativos (para $p < 0.05$) nas percepções de Amor e de Controlo parental, consoante indica a Tabela seguinte, sugerindo uma maior falência das funções parentais neste subgrupo.

Estes resultados levam-nos a questionar sobre as defesas psíquicas utilizadas por estes adolescentes, uma vez que, não encontramos níveis de percepção de hostilidade parental superior nestes subgrupos. Ou seja, sabemos dos estudos com casos clínicos que uma separação dos pais na infância por institucionalização será muito provavelmente sentida como abandonica. No entanto, a criança poderá preservar as imagens parentais

através de um processo de idealização dos pais ausentes, como aliás tem sido descrito em estudos da vertente psicodinâmica sobre o abandono (Rosinha, 2005; Strecht, 1998).

Tabela 118. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função de *história de institucionalizações* (n = 62)

Escalas do IPA	Institucionalizações					
	Não (n = 52)		Sim (n = 10)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	126.59	48.88	87.93	52.24	-1.991	0.046*
Percepção de Hostilidade	60.56	38.32	45.00	34.02	-1.054	0.292
Percepção de Controlo	121.75	48.60	92.00	59.03	-1.496	0.135
Percepção de Autonomia	122.44	42.89	88.33	57.22	-1.619	0.105

* $p < 0.05$

Tabela 119. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e teste Mann-Whitney em função de *história de maus-tratos na infância* (n = 62)

Escalas do IPA	Maus-tratos na infância					
	Não (n = 46)		Sim (n = 14)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção de Amor	125.79	48.65	93.04	49.47	-2.125	0.034*
Percepção de Hostilidade	61.99	36.10	47.93	43.30	-1.506	0.132
Percepção de Controlo	123.93	47.89	90.00	55.19	-2.032	0.042*
Percepção de Autonomia	121.74	41.26	92.86	54.97	-1.831	0.067

* $p < 0.05$

Pretendemos ainda observar se uma informação de toxicodependência e de alcoolismo parental estaria associada a diferenças nas percepções de Afecto e das Práticas Educativas parentais. A Tabela 120 apresenta os resultados das comparações entre os grupos através do teste de Mann-Whitney nestas duas variáveis.

Não foram encontradas diferenças nas escalas do IPA entre os grupos de acordo com a variável *toxicodependência*. No entanto, no que respeita à variável *alcoolismo de*

pais, os resultados encontrados sugerem a existência de diferenças entre os grupos. Assim, os indivíduos sem uma história de alcoolismo parental parecem apresentar níveis de percepção, quer de Amor, quer de Hostilidade, quer de Controlo parental superiores aos dos adolescentes com pais alcoólicos. Podemos supor assim que estes resultados possam representar, embora com maiores níveis de conflito (expressos pela escala Hostilidade), uma relação mais actuante ou mais activa com as figuras parentais.

Tabela 120. Médias, desvios-padrão das escalas do IPA e Mann-Whitney em função de *toxicodependência e de alcoolismo de pais*

Escalas do IPA	Toxicodependência de pais					
	Não (n = 47)		Sim (n = 7)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção Amor	126.89	47.69	103.53	57.11	-0.902	0.367
Percepção Hostilidade	59.99	39.15	43.70	34.28	-1.032	0.302
Percepção Controlo	119.59	48.34	90.00	52.28	-1.433	0.152
Percepção Autonomia	119.86	45.13	107.14	57.62	-0.298	0.765
Escalas do IPA	Alcoolismo de pais					
	Não (n = 47)		Sim (n = 9)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Percepção Amor	131.24	43.83	77.04	63.61	-2.321	0.020*
Percepção Hostilidade	63.49	37.99	19.98	17.48	-3.654	0.000***
Percepção Controlo	123.64	47.91	72.22	51.91	-2.504	0.012*
Percepção Autonomia	118.09	42.54	107.41	75.97	-0.056	0.955

* $p < 0.05$. *** $p < 0.001$

4. Resultados na escala *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module* – HKRA

Passamos de seguida ao estudo dos factores protectores ou recursos externos e ainda das características resilientes ou recursos internos dos adolescentes do grupo delincente. É assim nossa intenção analisar a existência de uma eventual relação das variáveis individuais, socio-económicas e familiares com os recursos de resiliência dos adolescentes da amostra delincente.

Relativamente aos resultados da escala Recursos Internos do HKRA, obtivemos nesta amostra um valor médio de 2.88, enquanto que na amostra total do Estudo 2 tinha sido obtida uma média de 3.08, valores que se afiguram próximos. Da mesma forma, na escala Recursos Externos obtivemos uma média de 2.76 na amostra delincente, enquanto que na amostra do Estudo 2 foi encontrada uma média de 2.81. O valor médio nas pontuações da escala total de resiliência foi de 2.79 no grupo delincente e de 2.89 na amostra do Estudo 2 (Tabela 121). A proximidade dos valores médios destas variáveis, bem como o valor dos desvios-padrão sugerem que as duas distribuições – amostra delincente e amostra escolar – se sobrepõem. Assim, os valores apresentados sugerem que a percepção dos recursos de resiliência nos adolescentes delinquentes, embora mais baixa, se aproxima de algum modo dos valores médios da população geral de adolescentes.

Tabela 121. Médias e desvios-padrão das escalas do HKRA nos Estudos 2 e 3

	Escalas do HKRA		
	Recursos Internos	Recursos externos	Resiliência total
Estudo 3 (n = 63)			
Média	2.88	2.76	2.79
DP	0.56	0.48	0.47
Mínimo	1.17	1.18	1.26
Máximo	3.83	3.62	3.75
Estudo 2 (n = 628)			
Média	3.08	2.81	2.89
DP	0.49	0.47	0.41
Mínimo	1.00	1.38	1.55
Máximo	4.00	4.00	4.00

4.1. Diferenças entre grupos em função das variáveis sexo e idade

Num primeiro momento, procurámos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas do HKRA entre grupos em função das variáveis sexo e idade.

Na Tabela 122 são apresentadas as médias, os desvios-padrão e os resultados do teste de Mann-Whitney de acordo com a variável sexo, verificando-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas ao nível de todas as escalas do HKRA.

Tabela 122. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função do *sexo* (n = 63)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Masculino (n = 50)		Feminino (n = 13)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.77	0.60	2.82	0.49	-0.068	0.946
Sub-escala Envolvimento em casa	3.04	0.72	2.90	0.84	-0.520	0.603
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.74	0.67	2.74	0.86	-0.323	0.746
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.64	0.63	2.73	0.66	-0.717	0.473
Escala Recursos Externos	2.76	0.47	2.79	0.53	-0.425	0.671
Escala Recursos Internos	2.85	0.58	2.98	0.48	-0.765	0.444
Escala Total	2.78	0.47	2.82	0.50	-0.153	0.879

De igual modo, não foram encontradas associações significativas entre a idade e as percepções dos Recursos Externos e Internos (n = 63): Sub-escala Envolvimento na escola ($r = 0.59$, $p = 0.644$), Sub-escala Envolvimento em casa ($r = -0.012$, $p = 0.927$), Sub-escala Envolvimento na comunidade ($r = -0.027$, $p = 0.835$), Sub-escala Envolvimento com grupo de pares ($r = 0.069$, $p = 0.593$), Escala Recursos Externos ($r = -0.012$, $p = 0.924$), Escala Recursos Internos ($r = -0.080$, $p = 0.532$) e Escala Total ($r = 0.010$, $p = 0.939$).

4.2. Indicadores de risco psicossocial

De seguida procedemos a comparações entre grupos nas pontuações obtidas nas sub-escalas e escalas do HKRA, tendo os grupos sido categorizados de acordo com a presença ou ausência dos seguintes *indicadores de risco psicossocial na infância*: a

existência de maus-tratos e de institucionalizações, conflitos entre os pais e as separações significativas face aos pais.

Na Tabela 123 apresentamos as médias, os desvios-padrão e os resultados do teste de Mann-Whitney, relativos a eventuais diferenças nas características de resiliência dos adolescentes em função de *história de maus-tratos na infância*, ou ausência de registos nesta variável. Como podemos observar, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos relativamente a esta variável.

Temos que considerar que as informações sobre a anamnese dos sujeitos nem sempre estão ao dispor dos técnicos de reinserção social quando do preenchimento do questionário construído para este efeito¹⁷, pelo que, a ausência das mesmas pode ter comprometido os resultados obtidos. Um outro factor a considerar a este propósito é o tamanho do sub-grupo categorizado segundo a presença de maus-tratos (n = 14), o qual limita a discussão dos resultados estatisticamente não significativos.

Tabela 123. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função de *história de maus-tratos na infância* (n = 62)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Maus-tratos na infância					
	Não (n = 46)		Sim (n = 14)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.76	0.55	2.83	0.69	-0.158	0.875
Sub-escala Envolvimento em casa	3.01	0.76	2.89	0.68	-0.839	0.401
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.76	0.70	2.65	0.77	-0.341	0.733
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.67	0.64	2.62	0.64	-0.158	0.874
Escala Recursos Externos	2.75	0.49	2.77	0.46	-0.245	0.117
Escala Recursos Internos	2.81	0.57	3.06	0.49	-1.566	0.807
Escala Total	2.76	0.47	2.85	0.50	-0.542	0.588

¹⁷ Cf. Capítulo Metodologia

Não obstante estas considerações, como podemos ver na Tabela 124, os adolescentes que estiveram institucionalizados na infância parecem reportar a existência de mais recursos a nível do contexto escolar, por comparação com os não institucionalizados na infância. Nas restantes escalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos. Não sabemos no entanto, se os adolescentes institucionalizados na infância correspondem àqueles que posteriormente, pela carência de recursos familiares, são os que estavam institucionalizados no momento da recolha dos dados. Se assim for, esta seria uma explicação possível para o resultado encontrado, uma vez que, uma pontuação média superior na sub-escala envolvimento na escola pelos adolescentes institucionalizados representaria o vínculo actual à instituição-escola (o Centro Educativo) onde os adolescentes residem a maior parte do ano, ou seja, com os pares e com os técnicos com quem estabelecem vínculos emocionais.

Tabela 124. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função de *história de institucionalizações* (n = 62)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Institucionalizações					
	Não (n = 52)		Sim (n = 10)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.70	0.57	3.19	0.46	-2.506	0.012*
Sub-escala Envolvimento em casa	3.01	0.76	3.01	0.72	-0.078	0.938
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.77	0.68	2.58	0.86	-0.537	0.591
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.65	0.65	2.73	0.60	-0.385	0.700
Escala Recursos Externos	2.75	0.48	2.84	0.47	-0.402	0.688
Escala Recursos Internos	2.84	0.56	3.11	0.54	-1.476	0.140
Escala Total	2.96	0.46	2.76	0.47	-1.244	0.213

* $p \leq 0.05$.

De forma a procurarmos estudar esta possibilidade, procedemos a análises comparativas entre os adolescentes institucionalizados e os não institucionalizados. Os resultados encontrados indicaram diferenças estatisticamente não significativas entre os dois grupos: Sub-escala Envolvimento na escola ($M-W = 351.50$, $Z = -1.309$, $p = 0.191$); Sub-escala Envolvimento em casa ($M-W = 311.50$, $Z = -1.774$, $p = 0.076$); Sub-escala Envolvimento na comunidade ($M-W = 440.50$, $Z = -0.007$, $p = 0.994$); Sub-escala Envolvimento com grupo de pares ($M-W = 361.00$, $Z = -1.172$, $p = 0.241$); Escala Recursos Externos ($M-W = 328.00$, $Z = -1.650$, $p = 0.099$); Escala Recursos Internos ($M-W = 401.00$, $Z = -0.583$, $p = 0.560$), Escala Total ($M-W = 383.00$, $Z = -0.846$, $p = 0.398$). Assim, a hipótese explicativa por nós acima colocada não pode ser aqui considerada.

4.3. Características do comportamento delinquente

Para analisarmos possíveis diferenças nas pontuações das Escalas da Resiliência segundo as características do comportamento delinquente: idade do primeiro delito, persistência do comportamento delinquente, aumento de gravidade do comportamento delinquente e uso de violência, procedemos a estatísticas de comparação de média ou correlacionais, consoante o tipo de variáveis.

Em primeiro lugar pretendemos observar se *a idade do primeiro delito* oficialmente conhecido, estava associado aos valores médios das pontuações obtidas nas escalas e sub-escalas do HKRA. Consoante é apresentado na Tabela 125, os resultados sugerem a inexistência de associações entre estas variáveis.

Tabela 125. Correlação de *Spearman* entre as escalas e sub-escalas do IKRA e a idade do primeiro delito (n = 63)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Idade do primeiro delito (5-16 anos)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Sub-escala Envolvimento na escola	0.007	0.957
Sub-escala Envolvimento em casa	-0.068	0.610
Sub-escala Envolvimento na comunidade	0.092	0.484
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	-0.084	0.525
Escala Recursos Externos	0.022	0.869
Escala Recursos Internos	-0.024	0.854
Escala Total	0.020	0.877

De igual forma, consoante é apresentado na Tabela 126, não foram encontradas diferenças nos valores das escalas do HKRA relativas à variável *persistência do comportamento delinquente*.

Tabela 126. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função da *persistência do comportamento delinquente* (n = 63)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Persistência do comportamento delinquente					
	Sim (n = 29)		Não (n = 34)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.82	0.50	2.75	0.65	-0.014	0.989
Sub-escala Envolvimento em casa	3.03	0.63	3.00	0.83	-0.212	0.832
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.69	0.60	2.78	0.78	-1.140	0.254
Sub-escala Envolv. com grupo de pares	2.70	0.63	2.63	0.64	-0.430	0.667
Escala Recursos Externos	2.73	0.43	2.79	0.52	-1.076	0.282
Escala Recursos Internos	2.86	0.44	2.89	0.65	-1.277	0.202
Escala Total	2.75	0.41	2.82	0.52	-0.979	0.328

A tabela 127 apresenta os resultados obtidos nos valores das escalas do HKRA em função do aumento da gravidade dos delitos praticados pelos adolescentes da amostra. Do mesmo modo, não foram encontrados resultados com significância estatística entre os dois grupos.

Tabela 127. Médias, desvios-padrão das escalas e sub-escalas do IKRA e teste Mann-Whitney em função do aumento da gravidade dos delitos praticados (n = 62)

Escalas e sub-escalas do HKRA	Aumento de gravidade dos delitos					
	Sim (n = 19)		Não (n =43)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.73	0.50	2.80	0.62	-1.049	0.294
Sub-escala Envolvimento em casa	3.10	0.54	2.97	0.82	-0.320	0.749
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.67	0.49	2.77	0.79	-1.208	0.227
Sub-escala Envolv. com grupo de pares	2.72	0.63	2.64	0.64	-0.292	0.771
Escala Recursos Externos	2.73	0.37	2.78	0.52	-1.008	0.314
Escala Recursos Internos	2.89	0.37	2.89	0.63	-0.757	0.449
Escala Total	2.75	0.38	2.82	0.51	-0.817	0.414

Consoante indica a Tabela 128, não foram igualmente encontrados resultados com valores estatisticamente significativos referentes às pontuações nas escalas do IKRA que permitam sugerir diferenças nos índices de resiliência atribuíveis aos dois grupos categorizados de acordo com o uso ou não de violência associada ao comportamento delitivo.

Tabela 128. Médias, desvios-padrão e teste Mann-Whitney em função da variável *uso de violência* (n = 63)

Escala e sub-escalas do HKRA	Uso de violência					
	Sim (n = 21)		Não (n = 42)		Z	p
	M	DP	M	DP		
Sub-escala Envolvimento na escola	2.89	0.56	2.73	0.58	-1.192	0.233
Sub-escala Envolvimento em casa	3.12	0.59	2.96	0.80	-0.566	0.571
Sub-escala Envolvimento na comunidade	2.78	0.78	2.71	0.67	-0.730	0.465
Sub-escala Envolvimento com grupo de pares	2.84	0.45	2.57	0.69	-1.202	0.230
Escala Recursos Externos	2.82	0.38	2.73	0.52	-0.598	0.550
Escala Recursos Internos	2.96	0.41	2.84	0.62	-0.401	0.688
Escala Total	2.83	0.39	2.77	0.51	-0.569	0.570

Estes resultados relevam-se portanto inconclusivos. Um estudo conduzido com uma amostra maior de participantes provavelmente permitiria resultados mais confirmatórios ao nível da comparação entre grupos segundo as variáveis categorizadas para identificar nos jovens com uma problemática psicossocial, quer relativos aos factores de risco sócio-familiares, quer ao nível de tipologias do comportamento delincente.

5. Análises correlacionais

5.1. Relações entre a medida de avaliação da Resiliência (HKRA) e os indicadores de psicopatologia

Tendo em vista analisar possíveis associações entre a percepção de resiliência dos adolescentes delinquentes e os indicadores de perturbações psicopatológicas globais – Índice Geral de sintomas do BSI e específicos – escalas do APS-SF, optámos por análises correlacionais de Pearson.

O resultado da correlação de Pearson efectuada entre os valores de resiliência Total e os valores do IGS sugere a não existência de relação entre estas duas variáveis ($r = -0.053$, $p = 0.677$), ao contrário dos resultados encontrados no Estudo 2 em que obtivemos uma associação com significância estatística entre os valores obtidos nas duas escalas HKRA e BSI.

Podemos inferir destes resultados, que um relato de problemas emocionais pelos adolescentes, avaliados de acordo com o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), não parece estar associado de forma significativa à percepção de menores recursos resilientes nos adolescentes delinquentes. No entanto, porque o BSI pode não apresentar especificidade suficiente na triagem de problemas psicopatológicos nestes adolescentes, deveremos confirmar estes resultados, prosseguindo com a análise de eventuais associações entre as escalas do APS-SF e as escalas de avaliação de resiliência.

Assim, na Tabela 129 apresentamos a matriz de correlações efectuada com o objectivo de percebermos se as pontuações obtidas nas escalas do HKRA se associam, de algum modo com as escalas clínicas do APS-SF.

Encontramos associações significativas e negativas entre a escala Problemas de Comportamento e as sub-escalas Envolvimento na Escola e Envolvimento em Casa, sugerindo que os adolescentes que apresentam problemas de comportamento também percebem menos recursos ambientais nestes dois domínios – família e escola.

Por sua vez, a sub-escala Envolvimento na Comunidade parece associar-se de forma positiva e significativa ao relato de Problemas Académicos (PA), sugerindo que, nos adolescentes com percurso delinvente, um envolvimento na comunidade de pertença não parece ser protector ao nível do envolvimento escolar e do desempenho académico. Se atendermos à percentagem de participantes neste estudo que são oriundos de um meio urbano (87.3%) e tivermos presente as conclusões do estudo apresentado pelo Observatório Permanente da Justiça Portuguesa referente à proveniência de zonas urbanas degradadas e de famílias desestruturadas (Santos et al., 2004), podemos corroborar a diversidade de estudos que indicam, entre a multitudine de factores contributivos para a delinquência juvenil, a associação entre o risco social, os problemas académicos e a delinquência juvenil (Bender & Losel, 1997; Born, Chevalier, & Humblet, 1997; Lane, Beebe-Frankenberger, Lambros & Pierson, 2001; Kurtz, Thornes & Bairy, 1998, Stouthamer-Loeber, Loeber, Homish & Wei, 2001).

Por fim, a escala Problemas de Auto-conceito surge nesta análise negativa e significativamente associada às pontuações nas escalas Recursos Internos e Resiliência Total, sugerindo que uma auto-percepção negativa do adolescente está relacionada com

uma percepção também baixa das suas competências resilientes (isto é, a capacidade em ultrapassar a adversidade) e com uma baixa percepção de recursos do seu ambiente, no global.

Tabela 129. Matriz de correlações entre as escalas clínicas do APS – SF e os Recursos de Resiliência (HKRA) (n = 63)

Escalas APS-SF¹⁸	Escalas HKRA						
	<i>Env.Escola</i>	<i>Env.Casa</i>	<i>Env.Comunid.</i>	<i>Env.Pares</i>	<i>Recursos Externos</i>	<i>Recursos Internos</i>	<i>Resiliência Total</i>
PC	-0.261*	-0.250*	0.010	-0.115	-0.174	-0.194	-0.239
PO	-0.089	-0.144	0.111	-0.056	-0.100	-0.072	-0.186
AS	0.008	0.073	0.150	0.126	0.095	-0.013	0.048
PIV	0.046	0.002	0.164	0.040	0.044	0.008	-0.023
PA	-0.082	-0.024	0.263*	0.006	-0.004	-0.075	-0.117
PAG	0.056	-0.041	0.149	-0.028	0.011	-0.011	-0.047
PPST	0.040	0.046	0.107	-0.055	-0.024	0.109	-0.052
DEP	-0.002	-0.013	0.165	-0.025	-0.028	0.060	-0.117
PCA	0.005	0.025	-0.099	-0.047	-0.081	0.030	-0.047
SUI	-0.154	-0.147	0.052	-0.144	-0.205	-0.145	-0.302*
PAC	-0.175	-0.099	-0.008	-0.277*	-0.312*	-0.322*	-0.401**
PIP	0.004	-0.192	-0.024	-0.188	-0.175	-0.030	-0.200

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * Correlações significativas para $p \leq 0.05$.

Também de salientar é a associação negativa e significativa encontrada entre a escala Resiliência Total e a escala Tendência para o Suicídio (para $p \leq 0.05$) e entre a

¹⁸ Nota: PC – Perturbação do Comportamento, PO – Perturbação de Oposição, AS – Abuso de Substâncias, PIV – Propensão à Ira /Violência, PA – Problemas Acadêmicos, PAG – Perturbação Ansiedade Generalizada, PPST – Perturbação Pós-Stress, DEP – Depressão Major Traumático, PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar, SUI – Tendência para o Suicídio, PAC – Problemas de Auto-conceito, PIP – Problemas Interpessoais.

Resiliência Total e a escala Problemas de Auto-conceito (para $p \leq 0.01$), sugerindo que os adolescentes com um baixo auto-conceito e com ideação suicida apresentam uma percepção global dos seus recursos resilientes relevantemente mais baixa.

Sendo a escala Problemas de Auto-conceito concebida como um indicador, quer de sentimentos de auto-desvalorização, quer do auto-conceito físico e social, e tendo-se presente a comorbilidade entre esta característica psicológica e a Tendência para o Suicídio (Reynolds, 2000), as intervenções que se pretendem preventivas de futuros problemas psicossociais junto dos adolescentes com um percurso anti-social deveriam focalizar-se também nesta característica psicológica.

5.2. Relações entre a medida de avaliação de psicopatologia e a percepção do Afecto e das Práticas Educativas parentais

Para analisarmos a existência de eventuais associações entre as escalas do IPA e os indicadores de psicopatologia avaliados pelas escalas do APS-SF, efectuámos o procedimento correlacional de Pearson, cujos resultados passamos a apresentar na Tabela 130.

Os resultados encontrados sugerem associações negativas e significativas entre a expressão de problemas de comportamento avaliados pelas escalas PC e PO e uma percepção baixa do Amor parental. Encontramos igualmente uma associação negativa e significativa entre as escalas que avaliam problemas interiorizados – PIV, PPST, SUI e PIP e a escala percepção do Amor parental. A percepção do Controlo parental surge também negativa e significantemente associada com os problemas avaliados pela escala Perturbação

de Oposição (PO). Estes resultados sugerem que as percepções do Amor e do Controlo parental podem ser considerados como factores protectores face à manifestação destes problemas psicopatológicos na nossa amostra delinquente.

Tabela 130. Matriz de correlações entre as escalas do APS- SF e as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes (n = 63)

Escalas do APS-SF	IPA			
	<i>Percepção Amor</i>	<i>Percepção Hostilidade</i>	<i>Percepção Controlo</i>	<i>Percepção Autonomia</i>
Perturb.Comportamento (PC)	-0.355**	0.137	-0.166	-0.020
Perturb. Oposição (PO)	-0.428**	-0.014	-0.278*	-0.247
Abuso de Substâncias (AS)	-0.122	-0.038	-0.092	-0.125
Propensão Ira /Violência (PIV)	-0.344**	0.074	0.037	-0.219
Problemas Académicos (PA)	-0.143	0.218	0.037	-0.042
Perturb. Ansiedade Generalizada (PAG)	-0.225	0.021	0.024	-0.019
Perturb. Pós-Stress Traumático (PPST)	-0.283*	-0.083	-0.124	-0.131
Depressão Major (DEP)	-0.188	0.143	0.087	-0.087
Perturb. Comportamento Alimentar (PCA)	0.040	-0.019	0.029	0.129
Tendência Suicídio (SUI)	-0.412**	-0.017	-0.167	-0.192
Probl. Auto-conceito (PAC)	-0.188	0.129	-0.052	-0.209
Probl. Interpessoais (PIP)	-0.406**	0.120	-0.143	-0.245

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

5.3. Relações entre a medida de avaliação de Resiliência (HKRA) e a percepção do Afecto e das Práticas Educativas parentais

A tabela 131 apresenta a matriz de correlações entre as escalas do Inventário de Percepções Adolescentes e os Recursos de Resiliência avaliados pelo HKRA.

Relativamente à dimensão Afecto parental, a escala Percepção do Amor parental apresenta-se positivamente e significativamente associada com as sub-escalas

Envolvimento na Escola, Envolvimento em Casa e Envolvimento na Comunidade e ainda com a escala Recursos Externos. A escala Percepção de Hostilidade parece estar significativamente e negativamente associada com a percepção dos Recursos Internos. A Percepção do Controlo parental parece estar positivamente relacionada com o Envolvimento em Casa, com o Envolvimento na Comunidade, com a escala Recursos Externos e ainda com a Resiliência Total. Por sua vez, a percepção de Autonomia parental surge associada positiva e significativamente com a sub-escala Envolvimento em Casa.

Os resultados encontrados levam-nos a sugerir que o Afecto parental e ainda as práticas educativas parentais, particularmente aquelas centradas no controlo ou supervisão parentais devem ser perspectivados como factores associados à maior ou menor presença de recursos de resiliência nestes jovens. O incremento da resiliência nestes jovens passará, muito provavelmente, pela intervenção no contexto familiar.

Tabela 131. Matriz de correlações entre a Percepções das Atitudes Parentais (IPA) e os Recursos de Resiliência (HKRA) (n = 63)

HKRA	IPA			
	<i>Amor</i>	<i>Hostilidade</i>	<i>Controlo</i>	<i>Autonomia</i>
<i>Envolv. Escola</i>	0.300 *	0.059	0.237	0.179
<i>Envolv. Casa</i>	0.613 **	-0.001	0.432 **	0.295 *
<i>Envolv. Comunidade</i>	0.385 **	0.075	0.396**	0.239
<i>Envolv. Pares</i>	0.247	-0.130	0.182	0.113
<i>Recursos Externos</i>	0.401**	-0.051	0.373 **	0.156
<i>Recursos Internos</i>	0.209	-0.294 *	0.230	-0.107
<i>Resiliência Total</i>	0.367 **	-0.110	0.349 **	0.073

** Correlações significativas para $p \leq 0.01$; * correlações significativas para $p \leq 0.05$.

6. Síntese

A investigação sobre os factores de risco e os factores protectores psicossociais em adolescentes delinquentes facultou alguns resultados que consideramos pertinentes e outros inconclusivos face aos objectivos colocados neste capítulo. Após a apresentação e discussão dos resultados obtidos no Estudo 3, iremos agora debruçar-nos sobre aqueles mais revelantes.

Da amostra de 63 adolescentes abrangidos pela Lei Tutelar Educativa (13 raparigas e 50 rapazes), 68.3% encontravam-se em fase de cumprimento de Medida Tutelar Educativa (28.6% encontravam-se sob medida de acompanhamento educativo, 33.3% cumpriam medida de internamento em centro educativo, cumprindo os restantes por outro tipo de medidas comunitárias ou formativas). As informações recolhidas junto dos técnicos de reinserção social permitiram caracterizar os sujeitos relativamente às variáveis persistência do comportamento delinvente (46%) e ao aumento da gravidade dos delitos praticados (30%).

Observámos ainda uma baixa diversidade de delitos cometidos: 67% dos adolescentes havia cometido um só tipo de delitos, 23.5% tinha praticado entre dois a três tipos de delitos e somente 1.5% tinha cometido quatro a cinco tipos diferentes de delitos. O cometimento do primeiro delito (segundo as informações oficiais) incide na idade de 14 anos (38%), embora a amplitude de idades diste entre os 5 e os 16 anos. Por último, verificámos que a maioria do comportamento delinvente ocorreu em contexto de grupo de pares (79.4%). De acordo com a literatura, estes dados sugerem um maior risco para reincidência num percurso delinvente no subgrupo de adolescentes com comportamento

anti-social persistente, com início precoce e com aumento de gravidade dos delitos, se não houver intervenção (Barnoski, 1998, 2004; LeBlanc, 1998; Lipsey & Derzon, 1998, Tarolla et al., 2002).

No que diz respeito às relações familiares, os pais de 22.2% dos participantes manifestam conflitos conjugais e 14.3% dos adolescentes têm uma relação com a mãe pautada por conflito, observando-se, de igual modo, em 25.4% dos casos, conflitos na relação com o pai. Tem sido referido invariavelmente que a falência da supervisão e da disciplina parental, assim como relações pais-filhos pautadas por conflitos, são factores de risco para comportamento anti-social nos adolescentes (e.g., Farrington et al., 1988; Farrington & West, 1989; Loeber et al., 2001; Rutter et al., 1998; Wolf, 1995). Na nossa amostra, um subgrupo de adolescentes parece não beneficiar quer de proximidade emocional na relação com os pais, quer de supervisão e disciplina parental, factores estes que se preconizam como protectores face a um percurso desviante.

Relativamente aos indicadores do sucesso académico, os resultados apontam para problemas académicos numa percentagem relevante de sujeitos. Por exemplo, constatamos que 55.9% reprovou entre três a seis vezes e que 54.0% não se encontra motivado para a escola. Do mesmo modo, a abstenção escolar é elevada (63.7%), sendo que 52.9 % dos adolescentes tinham abandonado os estudos e apenas 23.5% se encontrava a frequentar um curso de formação profissional. Como concluímos da revisão da literatura, o envolvimento na formação académica ou profissionalizante são consideradas entre as variáveis protectoras de um percurso delinvente (Carr & Vandiver, 2001; McCluskey et al., 2004; Moffit, 1993, 1996). Assim sendo, estes adolescentes parecem estar desprotegidos ao nível da inserção escolar / profissional quando entram em contacto com o sistema de justiça.

Relativamente às características descritivas das variáveis familiares, académicas e associadas ao comportamento delinvente, concluímos que os resultados obtidos são pouco conclusivos, carecendo de investigação posterior, de forma a perceber se, na população portuguesa, estas características podem contribuir para predizer, tal como atestam diversos autores, a persistência ou recorrência de delinquência (e.g., Moffit, 1993, 1996; Tarolla et al., 2002). A investigação sobre as variáveis eventualmente preditivas de um percurso delinvente persistente exigirá a utilização de um futuro estudo com um desenho longitudinal prospectivo.

Num segundo momento do Estudo 3, procurámos investigar possíveis diferenças nos resultados obtidos nas escalas de avaliação de psicopatologia em função de variáveis individuais (sexo, idade e características do comportamento delinvente), em função das variáveis contextuais ou sócio-familiares (NSE, estrutura e a escolaridade dos pais, estrutura e dimensão do agregado familiar, tamanho e lugar do adolescente na fratria) e ainda em função dos diversos indicadores de risco psicossocial (institucionalizações, separações significativas de figura parental, motivos atribuídos para as separações, problemas de comportamento na infância e desempenho académico), por forma a esclarecer se as variáveis de risco são comuns aos dois grupos (da população geral e delinvente).

Ao contrário dos resultados obtidos no Estudo 2, os resultados comparativos por grupos na maioria destas variáveis não influenciaram de forma significativa os indicadores de perturbações psicopatológicas expressos pelo Índice Geral de Sintomas (BSI), com excepção das variáveis definidas com base nos registos oficiais: a *idade do primeiro delito* – sugerindo que o relato de sintomas psicopatológicos tende a ser mais elevado com o aumento da idade em que é cometido o primeiro delito; o *lugar que o adolescente ocupa na*

fratria – sugerindo que quanto mais velho é o adolescente na fratria mais vulnerável este poderá estar para a manifestação de problemas emocionais e, ainda, os conflitos conjugais manifestos – os adolescentes cujos pais têm uma relação conflituosa parecem apresentar um índice de sintomas psicopatológicos significativamente superior ao dos adolescentes cujos pais não apresentam conflitos aparentes, o que é sugestivo da importância dos conflitos familiares para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos nos filhos.

Posteriormente descrevemos a amostra delincente segundo os Níveis de Severidade Clínica de Psicopatologia da escala APS-SF, comparando-a com a distribuição percentual obtida no Estudo 2 (adolescentes da população geral). Distinguiram-se as percentagens marcadamente superiores no grupo delincente nos níveis de Severidade Clínica das escalas Perturbação do Comportamento, Perturbação Pós-Stress Traumático, Tendência para o Suicídio e da escala Propensão à Ira e à Violência. Apesar de não poderem ser considerados de forma inferencial, estes resultados sugerem que a amostra delincente tenderá a apresentar mais problemas de âmbito psicopatológico ao nível destas características, como evidenciou Reynolds (2000) relativamente ao significado clínico que deve ser atribuído a estas escalas. Pensamos que o estudo das Perturbações Perturbação de Stress Pós-Stress Traumático e da Tendência para o Suicídio são particularmente relevantes, por implicarem riscos quer em termos de sofrimento psíquico, quer em termos de uma propensão para o suicídio ou para equivalentes suicidários (isto é, a procura de situações que implicam risco de vida, de que são exemplo, alguns delitos de Código de Estrada).

Também relativamente à escala Perturbação Pós-Stress Traumático, devemos salientar que Vermeiren (2003) chamou a atenção para o facto desta perturbação ser não só

insuficientemente estudada em adolescentes com comportamento anti-social mas ser também frequentemente interpretada como uma Perturbação de Hiperactividade, uma vez que as crianças e os adolescentes podem exprimir a ansiedade associada ao trauma através de um comportamento hiperactivo e além do mais, os problemas de comportamentos são frequentemente mais notórios para os técnicos.

Por sua vez, os resultados obtidos na escala Problemas Académicos da APS-SF coloca-nos algumas questões. Se os valores percentuais indicados ao nível da presença de problemas académicos no grupo estudado, nomeadamente, o número de retenções, a motivação para a escola, as abstenções escolares e o abandono escolar, fariam supor pontuações elevadas na escala Problemas Académicos, a verdade é que tal não se verifica. Pensamos que este resultado se fica a dever à percentagem de adolescentes da amostra que estão actualmente a cumprir medidas tutelares (cerca de 68%), as quais passam habitualmente pelo delineamento de um projecto educativo (integração escolar e / ou profissional). Entre estes é também de salientar, a percentagem da amostra (33%) que se encontra a cumprir medida de internamento em centros educativos do IRS, nos quais a formação escolar é um projecto prioritário. Assim, estes resultados podem ter sido influenciadas pela intervenção e pelas expectativas dos técnicos face ao envolvimento escolar do adolescente no contexto da medida de acompanhamento educativo ou da medida de internamento. Esta questão merece ser aprofundada através de um estudo longitudinal que compreenda o seguimento dos sujeitos na adultez, de forma a avaliar a eficácia das intervenções em termos da sua reinserção sócio-profissional.

Ainda de realçar são as diferenças globais encontradas no relato de sintomas psicopatológicos entre os adolescentes que são seguidos ambulatoriamente pelas Equipas

de Família e Menores do IRS e os adolescentes institucionalizados. Assim, verificámos que, comparativamente aos adolescentes seguidos pelas equipas de Família e Menores do IRS, os adolescentes oriundos dos dois Centros Educativos do Ministério da Justiça que participaram no estudo, tendem a apresentar índices de sintomas psicopatológicos mais elevados nas escalas Perturbação de Oposição, Propensão à Ira/Violência, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Perturbações do Comportamento Alimentar e Problemas Interpessoais.

Podemos, assim, inferir que os adolescentes institucionalizados tendem a experienciar mais problemas de saúde mental de tipo interiorizado comparativamente aos não institucionalizados. Estes resultados apontam no mesmo sentido dos estudos que encontraram um maior índice de desordens psicopatológicas e uma maior comorbilidade entre ansiedade e depressão nos delinquentes juvenis em situação de internamento, comparativamente com aqueles que não são submetidos a uma medida de internamento (Robertson et al., 2004; Vermeiren, 2003). A este propósito colocam-se-nos duas possibilidades: os problemas de saúde mental são precipitados pelo contexto de institucionalização; ou, de outro modo, a psicopatologia destes jovens propicia a uma maior gravidade na tipologia e na persistência de comportamento delincente, o qual, consequentemente, acarreta ao internamento compulsivo em Centro Educativo, o que explicaria o maior número de perturbações encontradas nestes adolescentes. As limitações já referidas ao nível do desenho transversal deste estudo e ainda a dimensão da amostra impedem que possamos responder a esta questão.

Observámos, de igual, modo diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala Problemas Interpessoais entre os grupos categorizados de acordo com as

circunstâncias do delito, sugerindo que os adolescentes que cometeram delitos *contra pessoas* tendem a apresentar mais problemas nesta esfera de funcionamento. Por sua vez, os adolescentes que delinquiram em grupo de pares parecem mais propensos a sintomas depressivos, comparativamente aos adolescentes que cometeram os delitos a sós. A este propósito, Sá (2002) sugeriu que os adolescentes que cometem actos delinquentes solitários apresentam perturbações psicopatológicas mais graves. No entanto, porque a APS-SF não apresenta um indicador de perturbações pré-psicóticas ou psicóticas, esta questão não fica devidamente esclarecida.

Também relevantes parecem ser os resultados que sugerem que os adolescentes com uma história de problemas de comportamento na infância tendem a apresentar igualmente maiores índices de sintomatologia nas perturbações interiorizadas do comportamento (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Depressão Major, Problemas do Comportamento Alimentar e Problemas Interpessoais), resultados que apontam, de algum modo, para uma continuidade na manifestação de perturbações psicopatológicas da infância para a adolescência.

Outro resultado que nos parece significativo face aos objectivos propostos, é o de que o grupo de adolescentes cujo agregado familiar não integra uma figura paterna (pai ou padrasto) apresenta mais problemas ao nível de Comportamento de Oposição. Tal como no estudo com o grupo escolar, este resultado sugere a importância de uma figura masculina no contexto sócio-emocional e educativo para a adaptação sócio-emocional dos adolescentes (Braconnier & Marcelli, 2000; Flouri & Buchanan, 2003; Matos, 2002).

A disciplina parental adequada tem sido apontada como um factor protector dos problemas de comportamento e as regras educativas inconsistentes como um factor de risco

para o comportamento anti-social (Dumas, 1989; Strand, 2000; Warren & Simmens, 2005). Neste contexto, comparámos os adolescentes consoante a presença ou ausência de disciplina parental actual, segundo a informação fornecida pelos técnicos de reinserção social. Encontrámos assim diferenças estatisticamente significativas nas escalas Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Propensão à Ira e à Violência, Perturbação Pós-Stress Traumático e Problemas Interpessoais, os quais sugerem que os adolescentes cujos pais não exercem uma função disciplinar e que, portanto, não estabelecem limites ou regras educativas, reportam significativamente mais problemas exteriorizados e interiorizados associados a estas áreas problema.

Também os antecedentes criminais parentais, referenciados na literatura como um factor de risco relevante para a delinquência juvenil (Born, Chevalier & Humblet, 1997; Farrington, Gallagher, Morley, St. Leger, & West, 1988; Farrington & West, 1989; Smith & Farrington, 2004), surgem neste estudo como uma variável significativamente associada à presença de perturbações psicopatológicas, nomeadamente à Perturbação de Oposição, à Propensão para a Ira e a Violência, aos Problemas Académicos, à Perturbação de Ansiedade Generalizada e à Perturbação Pós-Stress Traumático.

De forma idêntica, a existência de comportamento delinquente em irmãos parece estar associada a um maior relato de Perturbação de Oposição, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Perturbação Pós-Stress Traumático, o que aponta para a necessidade de estudarmos mais aprofundadamente as patologias da dinâmica familiar. Os resultados encontrados vão, assim, de encontro aos diversos estudos transversais e longitudinais documentados na literatura, os quais têm consistentemente encontrado, associado ao

percurso marcadamente delinvente na adolescência, uma história de delinquência familiar (Tarolla et al., 2002; Wasserman & Seracini, 2001).

Relativamente aos problemas académicos, os nossos resultados sugerem que os adolescentes que não estão motivados para a escola apresentam também mais sintomas psicopatológicos associados a Perturbação do Comportamento, Perturbação de Ansiedade Generalizada e ainda a Perturbações do Comportamento Alimentar. Por sua vez a variável abstenção escolar (fuga à escola) parece estar associada a uma manifestação significativamente superior de perturbações de tipo exteriorizado (Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e Abuso de Substâncias) e ainda, a um índice mais elevado de pontuações nas seguintes perturbações de tipo interiorizado, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático e Problemas Interpessoais).

O abandono escolar surge igualmente associado a um conjunto de perturbações, exteriorizadas (Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição, Abuso de Substâncias e Problemas Académicos) e interiorizadas (Propensão para a Ira e a Violência, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Pós-Stress Traumático, Perturbações do Comportamento Alimentar, Tendência para o Suicídio e Problemas Interpessoais).

Na literatura os factores académicos, (nomeadamente o insucesso académico) são identificados como factores de risco para o comportamento anti-social e para a reincidência no percurso delinvente (Farrington et al., 1988; Farrington & West, 1989; Farrington et al., 2001; Loeber et al., 2001). Os resultados deste estudo permitem afirmar que os adolescentes delinquentes com problemas académicos tendem a manifestar também mais problemas psicopatológicos, quer ao nível da dimensão exteriorizada, quanto ao nível da dimensão interiorizada de comportamento. Estes resultados corroboram o que já

anteriormente tínhamos encontrado ao nível dos adolescentes da população geral, isto é, que os factores académicos parecem ser um indicador válido e útil na persecução de um estudo mais aprofundado, tendo em vista a triagem e a intervenção de problemas emocionais nos adolescentes. Não obstante, tal como concluímos da revisão da literatura (e.g., Moffit, 1993, 1996), uma vez que o envolvimento escolar (ou uma alternativa profissionalizante) é protector face a um percurso delinvente, este recurso deve ser incrementado junto dos adolescentes.

Num terceiro momento, foi nosso objectivo estudar a percepção do afecto e das práticas educativas parentais na amostra delinvente. Os resultados das análises efectuadas sugerem que um comportamento delinvente com início precoce está, de algum modo, associado a relações pais-adolescente pautadas por maior hostilidade. A este propósito o relatório publicado pelo *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention* (1995) associa as expectativas parentais negativas e os castigos inconsistentes ou excessivamente severos ao percurso delinvente na adolescência.

Os resultados da comparação dos grupos em função da existência de conflitos entre os pais sugerem igualmente que os adolescentes cujos pais não apresentam uma relação conflitual manifesta, tendem a reportar níveis mais elevados na escala Percepção de Amor. No sentido em que preconizam Lerner e colaboradores (2005), os conflitos conjugais estão entre os factores de vulnerabilidade familiar pela probabilidade acrescida de interferirem nas competências parentais. Este resultado sugere assim que uma relação parental conflituosa pode interferir na qualidade da parentalidade. Utilizando uma terminologia psicodinâmica, os conflitos conjugais interferem na disponibilidade emocional dos pais, reduzindo a sua capacidade em responder às necessidades emocionais do adolescente. Fica

no entanto por responder a questão levantada por Balbernie (2002) e por Strand (2000) de percebermos se os conflitos parentais terão um impacto imediato na criança ou se este factor será de risco por afectar a qualidade da parentalidade. Resta-nos aqui adiantar que, embora não saibamos o seu peso relativo, provavelmente os dois factores são relevantes para o bem-estar das crianças e adolescentes.

Por sua vez, o grupo de adolescentes que apresenta uma história de institucionalizações na infância, parece apresentar níveis de percepção do Amor parental significativamente mais baixos, por comparação com o grupo de adolescentes não institucionalizado durante este período. No mesmo sentido, os adolescentes que sofreram maus-tratos na infância apresentam níveis significativamente mais baixos na percepção quer do Amor, quer do Controlo parental, sugerindo uma maior falência das funções parentais neste subgrupo. Contudo, uma vez que, não encontrámos níveis de percepção de Hostilidade parental superior nestes subgrupos, os resultados encontrados levam-nos a questionar sobre as defesas psíquicas utilizadas por estes adolescentes. A separação dos pais na infância por institucionalização será mais provavelmente sentida como abandonica. Isto não invalida que a criança possa, através de um trabalho de idealização das imagos parentais, inibir sentimentos de hostilidade face aos pais abandonicos, de modo a preservar os imagos parentais. Este processo de funcionamento psíquico tem sido descrito em estudos da vertente psicodinâmica sobre o abandono infantil e a institucionalização (Diniz, 1997; Rosinha, 2005; Sá & Cunha, 1996; Strecht, 1998).

Por último, a magnitude das correlações entre as diversas dimensões em estudo (psicopatologia, atitudes educativas parentais e resiliência) permite-nos apresentar apenas algumas suposições. Assim, encontrámos associações significativas e negativas entre a

escala Problemas de Comportamento e as sub-escalas Envolvimento na Escola e Envolvimento em Casa, sugerindo que os adolescentes que apresentam problemas de comportamento também percebem menos recursos ambientais nestes dois domínios – família e escola.

Consistente com os resultados anteriores, a sub-escala Envolvimento na Comunidade parece associar-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o relato de Problemas Académicos, indicando que o envolvimento comunitário dos adolescentes com percurso delinquentes parece não ser protector ao nível do envolvimento escolar e do desempenho académico. Se atendermos à percentagem de participantes no estudo que são oriundos de um meio urbano (87.3%) e tivermos presente as conclusões do estudo apresentado pelo Observatório Permanente da Justiça Portuguesa (Santos et al., 2004) relativas à prevalência dos adolescentes abrangidos pela LTE em 2002 que residem em meios urbanos e suburbanos degradados, podemos inferir sobre a vulnerabilidade psicossocial a que estes estão mais provavelmente expostos.

A este respeito, Buysse (1997) afirmou que as relações com pares anti-sociais irão ter uma menor influência no desenvolvimento do comportamento desviante no adolescente se os vínculos familiares, escolares ou comunitários forem fortes. No entanto, esta influência só será protectora face a comportamento anti-social se as normas e os valores na família e na comunidade não forem também desviantes. Também Barnoski (2004) realçou a importância de um ambiente escolar e comunitário na prevenção de delinquência juvenil que apresente expectativas positivas, transmita normas de forma adequada e consistente e seja composta por adultos que estabeleçam com o jovem vínculos estruturantes.

Por fim, a escala Problemas de Auto-conceito surge nesta análise, negativa e significativamente associada às pontuações nas escalas Recursos Internos e Resiliência Total, sugerindo que uma auto-percepção negativa do adolescente está relacionada com uma percepção também baixa das suas competências resilientes (isto é, a capacidade em ultrapassar a adversidade) e com uma baixa percepção de recursos do seu ambiente, no global.

Também de salientar é a associação negativa e significativa encontrada entre a escala Resiliência Total e a escala Tendência para o Suicídio, sugerindo que os adolescentes com ideação suicida apresentam uma percepção global relevantemente mais baixa dos seus recursos resilientes.

Sendo a escala Problemas de Auto-conceito um indicador, quer de sentimentos de auto-desvalorização, quer do auto-conceito físico e social e tendo-se presente a comorbilidade entre esta característica psicológica e a Tendência para o Suicídio (Reynolds, 2000), as intervenções que se pretendem preventivas de futuros problemas psicossociais junto dos adolescentes com um percurso anti-social, deveriam focalizar-se também nesta característica psicológica.

Os resultados ao nível das análises correlacionais efectuadas entre as percepções das Atitudes parentais e as escalas de Resiliência sugerem associações com significância estatística entre a dimensão Afecto parental e os recursos de resiliência – positivos entre o Amor parental e as sub-escalas Envolvimento na Escola, Envolvimento em Casa e Envolvimento na Comunidade e negativos entre a Hostilidade parental e os Recursos Internos de Resiliência. Por sua vez, o factor Controlo parental parece estar positivamente relacionado com o envolvimento na família, na comunidade e ainda com a resiliência total.

Também a percepção de Autonomia parental surge associada positiva e significativamente com a sub-escala Envolvimento em Casa. Os resultados encontrados levam-nos a sugerir que percepções elevadas, quer do Amor parental, quer do Controlo parental, devem ser perspectivadas como factores protectores ou de resiliência nestes adolescentes. Uma abordagem preventiva junto destes jovens passará sem dúvida, pelo incremento da resiliência nestes jovens e especificamente, pela intervenção ao nível dos contextos familiar, escolar e comunitário e ainda por um acompanhamento psicoterapêutico nos adolescentes cujas problemáticas psicológicas são impeditivas de alcançar resultados desenvolvimentais satisfatórios ao nível psicossocial.

CONCLUSÃO

O trabalho que nos propusemos desenvolver insere-se no âmbito da temática geral da psicopatologia da criança e do adolescente. Trata-se de um campo de investigação vasto, que obriga a um trabalho de reflexão sobre os inúmeros factores que são propostos na literatura para explicar, quer os constrangimentos ao desenvolvimento harmonioso, quer os recursos necessários para ultrapassar ou atenuar tais constrangimentos.

A revisão teórica permitiu-nos identificar alguns factores individuais e contextuais de risco, com possível impacto, quer no desenvolvimento de psicopatologia, quer no desenvolvimento de um percurso delinvente na adolescência. Neste sentido, o nosso primeiro objectivo deste trabalho foi o de conhecer algumas variáveis individuais e contextuais que pudessem estar associadas ao relato de problemas psicopatológicos, quer em adolescentes da população geral, quer em adolescentes delinquentes. Num segundo momento, foi nossa intenção identificar possíveis factores protectores ou factores de resiliência face à expressão de perturbações psicopatológicas nos adolescentes.

Iniciámos com o estudo das características psicométricas dos instrumentos de avaliação de psicopatologia utilizados, tendo em vista a sua adaptação para a amostra em estudo (adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos). De uma forma bastante sumária, refira-se que, quer a *Adolescent Psychopathology Scale* (APS-SF), quer o *Brief Symptom Inventory* (BSI), revelaram coeficientes de fidelidade bastante aceitáveis, o que indica uma consistência interna e uma estabilidade temporal satisfatórias. Também os resultados nas análises factoriais com a APS-SF foram consistentes com os obtidos por Reynolds (2000) nos estudos originais. Quanto à validade de constructo do BSI, os resultados permitiram concluir da sua validade enquanto indicador global de avaliação de psicopatologia, mas não da eficácia das suas escalas ou dimensões para avaliar síndromes

clínicos específicos, uma vez que os resultados referentes à unidimensionalidade do constructo sugerem que o inventário não discrimina adequadamente entre as dimensões que pretende medir. Não obstante, com base nos resultados encontrados por outros autores (Boulet & Boss, 1991, Piersma et al., 1994), optámos pela sua utilização como um índice global de avaliação de sintomas psicopatológicos (Índice Geral de Sintomas).

No que diz respeito ao estudo de adolescentes da população escolar (Estudo 2), foram encontradas associações significativas entre os indicadores de psicopatologia avaliados pelas duas medidas de psicopatologia (o BSI e o APS-SF), variáveis individuais (sexo e idade), rendimento académico (número de retenções escolares), factores familiares (nível sócio-económico, dimensão e estrutura familiar) e, ainda, eventuais acontecimentos negativos na infância (separações significativas de um ou de ambos os pais e motivos dessas separações). Na mesma linha, foram avaliadas as relações entre estas variáveis e duas dimensões principais das atitudes educativas parentais (o afecto – amor *versus* hostilidade e as práticas educativas – controlo e autonomia), bem como, entre as variáveis de avaliação de psicopatologia, as variáveis sócio-familiares, as parentais, e, por fim, os recursos de resiliência dos adolescentes.

No que se refere à prevalência de desordens psicopatológicas em adolescentes, diversos estudos epidemiológicos têm concluído da existência de perturbações de ansiedade e de depressão numa percentagem da população desta faixa etária, apontando para uma prevalência de cerca de 10 a 15% (Axelson & Birmaher, 2001) e ainda para a presença de comorbilidade (Glaze, 2001; Reynolds, 2000; Russo & Bidel, 1994; Waldman & Slutske, 2000). No estudo que conduzimos com a amostra proveniente da população escolar, especificamente no que diz respeito às escalas clínicas da APS-SF, encontrámos

indicadores de níveis clínicos de psicopatologia que se aproximam dos referidos por Reynolds (2000) com adolescentes americanos. De uma forma sumária, os resultados obtidos nas doze escalas clínicas do APS-SF, mostraram variações entre um mínimo de 7.5% de sujeitos da amostra que apresentaram um *nível de severidade clínica* na escala *Depressão Major*, até um máximo de 10.8 % de adolescentes que indicaram um *nível clínico* na escala *Perturbações do Comportamento Alimentar*. A prevalência encontrada no nível subclínico de severidade nas escalas *Perturbação de Ansiedade Generalizada*, *Depressão Major* e ainda na escala *Perturbação Pós-Stress Traumático*, foi significativamente superior à das outras escalas, o que implica que tomemos em conta a sua relevância clínica. Na verdade, embora não correspondam a um diagnóstico de psicopatologia, estes resultados sugerem que a expressão de mal-estar emocional na adolescência se manifesta frequentemente através de sintomas de perturbações interiorizadas. Refira-se que os nossos resultados são consistentes com os reportados em diversos estudos (Axelson & Birmaher, 2001, Bolger & Patterson, 2001; Marcelli, 2002; Keiley, Howe, Dodge et al., 2001).

Destacamos também a relativa incidência de *Perturbações do Comportamento Alimentar* e de *Problemas Académicos* ao nível subclínico, o que pode ser um indicador da presença de mal-estar emocional em cerca de 10% dos adolescentes da amostra estudada. No nosso entender, estes resultados podem remeter, quer para um fenómeno transitório e inerente às problemáticas deste período de desenvolvimento, quer para o início de uma perturbação em desenvolvimento. Se assim for, a nossa perspectiva é a de que este subgrupo de adolescentes deveria ser objecto de estudo mais aprofundado, pelo risco acrescido de desenvolver uma perturbação psicopatológica.

No que diz respeito às diferenças encontradas na expressão de psicopatologia em função das variáveis sexo e idade no grupo escolar, em ambos os instrumentos de avaliação de psicopatologia utilizados (BSI e APS-SF), as raparigas revelaram um maior índice de sintomas psicopatológicos. A este propósito são de referir diversos estudos (Costello, 1989; Garber & Flynn, 2001; Noack & Puschner, 1999; Prinz, 2001; Reynolds, 1989; Sheeber et al., 2001) que têm sugerido que ser do sexo feminino constitui um factor de risco individual a considerar no desenvolvimento de desordens de ansiedade e de depressão, a partir do início da adolescência (Garber & Flynn, 2001; Sheeber et al., 2001). De acordo com Sheeber e colaboradores (2001) e com Mullis e colaboradores (2004) importa analisar futuramente os mecanismos biológicos, psicológicos e sociais implícitos no desenvolvimento de rapazes e raparigas, os quais possam explicar tais diferenças nas manifestações psicológicas e comportamentais.

Da mesma forma, encontrámos diferenças significativas entre rapazes e raparigas na manifestação de problemas exteriorizados e de problemas interiorizados. Este resultado é semelhante, de algum modo, aos resultados encontrados na literatura (Moffit, 1993; Sheeber et al., 2001; Tiet et al., 2001). No entanto, Johnstone e Cooke (2004) chamaram a atenção para estudos longitudinais que encontraram um número elevado de adolescentes cujos problemas de comportamento eram transitórios, remetendo-nos para os perigos de uma interpretação errónea dos dados. Porque no nosso estudo as variáveis sexo e idade estão também associadas à intensidade da manifestação das perturbações de comportamento nas escalas associadas à dimensão exteriorizada de psicopatologia (com uma prevalência superior no sexo masculino), o seu desenho transversal impede que façamos inferências relativas à persistência ou à transitoriedade dos resultados encontrados.

Assim, não devemos interpretar como patológica a impulsividade e a imaturidade relacional que possa ser normativa para a fase de desenvolvimento em que o adolescente se encontra (i.e., dos 12 a 14 anos).

Os resultados comparativos entre os dois grupos etários (12 a 14 anos e 15 a 19 anos) indicaram que os adolescentes mais velhos relatam um maior índice de sintomas psicopatológicos na maioria dos indicadores de perturbações psicopatológicas, à excepção da escala *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Estes resultados remetem para a possibilidade de mudanças na expressão de problemas emocionais, realçando-se que, no que se refere às Perturbações do Comportamento Alimentar, os factores etiológicos podem ser distintos das restantes perturbações que foram objecto do nosso trabalho.

Remetemos ainda para os resultados que sugerem diferenças na expressão de psicopatologia entre os dois grupos etários e para possíveis diferenças ao nível dos factores que podem contribuir para o desencadear de diferentes tipos de perturbações durante o processo de desenvolvimento na adolescência, sugerindo que os adolescentes mais velhos experienciam, provavelmente, mais situações *stressantes* associadas às tarefas desenvolvimentais requeridas na segunda metade da adolescência (15 a 19 anos).

Um outro aspecto que parece reforçar esta ideia, prende-se com os resultados obtidos ao nível das percepções de resiliência ou de recursos protectores por parte dos adolescentes da amostra escolar. De facto, observámos pontuações mais elevadas em adolescentes mais novos relativamente ao *Envolvimento na escola*, *Envolvimento em casa*, *Envolvimento na comunidade*, na escala *Recursos Externos* e, ainda, na *Escala Total*. Estes resultados sugerem a existência de mais recursos protectores do ambiente nos sujeitos mais novos ao nível do contexto escolar, familiar e comunitário. Partimos do pressuposto de que

tais diferenças correspondem a uma representação dos contextos reais em que os adolescentes vivem e que não avaliam apenas a forma como os adolescentes mais novos se auto-percebem nem como vivenciam as suas relações com os outros. Neste sentido, consideramos que as diferenças encontradas se justificam em parte, devido à fase de desenvolvimento em que se encontram. No nosso entender, é provável que, no geral, quer a nível do contexto escolar, quer a nível do contexto familiar, as relações dos adolescentes com idades entre os 12 e os 14 anos com adultos significativos (nomeadamente os pais e os professores) tendam a ser pautadas por uma maior proximidade emocional e por um maior suporte instrumental. Esta assumpção justificaria as diferenças encontradas entre os dois grupos etários, tanto ao nível dos indicadores de psicopatologia mais baixos, como ao nível dos recursos externos mais elevados.

Um outro resultado que nos parece significativo face aos objectivos propostos, remete para as diferenças globais encontradas no relato de sintomas psicopatológicos entre adolescentes que habitam com os pais biológicos e adolescentes integrados noutra tipo de família (monoparental, de recasamento ou de avós). No sentido em que referiram Stoiber e Good (1998), viver com a família biológica parece ser um factor protector face ao risco de desenvolvimento de problemas emocionais, uma vez que os adolescentes integrados numa família biparental intacta tendem a reportar de forma significativa menos problemas emocionais que os adolescentes que pertencem a outro tipo de estrutura familiar. No entanto, embora a estrutura familiar pareça ser um indicador de risco para os problemas psicossociais nos adolescentes, provavelmente, o mecanismo de risco específico deverá estar relacionado com a maior vulnerabilidade em termos de suporte emocional e educativo, associada a estruturas familiares não intactas.

Consideramos que, à semelhança de Barnelbie (2002), os factores de risco entendidos isoladamente terão menor probabilidade de ser directamente patogénicos. No entanto, vários factores de risco actuando conjuntamente, podem conduzir a um resultado desenvolvimental desfavorável. Neste contexto, pertencer a uma família monoparental, de recasamento ou de avós, parece estar associado à presença de menores recursos resilientes na família dos adolescentes da população geral. Assim, por exemplo, viver numa família monoparental com baixos recursos sócio-económicos e com presença de conflitos relacionais, poderá constituir maior risco, do que provir de uma estrutura monoparental onde os últimos dois factores não estão presentes.

Os problemas académicos encontram-se entre os factores de risco mais referidos na literatura como estando associados à psicopatologia na adolescência (Braconnier & Marcelli 2000; Gutman et al., 2002; McCluskey et al., 2004; Resnick et al., 1997). No nosso estudo o número de retenções escolares e a presença de indicadores de problemas interiorizados e exteriorizados de psicopatologia, sugerem que os adolescentes com problemas académicos tendem a apresentar também um maior índice de sintomatologia psicopatológica. Ainda que não possamos atribuir uma relação causal unidireccional a estas associações, este resultado é consistente com os obtidos noutros estudos, nos quais foi encontrada uma associação entre insucesso escolar e presença de perturbações psicopatológicas na adolescência (Harland, et al., 2002; Hinshaw, 2002; Herrenkohl et al., 2000; Johnstone & Cooke, 2004; Sandberg & Rutter, 2005; Taylor e Rutter, 2005; Russo & Beidel, 1994). O insucesso escolar parece estar também associado a um contexto sócio-familiar pobre. Sobre este assunto, Annunziata e colaboradores (2006) salientaram a importância das atitudes e das expectativas parentais face aos comportamentos dos filhos e

ao envolvimento académico destes. No nosso estudo, quer a percepção do *Afecto parental*, quer a percepção da *Autonomia parental*, parecem estar positiva e significativamente associadas ao rendimento académico dos adolescentes, sugerindo que estas variáveis parentais podem, de facto, funcionar como moderadores da associação entre rendimento académico e bem-estar emocional dos adolescentes. Também as características individuais de resiliência, em conjunto com os factores protectores contextuais, parecem actuar como factores protectores face ao desempenho académico.

Globalmente, observámos na nossa amostra da população escolar que uma percepção baixa dos recursos internos dos adolescentes (ou competências psicológicas) está associada a uma percepção mais elevada da hostilidade, a uma percepção inferior do amor parental e a uma maior expressão de perturbações interiorizadas e de perturbações exteriorizadas do comportamento. É, pois, neste contexto que, quer a proximidade afectiva na relação pais-filho, quer as práticas parentais centradas na supervisão/controlo, surgem na literatura, de forma consensual, como factores protectores para os problemas psicopatológicos na adolescência. Neste sentido, no que se refere aos recursos externos protectores ou de resiliência, constatamos que é a ausência de recursos familiares e escolares, que mais parece associar-se aos indicadores de perturbações psicopatológicas. Este resultado parece indicar que estes recursos podem desempenhar um papel determinante no desenvolvimento positivo ou adaptativo dos adolescentes avaliados em contexto escolar. Uma vez que, quer o afecto parental, quer o controlo ou supervisão parental, parecem estar relacionados com a resiliência, podemos afirmar à semelhança de outros autores (Southam-Gerow & Kendall, 2000; Kenny & Gallagher, 2002; Rutter, 1985, 1999), que a qualidade da relação pais-filhos e uma adequada supervisão parental

constituem factores protectores dos problemas psicopatológicos na adolescência, através do incremento do número e da qualidade dos recursos de resiliência.

Com o objectivo de confirmar se alguns dos factores associados à manifestação de sintomas psicopatológicos na população adolescente se manifestavam igualmente numa população de adolescentes cuja conduta se caracteriza por problemas de comportamento, estudámos um grupo de adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça. Neste terceiro estudo, foi nosso propósito identificar algumas características individuais e do contexto familiar dos adolescentes, de forma a analisar quais as variáveis que pudessem estar eventualmente associadas à manifestação de psicopatologia e, ainda, analisar os indicadores considerados na literatura como de risco psicossocial para o desenvolvimento e persistência de comportamento delinquente na adolescência.

Para o estudo desta amostra, baseámo-nos nos níveis de severidade clínica de psicopatologia das escalas clínicas da APS-SF, tendo sido nossa intenção comparar a distribuição dos sujeitos que integram a amostra delinquente com a distribuição percentual obtida nos adolescentes oriundos da população geral. Os resultados obtidos no grupo delinquente sugerem uma tendência para mais problemas de âmbito psicopatológico ao nível das escalas *Perturbação do Comportamento*, *Perturbação Pós-Stress Traumático*, *Tendência para o Suicídio* e *Propensão à Ira e à Violência*. No nosso entender assume especial relevância o estudo dos sujeitos que apresentam indicadores consistentes com as Perturbações Pós-Stress Traumático e Tendência para o Suicídio, na medida em que estas desordens poderão implicar riscos, quer em termos de sofrimento psíquico, quer em termos de uma propensão para o suicídio ou para equivalentes suicidários.

Destacamos ainda que a amostra de adolescentes delinquentes revelou níveis de insucesso escolar elevados, o que está de acordo com o que tem sido descrito de forma bastante sistemática na literatura sobre a temática (Carr & Vandiver, 2001; Farrington et al., 1988; Farrington & West, 1989; Farrington et al., 2001; Loeber et al., 2001; McCluskey et al., 2004; Moffit, 1993, 1996). Na verdade, os adolescentes delinquentes inquiridos que apresentam problemas académicos, tendem a manifestar mais problemas psicopatológicos, quer ao nível da dimensão exteriorizada, quer ao nível da dimensão interiorizada de comportamento. Estes resultados sugerem que, à semelhança do que observámos nos adolescentes da população geral, os factores académicos parecem ser um indicador de risco válido, tendo em vista o estudo dos problemas psicológicos na adolescência. Um estudo mais aprofundado, tendo em vista a triagem e a intervenção de problemas emocionais nos adolescentes, assume para nós, especial relevância.

Outros resultados pertinentes remetem para a proximidade emocional na relação com os pais e para a supervisão e disciplina parental. Na verdade, estes factores, entendidos como protectores face a um percurso desviante, parecem não beneficiar todos os adolescentes delinquentes. Os adolescentes com um percurso delinvente cujos pais apresentam uma relação conflitual manifesta, tendem a reportar uma percepção mais baixa do amor parental, por comparação com os adolescentes cujos pais não apresentam uma relação conjugal desta natureza. No sentido em que preconizam Lerner e colaboradores (2005), os conflitos conjugais parecem estar entre os factores de vulnerabilidade familiar, pela probabilidade acrescida de interferirem nas competências parentais. Assim, partimos do princípio que os conflitos conjugais poderão interferir na disponibilidade emocional dos pais, reduzindo a sua capacidade de resposta às necessidades emocionais do adolescente.

Não obstante, permanece por responder a questão levantada por Balbernie (2002) e por Strand (2000): terão os conflitos parentais um impacto imediato no adolescente ou, este factor será de risco por afectar a qualidade da parentalidade?

Os resultados encontrados levam-nos ainda a sugerir que percepções elevadas, quer do amor, quer do controlo ou supervisão parental, devem, tal como nos adolescentes da população geral, ser perspectivadas como factores protectores ou de resiliência nestes adolescentes. Uma abordagem preventiva junto destes jovens passará, sem dúvida, pelo incremento da resiliência e, especificamente, pela intervenção ao nível dos contextos familiar, escolar e comunitário, bem como por um acompanhamento psicoterapêutico nos adolescentes cujas problemáticas psicológicas são impeditivas de alcançar resultados desenvolvimentais satisfatórios ao nível psicossocial.

Os adolescentes com um percurso delinquente cujo agregado familiar não integra uma figura paterna (pai ou padrasto), apresentam mais problemas ao nível de Comportamento de Oposição. Tal como no estudo com a amostra escolar, este resultado é indicador da importância de uma figura masculina no contexto sócio-emocional e educativo para a adaptação sócio-emocional dos adolescentes. Mais ainda, os adolescentes cujos pais não exercem uma função disciplinar e que, portanto, não estabelecem limites ou regras educativas, reportam significativamente mais problemas exteriorizados e interiorizados associados a estas áreas problema.

Estes resultados deixam-nos antever a necessidade de estudar de uma forma mais aprofundada as modalidades de relação mãe-filho e pai-filho, bem como a influência da presença de uma figura paterna nas trajectórias desenvolvimentais na adolescência.

Um outro resultado que merece destaque foi a observação de que uma auto-percepção negativa do adolescente parece estar relacionada com uma percepção também baixa das suas competências resilientes ou recursos individuais de resiliência (i.e., a sua percepção face à capacidade em ultrapassar a adversidade) e com uma baixa percepção de recursos do seu ambiente.

No que diz respeito aos factores de risco para um percurso delinquente, os antecedentes criminais parentais são referidos na literatura como um factor de risco relevante para a delinquência juvenil (Born, Chevalier & Humblet, 1997; Farrington, Gallagher, Morley, St. Leger, & West, 1988; Farrington & West, 1989; Smith & Farrington, 2004). No nosso estudo com a amostra delinquente estes factores parecem associar-se à presença de perturbações psicopatológicas, quer exteriorizadas, quer interiorizadas. De forma idêntica, a existência de comportamento delinquente em irmãos do adolescente relaciona-se com um maior relato de Perturbação de Oposição, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Perturbação Pós-Stress Traumático, o que aponta para a necessidade de estudarmos, futuramente, as patologias da dinâmica familiar em adolescentes com esta problemática psicossocial.

Em termos da prevenção de reincidência num percurso delinquente, tem sido referida a importância de um ambiente escolar e comunitário que fomente expectativas positivas em relação ao jovem, transmita normas de forma adequada e consistente e em que estejam presentes adultos que estabeleçam com o jovem vínculos estruturantes (Barnoski, 2004). No nosso entender, as políticas institucionais para estes adolescentes deverão passar, não só por um projecto educativo, provavelmente de âmbito profissionalizante, mas também, por um suporte emocional efectivo e pela criação de vínculos duradouros com

adultos, preferencialmente de ambos os sexos, que possam representar para eles o que Manciaux (2003) denominou de *tutores de resiliência*.

De uma forma geral, os resultados obtidos sugerem que os adolescentes com manifestação de sintomatologia psicopatológica podem estar expostos a contextos familiares caracterizados por figuras parentais menos suportivas e com interações mais conflituosas do que as experienciadas pelos adolescentes que não relatam sintomas psicopatológicos de nível clínico ou subclínico. No entanto, a nossa compreensão das influências familiares na psicopatologia do adolescente assume algumas **limitações**.

Uma limitação geral remete para a opção por um desenho de tipo transversal. Referimos anteriormente que o objectivo principal deste trabalho era o estudar as relações entre variáveis individuais e sócio-familiares, as atitudes educativas parentais, os recursos de resiliência e a manifestação, quer de problemas psicopatológicos, quer de comportamento delinquente. Ainda que estes objectivos tenham sido, pelo menos parcialmente, cumpridos, o desenho de investigação e as opções estatísticas efectuadas, não nos permitem determinar a direcção de causalidade e, por exemplo, testar a hipótese de que níveis baixos de percepção da dimensão *Afecto parental* poderiam ser preditores de níveis elevados de desordens internalizadas (ansiedade e depressão). Apesar de alguns autores (Rutter & Smith, 1995) referirem a dificuldade de encontrar relações causais quando se fala em psicopatologia, consideramos possível e até desejável, o estudo da causalidade entre potenciais factores etiológicos e a manifestação de problemas emocionais ou comportamentais, especificamente através de um estudo longitudinal. Este tipo de metodologia sugere, com alguma frequência, que as variáveis familiares são um importante

factor etiológico nas desordens emocionais manifestadas na adolescência (Ary et al., 1999; Fergusson & Horwood, 1998; Garber et al., 1998; Qin et al., 2002; Knutson et al., 2004), ainda que não possamos concluir se as relações familiares adversas antecedem ou não a sintomatologia psicopatológica.

Numa perspectiva prospectiva, parece-nos relevante o estudo do grupo de adolescentes em contacto com o Sistema de Justiça ao longo de um determinado período de tempo, de forma a avaliar a eficácia das medidas de intervenção e de reinserção desenvolvidas nas equipas de reinserção social ou nos centros educativos, tendo em vista a prevenção da reincidência em comportamento delincente.

Também surge como uma limitação o facto de, devido à grande discrepância no tamanho das duas amostras, não termos podido comparar através de estatísticas inferenciais, o grupo de adolescentes em contexto escolar com o grupo de adolescentes delinquentes. A este propósito, um estudo comparativo poderá ser útil na investigação sobre a relação entre o risco psicossocial e a psicopatologia na adolescência, designadamente, com o objectivo de identificar factores de risco que possam ser comuns aos dois grupos e factores de risco que possam ser específicos aos adolescentes com marcado comportamento anti-social.

Uma outra limitação deste trabalho prende-se com a utilização de questionários de auto-resposta, considerando que é sempre difícil avaliar os significados atribuídos pelos sujeitos, ou o contexto social real dos acontecimentos (Sheeber et al., 2001). Ainda de referir que os instrumentos de auto-resposta implicam uma percepção das respostas socialmente aceites, pelo que podem induzir respostas de tipo defensivo, principalmente

num contexto forense, em que o participante pode ter receio de ser prejudicado na avaliação da equipa (Morton & Farris, 2002).

No que diz respeito ao estudo da psicopatologia nos adolescentes delinquentes, tendo em consideração os estudos que encontraram níveis de sintomatologia psicopatológica muito superiores aos da população geral da mesma faixa etária em adolescentes delinquentes (Bickel & Campbel, 2002; Robertson et al., 2004), pensamos ter de reflectir na necessidade de estudos mais exaustivos neste âmbito, nomeadamente que empreguem um desenho misto (quantitativo e qualitativo). Aliás, como referimos ao longo deste trabalho, não obstante os instrumentos de auto-relato para avaliação de psicopatologia serem usualmente adequados para a triagem de sintomatologia, um estudo mais aprofundado das características psicopatológicas e dos factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, deverá incluir uma entrevista clínica. Do mesmo modo, a forma como é operacionalizado o constructo de resiliência, tem repercussões nos resultados das investigações que possamos levar a cabo. Se a resiliência for concebida como um processo em construção, encontraremos, provavelmente, jovens que se auto-pecepcionem como resilientes, apesar dos resultados desenvolvimentais desadaptativos que possam apresentar. Nesta linha de pensamento, é importante a análise das histórias de vida dos adolescentes para observar não apenas a presença de eventuais acontecimentos negativos, mas também os significados que os adolescentes atribuem a tais experiências negativas e ainda as competências que poderão ter desenvolvido (sejam estas pró-sociais ou anti-sociais) para lidar com a adversidade.

Adoptando a perspectiva de Ungar (2005), salientamos que o contexto social e cultural pode influenciar, de forma determinante, a manifestação de competências nas vidas

das crianças e dos jovens. À luz deste pressuposto a compreensão de resiliência toma outros contornos. Por um lado, vem chamar a atenção para a importância de conhecer *os contextos* da criança ou do adolescente, de tal forma que o significado de *competência* utilizado na avaliação de resiliência seja válido apenas situacionalmente. Este facto implica que aquilo que é considerado resiliência num contexto apenas de vulnerabilidade sócio-económica (mas não familiar), não equivale a um processo de resiliência em que as competências individuais tenham de ser accionadas, não apenas na presença de risco sócio-económico, mas também na presença de uma parentalidade inadequada face às necessidades da criança (como parece suceder com adolescentes com percursos marcadamente delinquenciais).

A este propósito, Ungar (2005) defende que a resiliência não se define em função dos efeitos imediatamente desestabilizadores do trauma e outras experiências adversas, mas sim da capacidade da criança de aprender a ultrapassar essas agressões, transitando para uma posição de saúde e de sucesso, sob formas que lhe sejam significativas cultural e fenomenologicamente. À semelhança de Constantine e colaboradores (2001) acreditamos que os recursos internos de resiliência se constroem a partir dos recursos externos e que, portanto, a grande utilidade do constructo se prende com a chamada de atenção para a necessidade de arquitectar os recursos externos necessários ao desenvolvimento saudável das crianças e dos adolescentes. É nesta ordem de ideias que o reconhecimento científico da implicação que os riscos têm no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes justifica, por si só, o incremento de políticas sociais na nossa sociedade que conduzam à implementação de projectos e de programas de intervenção psicossocial, revestidos de um cariz verdadeiramente protector para as crianças e para as famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, B. P., Schoff, K., Levinson, K., Youngstrom, E., & Izard, C. E. (1999). The relations between cluster indexes of risk and promotion and the problem behaviors of 6-and 7-year-old children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology*, 35(6), 1355-1366.
- Agnew, R. (2003). An integrated theory of the adolescent peak in offending. *Youth & Society*, Vol. 34(No. 3), 263-299.
- Aken, M. A. G., Lieshout, C. F. M., Scholte, R. H., & Branje, S. (1999). Relational support and person characteristics in adolescence. *Journal of Adolescence*, 22, 819-833.
- Akse, J., Hale, W., Engels, R., Raaijmakers, W., & Meeus, W. (2004). Personality, perceived parental rejection and problem behavior in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 980-988.
- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (1987). Para uma abordagem dos processos de separação no adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXI, 583-612.
- Allen, Hauser, O'Connor, & Bell. (2002). Prediction of peer-rated adult hostility from autonomy struggles in adolescent-family interactions.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação Científica em Psicologia e Educação*. Braga: Ed. Psiquilíbrios.
- Álvarez, C., Alonso, J., Domingo, A., & Regidor, E. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG-Sociedad Española de Epidemiología.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amir, N., & Feuer, C. A. (1998). Assessment of Psychopathology: Nosology and Etiology. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 3, pp. 170-184). New York: Elsevier Science Ltd.
- Anthony, E. J. (1987). Risk, Vulnerability, and Resilience: An Overview. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The Invulnerable Child*. London: The Guilford Press.
- Annunziata, D., Hogue, A., Faw, L., & Liddle, H. A. (2006). Family functioning and school success in at-risk, inner-city adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 105-113.

- Ariès, P. (1986). Para uma história da adolescência. *Alter/Ego*, 1, 5-16.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269-281.
- Aronen, E. T., & Kurkela, S. A. (1998). The predictors of competence in an adolescent sample - A 15-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 203-212.
- Aronowitz, T., & Morrison-Beedy, D. (2004). Resilience to Risk-Taking Behaviors in Impoverished African American Girls: The Role of Mother-Daughter Connectedness. *Research in Nursing & Health*, 27, 29-39.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 217-230.
- Bacchini, D., & Magliulo, F. (2003). Self-Image and Perceived Self-Efficacy During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 337-350.
- Bacchini, D., & Magliulo, F. (2003). Self-Image and Perceived Self-Efficacy During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 337-350.
- Baer, J. (1999). The effects of family structure and SES on family processes in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 22, 341-354.
- Bailey, B. N., Hannigan, J. H., Delaney-Black, V., Covington, C., & Sokol, R. J. (2006). The role of maternal acceptance in the relation between community violence exposure and child functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 57-70.
- Baker, J. A., Dilly, L. J., Aupperlee, J. L., & Patil, S. A. (2003). The developmental context of school satisfaction: Schools as psychologically healthy environments. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 206-221.
- Balbernie, R. (2002). An infant in context: Multiple risks, and a relationship. *Infant Mental Health Journal*, 23(3), 329-341.
- Banner, L. M., Mackie, E. J., & Hill, J. W. (1996). Family relationships in survivors of childhood cancer: Resource or restraint? *Patient Education and Counseling*, 28(2), 191-199.

- Barber, B. L. (1995). Preventive Intervention with Adolescents and Divorced Mothers: A Conceptual Framework for Program Design and Evaluation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16, 481-503.
- Barnoski, R. (1997a). *Standards for Improving Research Effectiveness In Adult and Juvenile Justice*. OLYMPIA, WA: Washington State Institute for Public Policy, from www.wsipp.wa.gov.
- Barnoski, R. (1997b). *Evaluating early intervention in Washington State Juvenile Courts: A Six-Month Progress Report*, from www.wsipp.wa.gov.
- Barnoski, R. (1997c). *Fast Tracking Youth to Diversion in Thurston County: A Preliminary Analysis*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, from www.wsipp.wa.gov.
- Barnoski, R. (1998). *Juvenile Rehabilitation Administration Assessments: Validity Review and Recommendations*. Washington State Institute for Public Policy, from www.wsipp.wa.gov.
- Barnoski, R. (2004). *Assessing Risk for Re-offense: Validating the Washington State Juvenile Court Assessment*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, from www.wsipp.wa.gov.
- Barrera, M., Hageman, D. N., & Gonzales, N. A. (2004). Revisiting Hispanic adolescents' resilience to the effects of parental problem drinking and life stress. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 83-94.
- Benard, B. (1991). *Protective Factors in the Family, School, and Community*. Portland, OR:: Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Benard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. Champaign, IL: ERIC Clearinghouse on Elementary and Childhood Education.
- Bender, D., & Losel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Bergeret, J. (1998). Noção de normalidade. In J. Bergeret (Ed.), *Psicologia patológica* (pp. 145-147). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: the use of the "Adolescent Psychopathology Scale" in a Tasmanian context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 603-609.

- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al. (1995). Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1495-1503.
- Blackstock, C., & Trocmé, N. (2005). Community-based child welfare for aboriginal children: Supporting resilience through structural change. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (pp. 105-120). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion - A review. *Journal of Adolescent Health*, 22(5), 368-375.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913-940.
- Bonyngé, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 212-215.
- Born, M., Chevalier, V., & Humblet, I. (1997). Resilience, desistance and delinquent career of adolescent offenders. *Journal of Adolescence*, 20(6), 679-694.
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment*, 3(3), 433-437.
- Bowlby, J. (1993). *Perda: tristeza e depressão* (2ª ed.). São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *Separação: Angústia e raiva* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: A natureza do vínculo* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowman, P. J. (2006). Role strain and adaptation issues in the strength-based model: Diversity, multilevel, and life-span considerations. *Counseling Psychologist*, 34(1), 118-133.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Branje, S., van Aken, M. A. G., & van LIESHOUT, C. F. M. (1998). Social support in interactions and relationships, persons characteristics, and adjustment. *University of Nijmegen: unpublished manuscript*.

- Bromleya, E., Johnson, J. J., & Cohend, P. (2006). Personality strengths in adolescence and decreased risk of developing mental health problems in early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 315–324.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2001). Attachment Theory in Adolescence and its Relevance to Developmental Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 15-32.
- Bru, E., Murberg, T. A., & Stephens, P. (2001). Social support, negative life events and pupil misbehaviour among young Norwegian adolescents. *Journal of Adolescence*, 24, 715–727.
- Bryant, F. & Yarnold, P. (1995). Principal component analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. Grimm & P. Yarnold (Eds.), *Reading and Understanding Multivariate Analysis* (pp. 99-136). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Buchanan, A., Ten Brinke, J., & Flouri, E. (2000). Parental background, social disadvantage, public "care," and psychological problems in adolescence and adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1415-1423.
- Burdekin, B. (1993). *Report of the National Inquiry into the Human rights of People with Mental Illness*. Retrieved 14.01.07, 2007, from http://www.humanrights.gov.au/disability_rights/inquiries/miilegal.doc
- Buyse, W. H. (1997). Behaviour problems and relationships with family and peers during adolescence. *Journal of Adolescence*, 20, 645–659.
- Cagampang, H. H., Brindis, C., & Oliva, G. (2001). *Assessing the 'Multiple Processes' of Adolescent Health: Youth Development Approaches*, from <http://nahic.ucsf.edu/downloads/niah/references.pdf>.
- Canavarro, M. C. (1999a). *Relações afetivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (1999b). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. In Mário R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 96-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1998). Risk and Resilience in Late Adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 251-272.

- Carbonell, D. M., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Paradis, A. D., & Beardslee, W. R. (2002). Adolescent Protective Factors Promoting Resilience in Young Adults at Risk for Depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(5), 393-412.
- Carothers, S. S., Borkowski, J. G., Lefever, J. B., & Whitman, T. L. (2005). Religiosity and the socioemotional adjustment of adolescent mothers and their children. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 263-275.
- Carr, M. B., & Vandiver, T. A. (2001). Risk and protective factors among youth offenders. *Adolescence*, 36(143), 409-426.
- Caspi, A. (2000). A criança é o pai do homem: Continuidades na personalidade, da infância à vida adulta. *Psychologica*, 24, 21-54.
- Caspi, A., Belsky, J., & Silva, P. A. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset anti-social conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Cavaco, F. M. R. (2004). *Estudo preliminar de adaptação do Inventário Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) à população portuguesa: o perfil dos jovens delinquentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – área de especialização em Psicologia Clínica, Cognitiva, Comportamental e Sistêmica, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (texto policopiado).
- Chase, E., Maxwell, C., Knight, A., & Aggleton, P. (2006). Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: what are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *Journal of Adolescence*, 29, 437-451.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 797- 808.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, 59(8), 4-14.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Coleman, J. C. (1978). Current contradictions in adolescent theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 7(1), 1-11.

- Constantine, N., Benard, B., & Diaz, M. (1999). *Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment*, from www.education.ucsb.edu/newvistas/files/append.pdf
- Constantine, N. A., & Benard, B. (2001). *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module: Technical Report*, 2005, from <http://crahd.phi.org/projects/HKRAtch.PDFcrahd.phi.org/projects/HKRAtch.pdf>
- Corcoran, J., & Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and Resilience Ecological Framework for Assessment and Goal Formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(3), 211-235.
- Corigliano, A.-M. N. (1999). A dimensão transgeracional entre o mito e o segredo. In B. Prieur (Ed.), *As heranças familiares* (1ª ed., pp. 75-86). Lisboa: Climepsi.
- Cox, P. (2002). Race, Delinquency and Difference in Twentieth Century in Britain. In P. Cox & H. Shore (Eds.), *Becoming Delinquent: British and European Youth* (pp. 1650-1950). Hampshire: Ashgate Publishing.
- Crosnoe, R., & Elder, G. H. (2004). Family dynamics, supportive relationships, and educational resilience during adolescence. *Journal of Family Issues*, 25(5), 571-602.
- Crosnoe, R., Erickson, K. G., & Dornbusch, S. M. (2002). Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behavior of adolescent boys and girls - Reducing the impact of risky friendships. *Youth & Society*, 33(4), 515-544.
- Dartington, A. (2003). A intensidade da adolescência nas pequenas famílias. In R. Anderson & A. Dartington (Eds.), *Olhar de frente: Perspectivas clínicas das perturbações da adolescência* (pp. 33-57). Lisboa: Assírio & Alvin.
- Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., et al. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 61, 3-14.
- Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version. *John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit. Baltimore*.
- Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dewit, D. J. (1998). Frequent childhood geographic relocation: Its impact on drug use initiation and the development of alcohol and other drug-related problems among adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 23 (5), 623 – 634.
- Dias, C. A., & Vicente, T. N. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Afrontamento.
- Diez, J. P., & Peirats, E. B. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, Vol. 9(nº 3), 609-617.
- Diniz, J. S. (1997). *Este meu filho que eu não tive: A adoção e os seus problemas* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Douvan, E., & Adelson, J. (1966). *The adolescence experience*. New York: Wiley.
- Dreger, R. M. (1982). The classification of children and their emotional problems: An overview-II. *Clinical Psychology Review*, 2, 349-385.
- Dubas, J. S., Miller, K., & Petersen, A. C. (2003). The study of adolescence during the 20th century. *History of the Family*, 8, 375–397.
- Dubas, J. S., Gerris, J. R. M., Janssens, J. M. A., & Vermulst, A. A. (2002). Personality types of adolescents: concurrent correlates, antecedents, and type X parenting interactions. *Journal of Adolescence*, 25, 79–92.
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L. A., Henderson, C. R., Kitzman, H., et al. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology*, 13, 873 – 890.
- Endermann, M. (2005). The Brief Symptom Inventory (BSI) as a screening tool for psychological disorders in patients with epilepsy and mild intellectual disabilities in residential care. *Epidemiology & Behavior*, 7, 85-94.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Espiritu, R. C., Huizinga, D., Crawford, A. M., & Loeber, R. (2001). Epidemiology of Self-Reported Delinquency. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child Delinquents: Development, intervention, and service needs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Everitt, B.S. (1996) An Introduction to finite mixture distribution. *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 107-127.
- Farrington, D. H. (2004). Advancing knowledge about the early prevention of adult antisocial behaviour. In D. P. Farrington & J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of adult antisocial behaviour* (pp. 1-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Farrington, D. P., & Loeber, R. (2001). Summary of key conclusions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention and service needs* (pp. 359-384). London: Sage.
- Farrington, D. P., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L. M. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *Journal of Adolescence*, 24, 579-596.
- Farrington, D. P., Gallagher, B., Morley, L., St. Leger, R. J., & West, D. J. (1988). *Cambridge Study in Delinquent Development: Long-Term Follow-Up*. Cambridge: Institute of Criminology, University of Cambridge.
- Farrington, D. P., & West, D. J. (1989). *The Cambridge Study in Delinquent Development: A Long-Term Followup of 411 London Males*. Cambridge: Institute of Criminology, University of Cambridge.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(3), 281-292.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22(No. 5), 339 - 357.
- Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, L. J., & Swain-Campbel, N. (2004). Deviant Peer Affiliations and Depression: Confounding or Causation? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(6), 605-618.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. 2nd edition. London: Sage Publications.
- Fleming, M. (1986). A separação adolescente- progenitores. *Alter/Ego*, 1, 29-39.
- Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (2^a ed.). Porto: Edições Afrontamento.

- Fleming, M. M. S. (1988). *Autonomia comportamental na adolescência e percepções das atitudes parentais*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Universidade do Porto (documento policopiado).
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence* 26, 63–78.
- Fombonne, E. (2005). Case identification in an epidemiological context. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 52-69). Oxford: Blackwell Science.
- Fossion, P., Rejas, M. C., Pelc, I., Linkowski, P., & Hirsch, S. (2006). Family resilience and the transgenerational transmission of the Shoah traumatism. *Annales Medico-Psychologiques*, 164(2), 115-119.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XIII, 255-278.
- Frick, P. J. (2004). Developmental Pathways to Conduct Disorder: Implications for serving youth who show severe aggressive and antisocial behavior. *Psychology in the Schools*, 41(8), 823-834.
- Garbarino, J. (2005a). Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. *Pediatric Child Health*, 10(8), 447- 450.
- Garbarino, J. (2005b). Foreword. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth* (pp. xi-xiii). London: Sage Publications.
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R., & Weaver, K. R. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 445–457.
- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnefski, N., & Okma, S. (1996). Addiction-risk and aggressive/criminal behaviour in adolescence: influence of family, school and peers. *Journal of Adolescence*, 19, 503–512.

- Garner, D. M., & Myerholtz, L. E. (1998). Eating Disorders. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Children and adolescents: Clinical formulations and treatment* (Vol. 5, pp. 591-628). New York: Pergamon.
- Gavazzi, S. M., Wasserman, D., Partridge, C., & Sheridan, S. (2000). The growing up fast diversion program: an example of juvenile justice program development for outcome evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 5(2), 159-175.
- Geiger, T., & Crick, N. R. (2001). A Developmental Psychopathology Perspective on Vulnerability to Personality Disorders. In R. E. Ingram & J. M. Price (Ed.), *Vulnerability to Personality Disorders: Risk across the Lifespan*. London: Guilford Press.
- Gesell, A. (1979). *A criança dos 0 aos 5 anos : o bebê e a criança na cultura dos nossos dias* (5ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Gierveld, J. (2001). Adolescent Behavior: Demographic. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 98-101). Stanford, USA: Pergamon, Elsevier Science Ltd.
- Giovacchini, P. L. (2001). Dangerous transitions and the traumatized adolescent. *The American Journal of Psychoanalysis*, 61(1), 7-22.
- Glaze, R. (2001). Classification and epidemiology. In S. G. Gowers (Ed.), *Adolescent psychiatry in clinical practice* (pp. 60-98). London: Arnold.
- Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glover, S., Burns, J., Butler, H., & Patton. (1998). Social environments and the emotional wellbeing of young people. *Family Matters*, 49, 11-16.
- Gordon, R. A., Savage, C., Lahey, B. B., Goodman, S. H., Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., et al. (2003). Family and neighborhood income: additive and multiplicative associations with youths' well-being. *Social Science Research* 32, 191-219.
- Granic, I. (2005). Timing is everything: Developmental psychopathology from a dynamic systems perspective. *Developmental Review*, 25, 386-407.
- Griffiths, P. (2002). Juvenile Delinquency in Time. In P. Cox & H. Shore (Eds.), *Becoming Delinquent: British and European Youth* (pp. 1650-1950). Hampshire: Ashgate Publishing.
- Grossman, F. K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L., & Flaherty, M. (1992). Risk and Resilience in Young Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(5), 529-550.

- Guilford, J.P. (1956). *Psychometric Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Gutman, L. M., Sameroff, A. J., & Eccles, J. S. (2002). The academic achievement of African American students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 30(3), 367-399.
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 176-184.
- Harrington, R. (2001). Causal processes in development and psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 93-94.
- Hayez, J. Y. (2002). Un projet de programme pour répondre à la violence des jeunes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, 466-474.
- Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (2004). Developmental Antecedents of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 45(No. 2), 138-147.
- Herbert, M. (1998). Clinical Formulation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 5.02, pp. 25-52): Elsevier Science.
- Herrenkohl, T. I., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2000). Developmental Risk Factors for Youth Violence. *Journal of Adolescent Health*, 26, 176-186.
- Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect* 25, 1037-1051.
- Hetherington, E. M., & Martin, B. (1986). Family factors and psychopathology in children. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (pp. 332-390). New York: John Wiley & Sons.
- Hinshaw, S. P. (2002). Process, Mechanism, and Explanation Related to Externalizing Behavior in Developmental Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 431-446.
- Hoge, R. D., Andrews, D. A., & Leschied, A. W. (1996). An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(4), 419-424.
- Holleran, L. K., & Waller, M. A. (2003). Sources of Resilience Among Chicano/a Youth: Forging Identities in the Borderlands. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(5), 335-350

- Huprich, S. K., & Greenberg, R. P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 665–698.
- Ingoldsby, E. M., & Shaw, D. S. (2002). The role of neighborhood contextual factors on early-starting antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 21-65.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to Personality Disorders: Risk across the Lifespan* (pp. 3-38). London: Guilford Press.
- Instituto de Reinserção Social. (2002). *Enquadramento Jurídico e Estratégia de Intervenção do IRS na Jurisdição Tutelar Educativa: Acessoria Técnica aos tribunais na Fase Pré-sentencial* (documento policopiado).
- Jackson, S., Born, M., & Jacob, M.-N. (1997). Reflections on risk and resilience in adolescence. *Journal of Adolescence*, 20, 609–616.
- Janson, H., & Stattin, H. (2003). Prediction of Adolescent and Adult Delinquency From Childhood Rorschach Ratings. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 51-63.
- Jessor, R., Vandebos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior - Moderator Effects and Developmental-Change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933.
- Johnson, J. L., & Wiechelt, S. A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use & Misuse*, 39(5), 657-670.
- Johnson, J. L., & Wiechelt, S. A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use & Misuse*, 39(5), 657-670.
- Johnstone, L., & Cooke, D. J. (2004). Psychopathic-Like Traits in Childhood: Conceptual and Measurement Concerns. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 103-125.
- Jonson-Reid, M., & Barth, R. P. (2000). Form maltreatment report to juvenile incarceration: The role of child welfare services. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 505–520.
- Joyce-Moniz, L. (1993). Psicopatologia e desenvolvimento psicológico. In *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto* (pp. 1-6). Amadora: McGraw-Hill.
- Kagan, J. (1987). Continuity and discontinuity in development. In J. D. Call, R. L. Cohen, S. Harrison, I. Berlin & L. stone (Eds.), *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York: Basic Books.

- Kaplan, H. B. (1984). *Patterns of Juvenile Delinquency* (Vol. 2). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994). Problems Defining Resiliency - Illustrations from the Study of Maltreated Children. *Development and Psychopathology*, 6(1), 215-229.
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology*, 13, 891-912.
- Kenny, K. E., & Gallagher, L. A. (2002). Instrumental and social/relational correlates of perceived maternal and paternal attachment in adolescence. *Journal of Adolescence*, 25, 203-219.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. New York: Routledge.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social Disadvantage and Neglectful Parenting as Precursors to the Development of Antisocial and Aggressive Child Behavior: Testing a Theoretical Model. *Aggressive Behavior*, 30, 187-205.
- Kohlberg, L. (1979). *Measuring Moral Judgment*. Worcester, Mass: Clark University Press.
- Kupersmidt, J. B., Griesler, P.C., DeRosier, M.E., Patterson, C.J., Davis, P.W. (1995). Childhood aggression and peer relations in the context of family and neighborhood factors. *Child Development*, 66, 360-375.
- Kurtz, Z., Hornes, R. T., & Bailey, S. (1998). Children in the criminal justice and secure care systems: how their mental health needs are met. *Journal of Adolescence*, 21, 543-553.
- Labouvie-Vief, G., & Diehl, M. (1998). Life-span Developmental Theories. In M. H. Alan S. Bellack (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (1st ed., Vol. 1, pp. 262-285). Elsevier Science: Pergamon.
- Lahey, B. J., & Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. London: The Guilford Press.

- Lane, K. L., Beebe-Frankenberger, M. E., Lambros, K. M., & Pierson, M. (2001). Designing effective interventions for children at-risk for antisocial behaviour: an integrated model of components necessary for making valid inferences. *Psychology in the Schools*, 38(4), 365-379.
- Lanz, M., Iafrate, R., Rosnati, R., & Scabini, E. (1999). Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated, intercountry adoptive and intact non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22, 785-794.
- LeBlanc, M., Talbot, P. J., & Craig, W. M. (2005). Psychosocial Health in Youth: An International Perspective. In M. Ungar (Ed.), *handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (pp. 165-188). London: Sage Publications.
- LeBlanc, M. (2005). Psychosocial health in youth: An international perspective. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth* (pp. 165-188). London: Sage Publications.
- LeBlanc, M. (1998). Screenning of serious and violent juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Offenders. Risk factors and successful interventions* (pp. 167-196). California: Sage Publications.
- Lerner, R. M., Walsh, M. E., & Howard, K. A. (1998). Developmental- contextual Considerations: Person-Context Relations as the Bases for Risk and Resiliency in Child and Adolescent Development. In A. S. B. M. Hersen (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 5.01, pp. 1-315). New York: Pergamon.
- Lerner, R. M., & Castellino, D. R. (2002). Contemporary Developmental Theory and Adolescence: Developmental Systems and Applied Developmental Science. *Journal of Adolescence Health*, 31, 122-135.
- Levesque, R. J. (2007). Reflections on a legendary contribution to the empirical study of adolescence. *J Youth Adolescence*, 36, 1-4.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 102, 133-144.
- Linning, L. M., & Kearney, C. A. (2004). Post-traumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1087-1101.

- Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions* (pp. pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions* (pp. pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 491-523.
- Loeber, R., Farrington, D. P., & Waschbusch, D. A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 13-29). London: Sage Publications.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Frick, P. J., & McBurnett, K. (2000). Findings on Disruptive Behavior Disorders from the First Decade of the Developmental Trends Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(1), 37-60.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2001). The Significance of Child Delinquency. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, Intervention, and Service Needs* (pp. 1-24). London: Sage Publications.
- Loeber, R., Farrington, D. P., & Waschbusch, D. A. (2001). Serious and Violent Juvenile Offenders. In R. LOEBER & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Lynam, D. (2001). Male Mental Health Problems, Psychopathy, and Personality Traits: Key Findings from the First 14 Years of the Pittsburgh Youth Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(4), 273-297.
- Lopes, I. M. (1989). A fragilidade do conceito de adolescência. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIII, 35-59.
- Luthar, S. S., Doernberger, C. H., & Zigler, E. (1993). Resilience Is Not a Unidimensional Construct - Insights from a Prospective-Study of Inner-City Adolescents. *Development and Psychopathology*, 5(4), 703-717.
- MacCrystal, P., Higgins, K., & Percy, A. (2006). Brief report: school exclusion drug use and delinquency in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29(5), 829-836.

- MacMillan, H. L. (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- Malpique, C. (1999). Noção de risco em saúde mental – da infância à adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 15, 9-22.
- Manciaux, M. (2003). La reconstruction des adolescents: le concept de résilience. *Sauvegarde de l'enfance*, 58,(n° 4-5), 125-128.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759 –782.
- Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatologia del niño*. (3ª ed.). Barcelona: Edições Masson.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1989). *Manual de psicopatologia do adolescente*. São Paulo: Masson.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcia, J. E. (2001). Identity in Childhood and Adolescence. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7159-7163). Stanford, USA: Pergamon, Elsevier.
- Martins, H. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco: Resiliência e desenvolvimento*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia – Especialização em Psicologia Educacional apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve: Faro (documento policopiado).
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094., 11(1), 143-169.
- Masten, A. S., & Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradovic, J., Long, J. D., & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094.
- Matos, A. C. (2002). *Adolescência* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Maxweel, S. E. & Delaney, H. D. (2004). *Designing Experiments and Analyzing Data*. 2nd edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- McCluskey, C. P., Bynum, T. S., & Patchin, J. W. (2004). Reducing Chronic Absenteeism: An Assessment of an Early Truancy Initiative. *Crime & Delinquency*, 50(2), 214-234.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1071-1094.
- McKinnon, S. A., O'Rourke, K. M., Thompson, S. E., & Berumen, J. H. (2004). Alcohol Use and Abuse by Adolescents: The Impact of Living in a Border Community. *Journal of Adolescent Health*, 34, 88-93.
- Meeus, W., Oosterwegel, A., & Ollebergh, A. (2002). Parental and peer attachment and identity development in adolescence. *Journal of Adolescence*, 25, 93-106.
- Ministério da Justiça & Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). *Reforma do direito de menores*. Lisboa: M.J.& M.T.S (Editores).
- Moffit, T. E. (1993). Adolescent-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Belsky, J., & Silva, P. A. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset anti-social conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Morita, H., Suzuki, M., & Kamoshita, S. (1990). Screening measures for detecting psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 603-617.
- Morrison, G. M., Robertson, L., Laurie, B., & Kelly, J. (2002). Protective factors related to antisocial behavior trajectories. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 277-290.
- Morton, T. L., & Farris, K. L. (2002). MMPI-A Structural Summary Characteristics of Male Juvenile Delinquents. *Assessment*, 9(4), 327-333.
- Mullis, R. L., Cornille, T. A., Mullis, A. K., & Huber, J. (2004). Female Juvenile Offending: A Review of Characteristics and Contexts. *Journal of Child and Family Studies*, 13(2), 205-218.
- Mulvey, E. P., Arthur, M. W., & Reppucci, N. D. (1993). The prevention and treatment of juvenile delinquency: A review of the research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133-167.
- Mulvey, E. P., Arthur, M. W., & Reppucci, N. D. (1997). Prevention of Juvenile Delinquency: A Review of the Research. *The Prevention Researcher*, 4(2), 1-4.

- Murry, V. M., Bynum, M. S., Brody, G. H., Willert, A., & Stephens, D. (2001). African American Single Mothers and Children in Context: A Review of Studies on Risk and Resilience. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(2), 133-155.
- Negreiros, J. (2001). *Delinquências juvenis: Trajectórias, intervenções e prevenção*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Noack, P., & Puschner, B. (1999). Differential trajectories of parent-child relationships and psychosocial adjustment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 22, 795-804.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Nurmi, J.-E., Poole, M. E., & Kalakoski, V. (1996). Age differences in adolescent identity exploration and commitment in urban and rural environments. *Journal of Adolescence*, 19, 443-452.
- Oliva, G., Brindis, C., & Cagampang, H. (2001). *Developing a Conceptual Model for Selecting Indicators for the Assessment of Adolescent Health and Well-Being*, from <http://nahic.ucsf.edu/downloads/WTGResearchBrief.pdf>.
- Oliva, G., Brindis, C., & Cagampang, H. (2001). *Developing a Conceptual Model for Selecting Indicators for the Assessment of Adolescent Health and Well-Being*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco.
- Ollendick, T. H., Grills, A. E., & King, N. J. (2001). Applying Developmental Theory to the Assessment and Treatment of Childhood Disorders: Does it Make a Difference? *Clin. Psychol. Psychother.*, 8, 304-314.
- Olsson, C. A., Bonda, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence* 26, 1-11.
- ONU (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice ("The Beijing Rules")*, from http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp48.htm.
- ONU (1990). *United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency (The Riyadh Guidelines)*, from http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp47.htm.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Owens, K. (1995). *Raising your child's inner self-esteem: The authoritative guide from infancy through the teen years*. New York: Plenum Press.

- Palacios, J., & Oliva, A. (2001). La adolescencia y su significado evolutivo: 1. Psicología evolutiva. In J. Palacios, Á. Marchesi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación* (2ª ed., Vol. 1). Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Patterson, G. R., & K.Yoerger. (2002). A developmental model for early - and late - onset delinquency. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Anti-social behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, J., & Blum, R. W. (1996). Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(7), 692-698.
- Patton, G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., et al. (2000). The Gatehouse Project: A systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 586 – 593.
- Peiser, N. C., & Heaven, P. C. L. (1996). Family influences on self-reported delinquency among high school students. *Journal of Adolescence*, 19, 557–568.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, A. C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583–607.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *A psicologia da criança*. Porto: Edições ASA.
- Piersma, H. L., Boes, J. L., & Reaume, W. M. (1994). Unidimensionality of the Brief Symptom Inventory (BSI) in Adult and Adolescent Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 338-344.
- Pio Abreu, J. L. (2001). *Como tornar-se doente mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Poppel, E., & Born, M. (1994). Identification and interpersonal maturity: contribution to a Developmental Approach of Juvenile Delinquency. In E. G. M. Weitekamp & H.-J. Kerner (Eds.), *Cross-National Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (Vol. 76, pp. 353-370.). NATO ASI, Series D: Behavioural and Social Sciences: Kluwer Academic Publishers.
- Price, J. M., & Ingram, R. E. (2001). Future directions in the study of vulnerability to psychopathology. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to Personality Disorders: Risk across the Lifespan* (pp. 455-466). London: Guilford Press.
- Prinz, R. (1998). Conduct Disorders. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Children and adolescents: Clinical formulations and treatment* (Vol. 5, pp. 527-538). New York: Pergamon.

- Pulkkinen, L. (2001). Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Vol. 2, pp. 549-553): Elsevier.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360, 1126–1130.
- Quay, H. (1986). Classification. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (pp. 1-34). New York: John Wiley & Sons.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm - Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Reynolds, C. R. (2005). Fundamentals of Measurement and Assessment in Psychology. In A. S. B. e. M. Hersen (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 4.02, pp. 33-55). New York: Pergamon.
- Reynolds, W. (Ed.). (1998a). *Adolescent Psychopathology Scale*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1998b). Depression. In A. S. B. e. M. Hersen (Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Children and adolescents: Clinical formulations and treatment* (Vol. 5, pp. 419-461). New York: Pergamon.
- Reynolds, W. M. (1994). Depression in adolescents: Contemporary issues and perspectives. In T. H. Ollendrick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Pub Corp.
- Reynolds, W. M. (2000). *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Robertson, A. A., Dill, P. L., & Husain, J. (2004). Prevalence of Mental Illness and Substance Abuse Disorders Among Incarcerated Juvenile Offenders in Mississippi. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(1), 55-74.

- Rosinha, I. (2005). Abandono psicológico: estudo exploratório. Um contributo dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário dos menores em risco. In I. Rosinha, E. Sá, M. C. Sottomayor & M.J. Cunha (org.). *Abandono e adopção* (pp. 13-42). Coimbra: Almedina.
- Russo, M. F., & Beidel, D. C. (1994). Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clinical Psychology Review, 14*(3), 199-221.
- Rutter, M. (1991). Childhood Experiences and Adult Psychosocial Functioning. *Ciba Foundation Symposia, 156*, 189-208.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*(2), 119-144.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O., & Yule, M. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction. *Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 35-56.
- Rutter, M., & Smith, D. J. (1995). Towards causal explanations of time trends in psychosocial disorders of young people. In M. Rutter & D. J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (pp. 782-808). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2005). Clinical Assessment and Diagnostic Formulation. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 18-31). Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1993). *Developing minds: Challenge and Continuity across the life span*. London: Penguin Books.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and Challenges. *Development and Psychopathology, 12*, 265-296.
- Srivastava, S., PJohn, O., Gosling, S.D. & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 1041-1053.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Sá, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Lisboa: Edições Fim de Século.

- Sá, E. (2005). A fertilização do sonho. In I. Rosinha, E. Sá, M. C. Sottomayor & M.J. Cunha (org.). *Abandono e adopção* (pp. 105-111). Coimbra: Almedina.
- Sá, E., & Cunha, M. J. (1996). *Abandono e adopção: O nascimento da família*. Coimbra: Almedina.
- Sameroff, A. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health* (Vol. 4, pp. 1-33). New York:: John Wiley & Sons, Inc.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar* (6ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sampaio, D. (1993). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio* (4ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sandberg, S., & Rutter, M. (2005). The role of acute life stresses. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 287-298). Oxford: Blackwell.
- Santos, B. S., Gomes, C., Trincão, C., Almeida, J., Duarte, M., & Fernando, P. (2004). *Os Caminhos Difíceis da "Nova" Justiça Tutelar Educativa*, from <http://www.gplp.mj.pt/home/documentação.htm>
- Schmidt, M. H., & Maras, A. (2001). Child and Adolescent Psychiatry, Principles of. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 1676-1682.
- Schoon, I., & Parsons, S. (2002). Competence in the Face of Adversity: The Influence of Early Family Environment and Long-term Consequences. *Children & Society*, 16, 260-272.
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Steinman, K.J., & Zucker, R. A. (2001). Development Matters: Taking the long view on abuse etiology and intervention during adolescence. In P. M. Monti, S. M. Colby & T. A. O'Leary (Eds.), *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching teens through brief interventions*. (pp. 19-57). New York: The Guilford Press.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., & Solomon, Z. (1991). Factor invariance of SCL-90-R: The case of combat stress reaction. *Psychological Assessment*, 3, 385-390.
- Serbin, L. A., & Karp, J. (2004). The Intergenerational Transfer of Psychosocial Risk: Mediators of Vulnerability and Resilience. *Annual Review Psychology*, 55, 333-363.
- Shechtman, Z. (2000). An innovative intervention for treatment of child and adolescent aggression: An outcome study. *Psychology in the Schools*, 37 (2), 157-167.

- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family Processes in Adolescent Depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 19-35.
- Shore, H., & Cox, P. (2002). Re-inventing the Juvenile Delinquent in Britain and Europe 1650-1950. In P. Cox & H. Shore (Eds.), *Becoming Delinquent: British and European Youth, 1650-1950*. Hampshire: Ashgate Publishing.
- Shorter, E. (1986). *Nascimento de la familia moderna*. Lisboa: Anesa.
- Shortt, A. L., & Spence, S. H. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, 23(1), 1-30.
- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)*. Tese de Doutoramento em Psicologia – Especialização em Avaliação Psicológica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (documento policopiado).
- Smith, C. A., & Farrington, D. P. (2004). Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 230-247.
- Smokowski, P. R., Mann, E. A., Reynolds, A. J., & Fraser, M. W. (2004). Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment in inner city minority youth. *Children and Youth Services Review*, 26(1), 63-91.
- Snyder, H. N. (2001). Epidemiology of official offending. In R. Loeber & D. H. Farrington (Eds.), *Child Delinquents: Development, intervention, and service needs* (pp. 25-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Soares, I. (2000). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto.
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). Cognitive-Behaviour Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. *Clin. Psychol. Psychother*, 7, 343-366.
- Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Suicide and Suicide Attempts During Adolescence. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Children and adolescents: Clinical formulations and treatment* (Vol. 5, pp. 463-485). New York: Pergamon.
- Spoth, R., Gyll, M., Chao, W., & Molgaard, V. (2003). Exploratory Study of a Preventive Intervention With General Population African American Families. *Journal of Early Adolescence*, 23(4), 435-468.

- Stahl, N. D., & Clarizio, H. F. (1999). Conduct Disorder and Comorbidity. *Psychology in the Schools*, 36(1), 41-50.
- Steinberg, L. (2001). Theories of Adolescent Development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 102-105). Stanford, USA: Pergamon, Elsevier.
- Steinberg, L., & Lerner, R. M. (2004). The Scientific Study of Adolescence: A Brief History. *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 45-54.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2000). Adolescent Self-Rated Depressive Symptoms in a Swiss Epidemiological Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(4), 427-440.
- Stoiber, K. C., & Good, B. (1998). Risk and resilience factors linked to problem behavior among urban, culturally diverse adolescents. *School Psychology Review*, 27(3), 380-397.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, 13, 941-955.
- Strand, P. S. (2000). A Modern Behavioral Perspective on Child Conduct Disorder: Integrating Behavioral Momentum and Matching Theory. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 593-615.
- Strecht, P. (1998). *Crescer Vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tarolla, S. M., Wagner, E. F., Rabinowitz, J., & Tubman, J. G. (2002). Understanding and treating juvenile offenders: A review of current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 125-143.
- Tarolla, S. M., Wagner, E. F., Rabinowitz, J., & Tubman, J. G. (2002). Understanding and treating juvenile offenders: A review of current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 125-143.
- Taylor, E., & Rutter, M. (2005). Classification: conceptual issues and substantive findings. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4^o ed., pp. 3-17). Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.

- Tiet, Q. Q., Wasserman, G. A., Loeber, R., McReynolds, L. S., & Miller, L. S. (2001). Developmental and Sex Differences in Types of Conduct Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 181-197.
- Timini, S. (2005). *Naughty boys: Anti-social behaviour, ADHD and the role of culture*. Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Tolan, P. (1996). How resilient is the concept of resilience? *Community Psychologist*, 29(4), 12-15.
- Tomovic, V. A. (1979). *Definitions in sociology: Convergence, conflict and alternative vocabularies*. Ontario: Diliton Publications.
- Ungar, M. (2001). The social construction of resilience among "problem" youth in out-of-home placement: A study of health-enhancing deviance. *Child & Youth Care Forum*, 30(3), 137-154.
- Ungar, M. (2004). A Constructionist Discourse on Resilience. Multiple Realities Among At-Risk Children and Youth. *Youth & Society*, 35(3), 341-365.
- Ungar, M. (2005). Introduction: Resilience across cultures and contexts. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for Working with Children and Youth: Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts*.
- Ungar, M., & Teram, E. (2000). Drifting toward mental health: High-Risk Adolescents and the Process of Empowerment. *Youth & Society*, 32(2), 228-252.
- Vander Ven, T., & Cullen, F. T. (2004). The Impact of Maternal Employment on Serious Youth Crime: Does the Quality of Working Conditions Matter? *Crime & Delinquency*, 50(2), 272-291.
- Verhulst, F., Van der Ende, J., Ferdinand, R., & Kasius, M. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial behavior and mental health. Findings from three communities. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 168-175.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.
- Vincent, G. M., Vitacco, M. J., Grisso, T., & Conrado, R. R. (2003). Subtypes of Adolescent Offenders: Affective Traits and Antisocial Behavior Patterns. *Behav. Sci. Law*, 21, 695-712.

- Waldman, I. D., & Slutske, W. S. (2000). Antisocial Behavior and Alcoholism: a Behavioral Genetic Perspective on Comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 255–287.
- Waldron, H. B. (1998). Substance Abuse Disorders. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 5.21, pp. 539-563). New York: Pergamon.
- Walker-Barnes, C. J., & Mason, C. A. (2004). Delinquency and Substance Use among Gang-Involved Youth: The Moderating Role of Parenting Practices. *American Journal of Community Psychology*, 34 (3/4), 235-250.
- Warren, S. L., & Simmens, S. J. (2005). Predicting Toddler Anxiety/Depressive Symptoms: Effects of Caregiver Sensitivity on Temperamentally Vulnerable Children. *Infant Mental Health Journal*, 26(1), 40-55.
- Wasserman, G. A., & Seracini, A. M. (2001). Family risk factors and Interventions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs* (pp. 165-190). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wasserman, G. A., & Seracini, A. M. (2001). Family risk factors and Interventions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs* (pp. 165-190). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R.S. (1989). Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York, NY: Cornell University Press.
- White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use. A growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12, 287-310.
- White, H. R., Bates, M. B., & Buyske, S. (2001). Adolescence-Limited Versus Persistent Delinquency: Extending Moffitt's Hypothesis Into Adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 110(No. 4), 600-609.
- Winnicott, D. W. (1986). *Home is we start from: Essays by a psychoanalyst*. London: Penguin Books.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(4), 565-574.

- Wootton, J. M., Frick, P. J., Shelton, K. K., & Silverthorn, P. (1997). Ineffective Parenting and Childhood Conduct Problems: The Moderating Role of Callous-Unemotional Traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 301-308.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Raoof, A., Gribble, P. A., Parker, G. R., et al. (1992). Interviews with Children Who Experienced Major Life Stress - Family and Child Attributes That Predict Resilient Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 904-910.
- Yaqub, S. (2002). Poor children grow into poor adults: harmful mechanisms or over-deterministic theory. *Journal of International Development*, 14, 1081-1093.
- Zazzo, B. (1966). *La psychologie différentielle des adolescents*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Zimmerman, M., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: the influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107–124.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de caracterização – adolescentes da amostra escolar

Ficha de dados:

Escola: _____ Ano de escolaridade: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Onde é que nasceste? _____

Localidade onde vives? _____ Zona urbana ☐ Zona rural ☐Já reprovaste algum ano? Não ☐ Sim ☐ Quantos anos? _____**Dados da família:**

Idade do pai: _____

Profissão do pai: _____

Habilitações literárias do pai:

- ☐ Sem estudos
- ☐ Ensino Básico (1º ciclo)
- ☐ Escolaridade obrigatória (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional
- ☐ Ensino Superior (bacharelato / licenciatura ou mais)

Idade da mãe: _____

Profissão da mãe : _____

Habilitações literárias da mãe:

- ☐ Sem estudos
- ☐ Ensino Básico (1º ciclo)
- ☐ Escolaridade obrigatória (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional
- ☐ Ensino Superior (bacharelato / licenciatura ou mais)

Com quem viveste até aos 12 anos? _____

Se viveste com os teus pais, estiveste separado deles mais tempo do que um mês (sem contar com as férias?) Sim ☐ Não ☐E estiveste separado de quem? Mãe ☐ Pai ☐ Ambos ☐

Porquê? _____

Com quem é que viveste nessa altura? _____

1. Assinala a situação que corresponde melhor à situação dos teus pais:

- ☐ O meu pai e a minha mãe estão separados
☐ O meu pai e a minha mãe estão divorciados
☐ O meu pai e a minha mãe vivem juntos
☐ O meu pai casou novamente com outra pessoa
☐ A minha mãe casou novamente com outra pessoa
☐ O meu pai já faleceu
☐ A minha mãe já faleceu

2. Se tens irmãos, indica para cada um deles o seguinte:

Idade (anos)	Sexo (Rapaz/rapariga)	Escolaridade (ano)	Estado Civil (solteiro, casado, etc.)	Profissão

3. Vives com: A tua família ☐ ou num colégio ☐**4. Indica as pessoas que vivem contigo em casa:**

Parentesco (mãe, pai, padrasto, avó, irmão, pai adoptivo, etc.)	Idade (anos)	Escolaridade (Sem estudos, estudos primários, secundários ou superiores)	Estado Civil (casado, solteiro, divorciado, etc.)	Profissão

ANEXO 2

Classificação do NSE

Classificação do nível sócio-económico do agregado familiar (Simões, 1994)
NSE baixo - trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória;
NSE médio - profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores;
NSE elevado - grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.

ANEXO 3

Classificação do Nível Profissional dos Pais

Classificação da classe social baseada na profissão para análise e apresentação de resultados¹

I	Directores e gestores da Administração pública e de empresas $\geq$ 10 empregados. Profissões associadas a grau académico do 2º e 3º ciclo universitário (mestrado, pós-graduação, doutoramento).	Directores de empresas, gerentes Medicos, Arquitectos, Juízes, Advogados Professores Universitários, E. Secundário
II	Directores e gestores da Administração pública e de empresas $\leq$ 10 empregados. Profissões associadas a grau académico do 1º ciclo universitário (Licenciatura). Artistas e Desportistas.	Engenheiros técnicos, Técnicos de informática Enfermeiros, Trabalhadores sociais. Professores E. Básico. Profissionais ligados ao mundo artistico, espétáculo e desporto.
III	Trabalhadores da administração e de apoio à gestão administrativa e financeira. Trabalhadores dos serviços de pessoal e de segurança. Trabalhadores por conta própria. Supervisores de trabalhadores manuais.	Emp. escritório, correios, dactilografas Técnicos de saúde. Inspectores da polícia, Chefes de cozinha, bombeiros, policias, capatazes, mestres de obra
IVa	Trabalhadores manuais qualificados.	Mecanicos, Taxistas, condutores autocarros, trabalhadores artes gráficas, Ceramistas, Trabalhadores industrias texteis, carpinteiros, estucadores, electricistas, etc
IVb	Trabalhadores manuais semi-qualificados.	Operadores de máquinas, Seguranças, Empregados de mesa, pescadores, trabalhadores por conta de outrem em gado, campo o florestas, vendedores.
V	Trabalhadores não qualificados.	Varredores, emp. de limpeza, carregadores, pedreiros serventes, etc.

¹ - In: Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiologia (Álvarez, C.; Alonso, J.; Domingo, A.; Regidor, E.) (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.

ANEXO 4

Grelha de cotação do APS-SF

Procedimentos de cotação da Adolescent Psychopathology Scale- Short Form

ESCALAS do						
APS-SF	itens	Verd	FALSO			
P.Comp	1	1	0			
	2	1	0			
	3	1	0			
	4	1	0			
	6	1	0			
	7	1	0			
	8	1	0			
	9	1	0			
	10	1	0			
	11	1	0			
	16	1	0			
	17	1	0			
	18	1	0			
	20	1	0			
	22	1	0			
P.Opos		Nunca	Algumas V	Quase Sempre		
	27	0	1	2		
	29	0	1	2		
	33	0	1	2		
	35	0	1	2		
	36	0	1	2		
	38	0	1	2		
	39	0	1	2		
	41	0	1	2		
	42	0	1	2		
A.Sub		Nunca	2 X mês	1 X semana	2 X semana	Quase todos dias
	107	0	1	2	3	4

Procedimentos de cotação da Adolescent Psychopathology Scale- Short Form

	108	0	1	2	3	4
	109	0	1	2	3	4
	110	0	1	2	3	4
	111	0	1	2	3	4
	112	0	1	2	3	4
	113	0	1	2	3	4
	114	0	1	2	3	4
	115	0	1	2	3	4
P.I.Viol	V	F				
	2	1	0			
	7	1	0			
	8	1	0			
	13	1	0			
	22	1	0			
	26	1	0			
	39	0-nunca	1-algumas X	2-Quase semp		
	41	0		1	2	
	43	0		1	2	
	51	0		1	2	
	69	0		1	2	
	75	0		1	2	
	84	0		1	2	
	106	0		1	2	
P.Acad	28	0-nunca	1-algumas X	2-Quase semp		
	30	0		1	2	
	32	0		1	2	
	37	0		1	2	
	42	0		1	2	
	47	0		1	2	
	59	0		1	2	
	61	0		1	2	
	65	0		1	2	
P.Ans.G.	46	0-nunca	1-algumas X	2-Quase semp		
	49	0		1	2	

Procedimentos de cotação da Adolescent Psychopathology Scale- Short Form

	52	0	1	2
	54	0	1	2
	57	0	1	2
	58	0	1	2
	60	0	1	2
	62	0	1	2
	63	0	1	2
	65	0	1	2
	67	0	1	2
PPST	14 V - 1	F- 0		
	23 V - 1	F- 0		
	45	1	0	2
	48	1	0	2
	50	1	0	2
	56	1	0	2
	65	1	0	2
	78	1	0	2
	88	1	0	2
	89	1	0	2
	90	1	0	2
DEP	91	1	0	2
	92	1	0	2
	93	1	0	2
	94	1	0	2
	95	1	0	2
	96	1	0	2
	97	1	0	2
	98	1	0	2
	99	1	0	2
	100	1	0	2
	101	1	0	2
	102	1	0	2
	103	1	0	2
	106	1	0	2

Procedimentos de cotação da Adolescent Psychopathology Scale- Short Form

P.Comp.A	19	V - 1	F- 0		
	31	V - 1	F- 0		
	40	0-nunca	1-algumas X	2-Quase semp	
	53	0		1	2
	64	0		1	2
	85	0		1	2
	86	0		1	2
SUI	87	0		1	2
	73	0		1	2
	77	0		1	2
	80	0		1	2
	93	0		1	2
	104	0		1	2
	105	0		1	2
P.A-Conceito	34	2		1	0
	68	2		1	0
	74	0		1	2
	76	2		1	0
	79	0		1	2
	81	2		1	0
	83	2		1	0
	95	0		1	2
	106	0		1	2
Prob.IPes	33	0		1	2
	43	0		1	2
	44	0		1	2
	45	0		1	2
	55	0		1	2
	66	0		1	2
	70	0		1	2
	71	0		1	2
	72	0		1	2
	82	0		1	2
	84	0		1	2

Procedimentos de cotação da Adolescent Psychopathology Scale- Short Form

DeF	5	V - 0	F- 1
	12	V - 1	F- 0
	15	V- 0	F-1
	21	V - 1	F- 0
	24	V - 1	F- 0
	25	V- 0	F-1

ConR	Pares de	Concordante = zero	discordante= 1
Exemplo: valor	itens*		
igual a 1 se o			
item 15 pontua			
diferente do 21	15/21		
valor igual a 0			
se 15 pontua			
igual 21			
Nota: * Os restantes pares estão dispostos na tabela 10 (Capítulo 5)			

ANEXO 5

Inventário de Percepções Adolescentes (IPA)

Inventário de Percepções Adolescentes

Streit (1978); Fleming (1997)

Instruções: Nas páginas seguintes vais responder a uma série de perguntas como a seguinte:

Exemplo:

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
Quem gosta de jogar cartas contigo?				

Se de um modo geral, a tua mãe e o teu pai gostam de jogar cartas contigo, coloca **X** debaixo de **Mãe e Pai**, assim:

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
Quem gosta de jogar cartas contigo?	X			

Se de um modo geral, só a tua mãe gosta de jogar cartas contigo coloca **X** debaixo de **Só Mãe**, assim:

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
Quem gosta de jogar cartas contigo?		X		

Se de um modo geral, só o teu pai gosta de jogar cartas contigo, coloca **X** debaixo de **Só Pai**, assim:

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
Quem gosta de jogar cartas contigo?			X	

Se de um modo geral, nem a tua mãe nem o teu pai gostam de jogar cartas contigo, coloca **X** debaixo de **Nem Mãe nem Pai**, assim:

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe nem Pai
Quem gosta de jogar cartas contigo?				X

Se não tens vivido nestes últimos anos com os teus pais ou com um deles, mas com pessoas que os substituem ou fazem as suas vezes, para efeitos de resposta, considera essas pessoas como teus pais.

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe Nem Pai
1. Quem te ajuda a dar festas para os teus amigos ?				
2. Quem te está sempre a dizer como deves comportar-te ?				
3. Quem não liga quando fazes qualquer coisa errada?				
4. Quem gosta de estar com os teus amigos em casa?				
5. Quem pergunta aos outros o que fizeste fora de casa?				
6. Quem te diz quanto sacrificou por ti ?				
7. Quem é que os teus amigos admiram?				
8. Quem é muito severo contigo?				
9. Quem quer ouvir as tuas ideias?				
10. Quem te deixa sair quando tu queres ?				
11. Quem fala contigo sobre coisas íntimas?				
12. Quem te diz tudo o que fez por ti?				
13. Quem quer saber como realmente te sentes?				
14. Quem te castiga severamente?				
15. Quem diz bem de ti?				
16. Quem te castiga pela mais pequena coisa?				
17. Quem fala nas coisas bem feitas que tu fazes?				
18. Quem deseja dizer-te o que deves fazer?				
19. Quem arranja as coisas de maneira a que andes sempre aflito?				
20. Quem te deixa vestir como queres?				
21. Quem diz que tens bom feitio?				
22. Quem se zanga quando fazes perguntas?				
23. Quem fica feliz por te ver quando chegas da escola?				
24. Quem te castiga quando não fazes o que se espera que faças?				
25. Quem gosta de discutir assuntos contigo?				
26. Quem reage como se estivesses a mais?				
27. Quem gosta de sair contigo?				
28. Quem te faz sentir que não te ama?				
29. Quem gosta de fazer coisas contigo?				
30. Quem não te obriga a fazer coisas quando te queixas que não queres?				
31. Quem passa um tempo agradável contigo em casa?				
32. Quem insiste para que acabes o teu trabalho?				
33. Quem te fala com uma voz carinhosa e amiga?				
34. Quem parece satisfeito por se afastar de ti?				
35. Quem te sorri com frequência?				
36. Quem não te deixa em paz até fazeres o que te mandam?				
37. Quem te acarinhava e beijava ao deitar quando eras pequeno?				
38. Quem parece não saber aquilo que precisas ou queres?				

	Mãe e Pai	Só Mãe	Só Pai	Nem Mãe Nem Pai
39. Quem diz que gosta de ti?				
40. Quem te deixa fazer o que queres?				
41. Quem te faz sentir melhor depois de falar contigo sobre os teus problemas?				
42. Quem pensa que devias ter melhores resultados na escola?				
43. Quem sabe como te sentes quando estás triste?				
44. Quem se esquece de te ajudar quando precisas?				
45. Quem te anima quando estás triste?				
46. Quem não quer fazer coisas contigo?				
47. Quem te faz sentir melhor quando estás com medo?				
48. Quem se queixa do que tu fazes?				
49. Quem gosta de falar contigo sobre assuntos do dia-a-dia?				
50. Quem te deixa gastar o teu dinheiro como queres?				
51. Quem te incentiva a ler?				
52. Quem não conversa muito contigo?				
53. Quem te diz onde poderás encontrar aquilo que queres saber?				
54. Quem fica zangado contigo se não ajudas em casa?				
55. Quem gosta mais de ficar contigo em casa do que sair?				
56. Quem passa muito pouco tempo contigo?				
57. Quem te faz sentir importante?				
58. Quem não quer falar muito contigo?				
59. Quem te dá carinho e atenção?				
60. Quem te deixa ficar acordado até tarde sem pedires?				
61. Quem quer que passes bastante tempo na sua companhia?				
62. Quem não dá muita importância a se és bom na escola ou em casa?				
63. Quem te dá muita atenção em casa?				

Verifica se respondeste a todas as perguntas.

ANEXO 6

Healthy Kids Resilience Assessment Module (versão 6.0)

Healthy Kids Resilience Assessment Module

(Version 6.0)

(Versão para adaptação à população portuguesa, por Helena Martins, 2002)

Leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo sobre a letra que melhor indica como se sente face ao que é afirmado.

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
B1.	Sinto-me próximo(a) das pessoas da minha escola.	A	B	C	D
B2.	Estou contente por estar nesta escola.	A	B	C	D
B3.	Sinto que faço parte desta escola.	A	B	C	D
B4.	Os professores nesta escola tratam os alunos com justiça.	A	B	C	D

De seguida assinale a sua discordância ou concordância face às seguintes afirmações sobre a sua ESCOLA e sobre o que lá pode fazer

Na minha escola, há um(a) professor(a) ou outra pessoa adulta que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B5.	... realmente se preocupa comigo.	A	B	C	D
B6.	... me diz quando faço bem as tarefas.	A	B	C	D
B7.	... se apercebe quando não estou na escola.	A	B	C	D
B8.	... quer que eu faça sempre o meu melhor.	A	B	C	D
B9.	... me escuta quando eu quero dizer algo.	A	B	C	D
B10.	... acredita que terei sucesso na vida.	A	B	C	D
B11.	... espera que eu siga as regras.	A	B	C	D

Na escola...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B12.	... participo em actividades interessantes.	A	B	C	D
B13.	... ajudo a tomar decisões sobre actividades ou regras na minha sala.	A	B	C	D
B14.	... faço coisas que melhoram a vida dos meus colegas.	A	B	C	D
B15.	...faço coisas que ajudam os outros.	A	B	C	D
B16.	... estou envolvido em clubes, desporto, ou outras actividades extracurriculares.	A	B	C	D

As próximas afirmações referem-se ao que poderia ocorrer fora da tua escola ou da tua casa, na tua VIZINHANÇA ou COMUNIDADE, ou com outros adultos que não os teus pais.

Fora da minha escola e da minha casa, há uma pessoa adulta que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B17.	... realmente se preocupa comigo.	A	B	C	D
B18.	... me diz quando faço bem as tarefas.	A	B	C	D
B19.	... se apercebe quando algo me aborrece.	A	B	C	D
B20.	...acredita que terei sucesso na vida.	A	B	C	D
B21.	... quer que eu faça sempre o meu melhor.	A	B	C	D
B22.	... em quem eu confio.	A	B	C	D

Fora da minha casa e escola, eu faço estas coisas...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B23.	Estou envolvido em clubes, equipas de desporto, grupos de igreja ou outras actividades.	A	B	C	D
B24.	Estou envolvido em aulas de música, arte, desporto ou outros passatempos.	A	B	C	D
B25.	Ajudo outras pessoas.	A	B	C	D

As afirmações sobre os seus AMIGOS são:

Tenho um(a) amigo(a) da minha idade que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B26.	... realmente se preocupa comigo.	A	B	C	D
B27.	... fala comigo sobre os meus problemas.	A	B	C	D
B28.	... me ajuda quando tenho dificuldades.	A	B	C	D

Os meus amigos...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B29.	... envolvem-se em muitos problemas.	A	B	C	D
B30.	... tentam fazer o que está correcto.	A	B	C	D
B31.	... têm bons resultados na escola.	A	B	C	D

Na minha casa, está o meu pai ou a minha mãe ou outra pessoa adulta que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B32.	... espera que eu siga as regras.	A	B	C	D
B33.	... se interessa pelo meu trabalho na escola.	A	B	C	D
B34.	... acredita que terei sucesso na vida.	A	B	C	D
B35.	... fala comigo sobre os meus problemas.	A	B	C	D
B36.	... quer que eu faça sempre o meu melhor.	A	B	C	D
B37.	... me escuta quando quero dizer algo.	A	B	C	D

Em casa...

B38.	Faço coisas divertidas ou vou a locais divertidos com os meus pais.	A	B	C	D
B39.	Faço coisas que melhoram a vida de todos.	A	B	C	D
B40.	Ajudo a minha família a tomar decisões.	A	B	C	D

As seguintes afirmações sobre a tua personalidade são:

	Totalmente .falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
B2-1. Sinto-me triste quando vejo que outra pessoa sofre, porque alguém a magoou.	A	B	C	D
B2-2. Tento compreender as dificuldades das outras pessoas.	A	B	C	D
B2-3. Quando preciso de ajuda, encontro alguém com quem falar.	A	B	C	D
B2-4. Eu sei onde posso encontrar ajuda quando tenho um problema.	A	B	C	D
B2-5. Tento resolver os problemas falando com alguém sobre eles.	A	B	C	D
B2-6. Sou capaz de resolver os meus problemas.	A	B	C	D
B2-7. Consigo fazer tudo, desde que tente.	A	B	C	D
B2-8. Sou capaz de trabalhar com alguém cujas opiniões sejam diferentes das minhas.	A	B	C	D
B2-9. Há muitas coisas que faço bem.	A	B	C	D
B2-10. Gosto de trabalhar em conjunto com outros alunos da minha idade	A	B	C	D
B2-11. Defendo os meus direitos sem ofender os outros.	A	B	C	D
B2-12. Tento compreender como é que as outras pessoas pensam e sentem.	A	B	C	D
B2-13. A minha vida tem objectivos.	A	B	C	D
B2-14. Compreendo a minha maneira de ser e os meus sentimentos.	A	B	C	D
B2-15. Compreendo porque faço o que faço.	A	B	C	D
B2-16. Tenho planos e objectivos para o meu futuro.	A	B	C	D
B2-17. Penso terminar a Escola Secundária.	A	B	C	D
B2-18. Penso continuar a estudar após terminar a Escola Secundária.	A	B	C	D

Obrigado pela colaboração!

ANEXO 7

Ficha de Caracterização dos Adolescentes Abrangidos pela LTE

1. Identificação do Caso:

Nº: _____

N.º do Processo do Menor:		Data:	
Equipa:			
Sexo: M ☐ F ☐	Data de nascimento:		Idade:
Naturalidade:		Nacionalidade:	

2. Dados Jurídicos:

TIPO DE DELITO INDICIADO/COMETIDO:	
0- Desconhecido ☐ I – Contra as pessoas 1- Ameaças ☐ 2- Crime Sexual ☐ 3- Homicídio ☐ 4- Ofensas corporais ☐ 5- Sequestro ☐ 6- Int. lug. ved. ao público ☐ 7- Contra a honra ☐ II – Contra o património 8- Dano ☐ 9- Burla ☐ 10- Furto ☐ 11- Roubo ☐ 12- Receptação ☐	III – Contra a vida em sociedade 13- Falsificação de moeda ☐ 14- Posse de armas/munições ☐ 15- Posse sub. explosivas/análogas ☐ 16- Incêndio ☐ IV – Legislação Específica A – Código das Estradas 17- Condução veículo s/ licença ☐ 18- Condução veíc. s/ licen. c/ dano ☐ B - Droga 19- Posse de estupefacientes ☐ 20-Tráfico de estupefacientes ☐

Circunstâncias do delito: Sozinho ☐ Em grupo de pares ☐ Com adultos ☐
Idade do primeiro delito:
Persistência do delito: Não ☐ Sim ☐
Aumento da gravidade do delito: Não ☐ Sim ☐
Processos anteriores: Não ☐ Sim ☐ (especificar):
Situação Jurídica: Fase de Inquérito ☐ Fase Jurisdicional ☐ Fase de Cumprimento de Medida ☐ Qual? (especificar):

3. Dados sócio-demográficos:

Zona de residência: rural ☐ ; urbana ☐ : Habitação: ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Quarto ☐ Barraca ☐ Outra: _____ Tem condições sanitárias básicas? ☐ Sim ☐ Não
Concelho de Residência:
Etnia:
Mobilidade familiar: Existe história de itinerância? Não ☐ Sim ☐ - Mudança de meio rural para urbano? Não ☐ Sim ☐ - Mudança de meio urbano / rural? Não ☐ Sim ☐
Responsável legal do menor: Mãe ☐ Pai ☐ Avó ☐ Avô ☐ Tio ☐ Outros ☐ _____
O menor vive actualmente com:
História de negligência e/ou abuso do menor? Não ☐ Sim ☐ Quais? (especificar; por ex. abuso sexual, abuso físico, etc.)

4. Dados relativos a saúde do menor:

Diagnóstico Psicopatológico (Psiquiátrico ou Psicológico)? Não ☐ Sim ☐ Especificar: _____ Portador de Deficiência Física: Não ☐ Sim ☐ Portador de Deficiência Sensorial: Não ☐ Sim ☐ Exclusão de Deficiência Mental: Não ☐ Sim ☐ Hospitalizações: Não ☐ Sim ☐ Motivos: _____ Abuso de drogas: Não ☐ Sim ☐ Abuso de álcool: Não ☐ Sim ☐
História de problemas de comportamento na Infância? Não ☐ Sim ☐ Quais? Fugas de casa? ☐ Não ☐ Sim

5. História de Institucionalizações:

Não ☐ Sim ☐

Tipo de Instituição:

- ☐ IPSS; Qual? _____
 - Idade do menor na altura da institucionalização _____
 - Tempo de Institucionalização _____
- ☐ Centro Educativo (M...Justiça); Qual? _____
 - Idade do menor na altura da institucionalização _____
 - Tempo de Institucionalização _____
- ☐ Outra; Qual? _____
 - Idade do menor na altura da institucionalização _____
 - Tempo de Institucionalização _____

6. História de colocações familiares:

Não ☐ Sim ☐ Quantas? _____

1ª _____ Idade da criança _____ Tempo de permanência _____
 2ª _____ Idade da criança _____ Tempo de permanência _____

Outras _____

7. Dados do Agregado Familiar:

	Pai	Mãe	Outros adultos (especificar quem)
	presente ☐ ausente ☐	presente ☐ ausente ☐	
Idade			
Escolaridade			
Profissão			
Ocupação Profissional	Reformado ☐ Desempregado ☐ Activo ☐	Reformada ☐ Desempregada ☐ Activa ☐	Reformado ☐ Desempregado ☐ Activo ☐
Estabilidade Profissional	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐
Subsídio estatal	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐

Caracterização de adolescentes abrangidos pela Lei Tutelar Educativa

Agregado familiar (cont.)	Pai	Mãe	Outros adultos
Antecedentes criminais (especificar:)	Não ☐ Sim ☐ _____	Não ☐ Sim ☐ _____	Não ☐ Sim ☐ _____
Problemas de saúde	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐
Dependênciade Drogas	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐
Problemas de Alcoolismo	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐
Prostituição	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐	Não ☐ Sim ☐

8. Fratria:

Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Assinalar história de comportamento delinquente (furtos, etc.) ou desviante (drogas, álcool)
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					

(acrescentar se necessário)

9. Tipo de estrutura familiar:

☐ monoparental (vive com Mãe /Pai)

☐ pais juntos (família intacta)

☐ pais separados / divorciados → idade do menor na altura da separação _____

☐ família de recasamento -mãe / padrasto Não ☐ Sim ☐

-pai/ madrasta Não ☐ Sim ☐

→ idade do menor na altura do recasamento _____

☐ pai falecido Não ☐ Sim ☐

☐ mãe falecida Não ☐ Sim ☐

10. Dados relativos a educação parental:

Nota: No caso do menor viver com outro(s) adulto(s) que não os pais, considerar esse ou esses adultos e assinalá-los:

- Envolvimento parental? Não ☐ Sim ☐ De quem? _____
- Disciplina parental? Não ☐ Sim ☐ De quem? _____
- Aparente conflito conjugal ? Não ☐ Sim ☐
- Aparente conflito na relação mãe-filho ? Não ☐ Sim ☐
- Aparente conflito na relação pai-filho ? Não ☐ Sim ☐

11. Dados escolares/ocupação:

Nível de Escolaridade:
Nº de reprovações:
Motivado face à escola? Não ☐ Sim ☐
Dificuldades de Aprendizagem? Não ☐ Sim ☐
Fugas à escola? Não ☐ Sim ☐
Abandono Escolar: Não ☐ Sim ☐
Frequenta Curso de Formação Profissional? Não ☐ Sim ☐ Qual?
Habilitações específicas? Não ☐ Sim ☐ Quais?
Interesses/ projectos vocacionais: Não ☐ Sim ☐ Quais?
Tem ocupação laboral? Não ☐ Sim ☐ Qual?

13. Outras informações que o técnico considere relevantes:

ANEXO 8

Autorização da *PARs* para adaptação do APS-SF

PAR Copyright Permission Request Form

The purpose of this two page form is to provide us with the information we need to quickly review your request for a permission agreement, and also provide you with helpful information about our permission request process. Permission is necessary if you want to use a modified version (including translations, modified format, use of tables, graphs, and text from a professional manual) or only a portion of a test for any purpose. If you plan to use a test in its entirety and in its published form, you must purchase the number of test protocols you will need for your purposes. To purchase the published form, please contact PAR Customer Support at 813.968.3003.

- PAR will not grant permission to include an entire test or scale in any publication, including dissertations and theses. However, inclusion of a few sample items may be approved.
- A per-copy royalty fee will be charged for all permissions granted. This fee is prorated based on the total amount of material you are using. There will be a Permissions fee charged for reproduction of tables, charts, graphs, or other materials, to be included in other publications.
- Payment can be made in U.S. funds via check, money order, VISA, MasterCard, American Express, or Discover. We also accept official institutional purchase orders from U.S. and Canadian residents.

Please complete the remainder of this form. Required sections are noted and highlighted. Please complete only the sections that are relevant to the nature of your request. Once the form is completed, please send the form to the address below:

Patty Drexler at PAR, Inc.
16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549
Fax: (813) 968-2598
E-mail: PDrexler@parinc.com

Upon submission, your request will be reviewed and we will contact you in approximately 3-4 business days with instructions and information regarding associated costs.

➤ **Your Information (Required)**

Your Name: Ida Manuela Timóteo Lemos _____
Institution: University of Algarve, Faculty of Social and Environmental Studies- depart. of Psychology
Address: _Campus de Gambelas, 8005- 139, Algarve_____
City, State/Region: Algarve_____
Zip Code/Postal Code: 8005- 139_____ Country ____Portugal
Phone: (____)_____ Fax: (351)____289 81 85 60_
Email Address: ilemos@ualg.pt

Who will be responsible for overseeing the use of this instrument?_**Prof. Dr. Alexandra Reis**

➤ **Test/Publication Information (Required)**

Name of PAR test/publication you wish to use, adapt, or modify (please be as specific as possible):

_____ **Adolescent Psychopathology Scale-Short Form_ (APS-SF)** _____

Do you already have a copy of the test/publication? Yes X

➤ **Purpose and Number of Copies Needed (Required for Assessments Only)**

Will this test be used for research or clinical purposes? If for research, **please provide title of study** (if for clinical purposes, **please describe the population the test will be used with**):

__Title of the study: Assessment of Psychological Risk Factors of Delinquent Adolescents in the Portuguese Juvenile Justice System. Adolescents of the Juvenile Justice System and a control group of adolescents from schools. The test will be used for research purposes only.

How many people will you be testing and how many copies of the specified assessment will you need for your purposes? 656 adolescents (656 copies)

➤ **Modification to Existing Assessment**

If you only wish to use a portion of an assessment:

How many of the test items do you wish to use? _____

If you only plan to use certain subscales, how many subscales do you wish to use? _____

Name of subscale(s) you wish to use: _____

If you wish to modify the format/wording of the test (i.e., use a different answer sheet)

Reason published/printed form cannot be purchased and used: **_The English version of the test was purchased from PAR._ It Was not found a Portuguese version of the test for the adolescent portuguese population**_____

How do you plan to modify the test form? Please be as specific as possible or be sure to attach a copy of the modified assessment to this Request Form.

_____ I wish to translate the test into Portuguese in order to adapt it to a sample of portuguese_ adolescent_____

➤ **Permission to Create/Use an Existing Translation**

Please be sure to contact a PAR Customer Support Specialist to determine whether an existing translation is available.

If a translation is available, please specify the language version you hope to obtain?

If the translation you need is not currently available, and you wish to translate the assessment, in which language do you wish to translate the measure?

_____ Portuguese_____

Please note, for translations, independent technical and validation data is usually not available. When obtaining permission to use a translation it is recommended that you also purchase the Manual and a sample test form for the English version so that you will have scoring and interpretive guidelines. Please contact PAR Customer Support at 1.800.331.8378 or 813.968.3003, or via e-mail at Custserv@parinc.com for further information.

➤ **Reproduction for Purposes of Publication/Presentation**

Do you wish to include sample items or other material from this instrument in a publication? Yes X

If yes, provide details. For an appendix of dissertation or thesis, provide title; for a journal article, provide name of journal and title of article; for a book, provide name of publisher and title of book, etc.

Sample items in an appendix of the PhD thesis – “Assessment of Psychological Risk Factors of Delinquent Adolescents in the Portuguese Juvenile Justice System”.

----- Original Message -----

From: Patty Drexler

To: Ida Lemos

Sent: Tuesday, March 15, 2005 7:22 PM

Subject: RE: APS_back-translation2.doc

Dear Ida:

I am writing to let you know we have approved the back-translation (from Portuguese to English) of the APS-SF. Please consider this email as our written authorization to proceed with reproduction of up to 600 copies of the Portuguese APS-SF per the terms of our agreement.

Please forward a copy of the final translation to me for our files.

If you have any questions regarding these issues, please let me know. Thank you for your help with this translation.

Regards,

Patty Drexler

Executive Assistant to the
Chairman and CEO

Psychological Assessment Resources, Inc.
16204 N. Florida Avenue
Lutz, FL 33549
813.968.3003
813.968.2598 (fax)
www.parinc.com

-----Original Message-----

From: Ida Lemos [<mailto:ilemos@ualg.pt>]

Sent: Tuesday, March 15, 2005 11:00 AM

To: Patty Drexler

Subject: APS_back-translation2.doc

ANEXO 9

Escala de Psicopatologia do Adolescente – APS-SF

APS-SF

Questionário Adolescente

de William M. Reynolds¹

(versão para investigação)

Instruções:

Com o presente questionário pretende-se perceber que tipo de problemas as pessoas têm por vezes. As páginas que se seguem contêm afirmações que descrevem a forma como as pessoas se sentem em relação a si próprias, aos outros e em relação ao mundo que as rodeia. O objectivo é saber como te tens sentido no período de tempo assinalado (últimos 6 meses ou últimas 2 semanas). **Ao responderes, por favor tem em conta o período de tempo a que se referem as perguntas.**

Para responderes a cada questão, preenche o círculo (●), ou faz uma cruz (⊗), assinalando, claramente a tua resposta. Podes responder directamente nesta folha. Por exemplo, se gostaste de ver televisão quase sempre nos últimos 6 meses, deves assinalar a tua resposta da seguinte forma:

"Nos últimos 6 meses..."	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
Eu gostei de ver televisão.	☐	☐	☒

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Responde consoante te tens estado a sentir. Sê tão honesto(a) quanto possível nas tuas respostas a cada afirmação.

Algumas afirmações podem parecer-te estranhas. Não te preocupes. Este questionário tanto é para pessoas que podem estar a passar por alguns problemas, como para aquelas pessoas que não têm quaisquer problemas. Responde a cada afirmação consoante ela te descreva melhor e de acordo com o período de tempo assinalado acima de cada conjunto de afirmações.

Se não tiveres a certeza de como responder a uma afirmação, escolhe a resposta que melhor descrever a forma como te sentes. Por favor, está atento(a), responde a todas as afirmações e não saltes nenhuma das afirmações.

Se precisares de alterar a tua resposta, apaga ou risca por cima da resposta que queres alterar e marca a resposta que achas correcta. Confirma que a tua primeira resposta é completamente apagada ou riscada.

¹ - Adaptado e reproduzido por Lemos, I. (2004), por autorização especial do Editor, Psychological Assessment Resources, Inc., North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, do *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form* por William M. Reynolds, Ph.D., Copyright 2000 by PAR, Inc. Qualquer reprodução é proibida sem permissão da PAR, Inc.

“Nos últimos seis meses...”	Verdadeiro	Falso
1. Faltei à escola ou fiz gazeta às aulas algumas vezes por mês.	☐	☐
2. Comecei lutas com outros.	☐	☐
3. Assaltei uma casa, um carro ou um prédio.	☐	☐
4. Fugi de casa duas ou mais vezes.	☐	☐
5. Tenho tido algumas chatices na minha vida.	☐	☐
6. Magoei animais.	☐	☐
7. Usei uma arma quando estava a lutar.	☐	☐
8. Magoei fisicamente alguém.	☐	☐
9. Roubei coisas de uma loja ou supermercado algumas vezes.	☐	☐
10. Quebrei frequentemente as regras em casa ou na escola.	☐	☐
11. De propósito, fiz estragos num carro, parti janelas ou coisas num prédio.	☐	☐
12. Sempre que cometi um erro eu assumi-o.	☐	☐
13. Senti-me fora de mim ao ponto de magoar outras pessoas.	☐	☐
14. Aconteceu algo de muito mau a mim ou à minha família.	☐	☐
15. Por vezes fiquei aborrecido com os meus pais.	☐	☐
16. Menti muitas vezes.	☐	☐
17. Peguei fogo a uma coisa que não devia.	☐	☐
18. Fui suspenso ou expulso da escola.	☐	☐
19. Tive muito medo de engordar.	☐	☐
20. Roubei algo que não me pertencia.	☐	☐

Nos últimos seis meses..."	Verdadeiro	Falso
21. Nunca me aborreci com os meus pais.	☐	☐
22. Parti ou destruí coisas que pertenciam a outras pessoas.	☐	☐
23. Alguém fez algo para me magoar.	☐	☐
24. Eu fiz sempre aquilo que era correcto fazer.	☐	☐
25. Por vezes fiquei zangado(a).	☐	☐
26. Eu fiz mal a alguém que me fez perder a cabeça.	☐	☐

"Nos últimos seis meses..."	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
27. Discuti com os meus professores ou com os meus pais.	☐	☐	☐
28. Eu andei muito distraído(a) na escola ou no trabalho.	☐	☐	☐
29. Se alguém me disse para fazer uma coisa eu fiz o contrário.	☐	☐	☐
30. Passei um mau bocado para acabar os trabalhos da escola.	☐	☐	☐
31. Preocupei-me com o aumentar de peso.	☐	☐	☐
32. Foi-me difícil sentar-me quieto(a) na escola ou em casa.	☐	☐	☐
33. Perdi a calma.	☐	☐	☐
34. Senti-me bem comigo mesmo(a).	☐	☐	☐
35. Discuti com adultos.	☐	☐	☐
36. Fiz coisas para chatear outras pessoas.	☐	☐	☐
37. Foi-me difícil estar atento nas aulas.	☐	☐	☐
38. Outras pessoas chatearam-me.	☐	☐	☐
39. Senti-me muito zangado(a).	☐	☐	☐

“Nos últimos seis meses...”	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
40. Preocupei-me que se começasse a comer não seria capaz de parar.	☐	☐	☐
41. Senti vontade de me vingar de outras pessoas.	☐	☐	☐
42. Quebrei as regras na escola ou em casa.	☐	☐	☐
43. Fiquei tão furioso(a) que atirei coisas em casa ou na escola.	☐	☐	☐
44. Senti-me muito só.	☐	☐	☐
45. Foi-me difícil estar com outras pessoas.	☐	☐	☐
46. Senti-me muito tenso(a).	☐	☐	☐
47. Meti-me em sarilhos na escola ou no trabalho.	☐	☐	☐
48. Estive sempre a pensar nas coisas más que me aconteceram.	☐	☐	☐
49. Senti-me nervoso(a).	☐	☐	☐
50. Senti-me deprimido(a) ou triste.	☐	☐	☐
51. Senti-me furioso(a) ou zangado(a) com quase toda a gente.	☐	☐	☐
52. Cansei-me facilmente.	☐	☐	☐
53. Tive medo de ficar gordo(a).	☐	☐	☐
54. Preocupei-me com muitas coisas.	☐	☐	☐
55. Preocupei-me com o que os outros colegas ou adultos pensam sobre mim.	☐	☐	☐
56. Senti que algo de mau ia acontecer-me a mim ou a pessoas que eu conheço.	☐	☐	☐
57. Tive dores no meu corpo.	☐	☐	☐
58. Senti-me agitado(a).	☐	☐	☐
59. Não estudei ou não entreguei os trabalhos de casa.	☐	☐	☐

“Nos últimos seis meses...”	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
60. Senti-me estonteado(a).	☐	☐	☐
61. Não consegui perceber o que se estava a passar na escola ou no trabalho.	☐	☐	☐
62. Tive dificuldade em adormecer.	☐	☐	☐
63. Senti-me muito nervoso(a).	☐	☐	☐
64. Senti-me gordo(a) apesar do peso que eu perdi.	☐	☐	☐
65. Tive dificuldade em me concentrar.	☐	☐	☐
66. Senti que tudo na minha vida estava errado.	☐	☐	☐
67. Senti-me aborrecido(a).	☐	☐	☐
“Em geral...”	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
68. Eu gosto do meu aspecto.	☐	☐	☐
69. As pessoas fazem-me sentir furioso(a) muito facilmente.	☐	☐	☐
70. Sinto que não tenho amigos ou amigas	☐	☐	☐
71. Sinto-me desconfortável perto de pessoas.	☐	☐	☐
72. Sinto que não há ninguém com quem eu possa falar.	☐	☐	☐
73. Gostava de nunca ter nascido.	☐	☐	☐
74. Parece-me que quando as pessoas me passam a conhecer elas não gostam de mim.	☐	☐	☐
75. Fico tão zangado(a) que não consigo controlar o meu comportamento.	☐	☐	☐

"Em geral..."	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre
76. Acho que a maior parte das pessoas gosta de mim.	☐	☐	☐
77. Penso matar-me.	☐	☐	☐
78. Sinto-me desligado(a) das coisas.	☐	☐	☐
79. Sinto que sou uma pessoa sem valor.	☐	☐	☐
80. Magoei-me de propósito.	☐	☐	☐
81. Acho que sou boa pessoa.	☐	☐	☐
82. Preocupa-me que eu não venha a ter amigos.	☐	☐	☐
83. Sinto que sou tão bom quanto a maioria das pessoas.	☐	☐	☐
84. Não consigo controlar o meu comportamento.	☐	☐	☐

"Nos últimos três meses."	Nunca	1 ou 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
85. Vomitei de propósito após ter comido uma grande refeição.	☐	☐	☐
86. Só de ver comida ficava enjoado(a).	☐	☐	☐
87. Comi uma grande quantidade de comida às escondidas para que ninguém me visse.	☐	☐	☐
88. Tive dificuldade em adormecer à noite.	☐	☐	☐
89. Após ter adormecido, tive a sensação de ter acordado muitas vezes durante a noite.	☐	☐	☐
90. Sonhei que alguma coisa má me aconteceu.	☐	☐	☐

"Nas últimas duas semanas..."	Quase nunca	Algumas vezes	Quase todos os dias
91. Senti-me muito deprimido(a).	☐	☐	☐
92. Senti-me mais lento(a).	☐	☐	☐
93. Pensei matar-me.	☐	☐	☐
94. Tive dificuldade em adormecer.	☐	☐	☐
95. Senti que não tinha valor.	☐	☐	☐
96. Senti que não tinha energia.	☐	☐	☐
97. Tive dificuldades em me concentrar ou em pensar	☐	☐	☐
98. Senti-me culpado(a) em relação a coisas.	☐	☐	☐
99. Não me apeteceu comer.	☐	☐	☐
100. Senti-me muito aborrecido(a) com as coisas.	☐	☐	☐
101. Chorei ou apeteceu-me chorar.	☐	☐	☐
102. Senti que as coisas que eu costumava fazer já não tinham graça.	☐	☐	☐
103. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo.	☐	☐	☐
104. Senti que não valia a pena viver.	☐	☐	☐
105. Tentei ou pensei seriamente matar-me.	☐	☐	☐
106. Senti-me zangado(a) comigo mesmo.	☐	☐	☐

Por favor indica a frequência com que tu consumiste as seguintes substâncias nos últimos 6 meses:

"Nos últimos 6 meses eu consumi ..."	Nunca	Algumas vezes por mês	1 vez por semana	Algumas vezes por semana	Quase todos os dias
107. Cannabis (Haxixe, Marijuana, charro, etc...).	☐	☐	☐	☐	☐
108. Cerveja.	☐	☐	☐	☐	☐
109. Bebidas brancas (Rum, Vodka, shots, etc...).	☐	☐	☐	☐	☐
110. Cocaína (Coca, Crack, Branca, Rebulau), Heroína.	☐	☐	☐	☐	☐
111. Alucinogéneos (LSD, Mescalina).	☐	☐	☐	☐	☐
112. Anfetaminas, speed, MDMA (Ecstasy).	☐	☐	☐	☐	☐
113. Snifar cola, sprays, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
114. Calmantes, comprimidos para dormir, Serenal, Valium, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
115. Outras drogas ou álcool	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 10

Inventário de Percepções Adolescentes (BSI) – *versão para adolescentes*

BSI (L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995) Versão para investigação (adolescentes)					
A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinala, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA TE INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marca apenas um espaço com uma cruz. Não deixes nenhuma pergunta por responder.					
Em que medida foste incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os teus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos teus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não podes confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando estás com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se assustado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de ti					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago					
24. Impressão de que os outros te costumam observar ou falar de ti					

Em que medida foste incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentires necessidade de verificar várias vezes o que fazes					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que te falta o ar					
30. Sensações de frio ou de calor					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por te causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (dormência ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deverias ser castigado pelos teus pecados					
35. Sentires-te sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em te concentrares					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentires-te em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vais morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentires-te embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentires-te mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentires-te "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentires-te nervoso quando tens que ficar sozinho					
48. Sentires que as outras pessoas não dão o devido valor ao teu trabalho ou às tuas capacidades					
49. Sentires-te tão desassossegado que não consegues manter-te sentado quieto					
50. Sentires que não tens valor					
51. A impressão que, se deixasses, as outras pessoas se aproveitariam de ti					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na tua cabeça					

ANEXO 11

Carta de pedido de autorização aos Conselhos Executivos das escolas

**Ex.mo Sr. Presidente do Conselho Executivo
da Escola _____**

Gambelas, 29 de Outubro de 2004

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados com vista à adaptação de instrumentos psicológicos para a população portuguesa.

No âmbito da pesquisa empírica para a realização da tese de doutoramento em Psicologia Clínica pela Universidade do Algarve, venho desta forma solicitar a Vossa Ex.^a que autorize a administração de um questionário a alunos do 2º e 3º ciclos (idades superiores a 12 anos) desta escola.

Este trabalho, cuja orientação científica é efectuada pelo Prof. Dr. Eduardo Sá, da Universidade de Coimbra, tem por objectivo o estudo de factores de risco e de factores protectores psicológicos e psicossociais para perturbação versus estabilidade emocional nos adolescentes. Pretende-se assim contribuir para uma caracterização do perfil do adolescente em risco psicossocial, caracterização essa que poderá ser útil na escolha das intervenções junto de jovens em risco.

A requerente compromete-se, por sua honra:

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

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

(Ida Lemos)

Docente da Área Departamental de Psicologia,
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da
Universidade do Algarve

ANEXO 12

Carta de Pedido de Autorização aos Pais

Faro, _____ de 2004

Exm.º (ª) Sr.(a) Encarregado de Educação

No âmbito de uma investigação de doutoramento em Psicologia, sobre o desenvolvimento emocional dos adolescentes, foi efectuado um pedido de autorização ao Conselho Executivo da Escola que o seu filho frequenta para que os alunos preencham alguns questionários na escola.

Na selecção ao acaso dos alunos, a turma do seu filho foi escolhida. Na medida em que para este estudo necessitamos de dados relativos ao aluno, vimos desta forma, solicitar a sua autorização para que o seu filho(a) colabore como participante desta investigação.

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

Se no entanto, não autorizar o preenchimento do questionário pelo seu educando, peço-lhe que devolva, na próxima semana, esta carta ao seu director de turma, bastando para isso preencher a parte inferior da folha com o nome e número do seu educando e assinando por baixo.

Grata pela sua colaboração,
Com os melhores cumprimentos,

(Ida Lemos)
Docente da Área Departamental de Psicologia,
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade
do Algarve

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

(Assinatura do Encarregado de Educação)

ANEXO 13

Pedido de autorização ao Instituto de Reinserção Social

Ex.mo Sr. Presidente do Instituto de Reinserção Social

Assunto: Pedido de autorização para realizar uma pesquisa empírica no IRS, com vista à elaboração de tese de doutoramento na área da Psicologia Clínica.

Na sequência do pedido de colaboração do IRS, com vista à elaboração de tese de doutoramento datado de 21 de Junho de 2002 e em resposta ao parecer emitido por V. Ex.a, em 27/07/02, Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos, B.I. n.º 6745898, emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa em 06/10/1999, residente em Urbanização Cerro Azul, lote 91, 8700 Olhão, T. 967051143, vem por este meio, solicitar a Vossa Ex.a se digne autorizar o presente pedido de pesquisa empírica no Instituto de Reinserção Social, com vista à elaboração de uma tese de doutoramento na área da Psicologia Clínica, subordinada ao tema “Adolescência e Delinquência”.

Assim, pretendendo-se estudar o perfil psicológico do delinquente abrangido pela Lei Tutelar Educativa (Dec.-lei n.º 166/99 de 14 de Setembro), compromete-se a requerente a respeitar a confidencialidade e o sigilo da informação recolhida, sendo previsível o recurso a três momentos de avaliação (entrevistas e aplicação de questionários) a jovens que se encontrem em processo de avaliação no âmbito da Lei Tutelar Educativa, na área geográfica correspondente à Região Sul, assim como consulta de processos com vista à recolha de dados sócio-demográficos e de anamnese dos menores.

A requerente compromete-se, por sua honra e de acordo com a matéria regulada na Lei n.º 65/93, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 8/95, de Março, e pela Lei 94/99, de 16 de Julho:

- a) A garantir a preservação de confidencialidade dos dados recolhidos;
- b) A não recolher a identidade dos titulares dos processos e documentos;
- c) A não utilizar os dados pessoais obtidos para fins diversos dos que determinaram o acesso, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, nos termos da lei;
- d) O acesso autorizado a consulta de processos e documentos ter lugar no local onde o processo se encontre arquivado, não sendo dele retirado.

Pede deferimento,

(Ida Lemos)

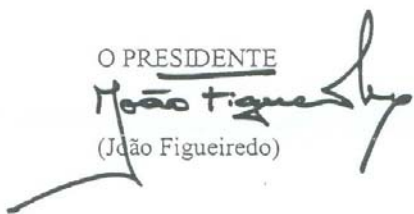
AK

- f) O presidente aprecia os requerimentos previstos na alínea d) e solicita o parecer da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos, nos termos dos números 2º e 3º do artigo 15º da Lei nº 65/93, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei nº 94/99, de 16 de Julho, enviando ao requerente cópia daquele pedido de parecer.
4. Os pedidos de acesso apresentados com vista à realização de estudos e investigações devem explicitar a respectiva finalidade e demonstrar que o acesso pretendido é a via adequada e razoável de satisfação do seu interesse, sendo instruídos com documento passado pela competente autoridade académica, se for caso disso.
- 4.1. Os estudos e investigações inseridos na elaboração de tese de mestrado ou de doutoramento demonstrada através de documento passado pela competente autoridade académica serão, em regra, apreciados favoravelmente pelo presidente.
- 4.2. O requerente deve subscrever documento em que se compromete a:
- . não recolher a identidade dos titulares dos processos e documentos;
 - . assegurar a completa despersonalização dos textos a produzir;
 - . não utilizar os dados pessoais obtidos para fins diversos dos que determinaram o acesso, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, nos termos da lei.
5. O acesso autorizado poderá concretizar-se, conforme os casos, através das formas previstas no nº 1 do artigo 12º da Lei nº 65/93, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei nº 94/96, de 16 de Julho.
- 5.1. A consulta a processos e documentos tem lugar:
- a) no local onde o processo e documento se encontra arquivado, não podendo dele ser retirado;
 - b) mediante subscrição pelo interessado de documento elaborado pelos serviços em que se identifiquem os processos/documentos que lhe são disponibilizados.

6. Revogo o meu despacho nº 13, de 30 de Junho de 1999.
7. O presente despacho será objecto de reapreciação aquando da entrada em vigor da Lei Tutelar Educativa aprovada pela Lei nº 166/99, de 14 de Setembro.
8. Dê-se conhecimento às Senhoras Vice-Presidentes, aos departamentos dos Serviços Centrais e às Delegações Regionais.

Lisboa, 06 de Janeiro de 2000

O PRESIDENTE


(João Figueiredo)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Serviços Centrais

Concedido.

A ignora considero de

V. G.

02/07/22

Car

Concedido.
Considero que os conteúdos com os
noveiros devem ser vedados por
leis da IRS por explorarem, em
primeiro lugar, o objectivo do contrato
e outros aspectos decorrentes do
que é dito nos pontos 8 e 9 de
presente informação.

Visto a presente informação e os
autênticos que lhe deram origem. A
realização de estudos e pesquisa científica
nesta área é de inegável interesse do IRS,
mas a este inunbe também a salvaguarda
dos princípios éticos e legais que condicionam
estas iniciativas. No caso presente afirma-
se manifesto que o pedido reveste ainda
de ser instruído e elementos complementa-
res, como um documento emitido pela
competente autoridade académica que supervi-
saria a tese, uma explicação clara dos
métodos utilizados (entrevistas, exclusiva-
mente?) e a elaboração - que se supõe
de uma declaração de compromisso formal
de garantia de preservação de confidenciali-
dade dos dados recolhidos, que acolha as
limitações legais citadas na presente informa-
ção e as disposições do Desp. 3/Pnes/2000.
Com essas salvaguardas, nada a opor
à autorização solicitada.

Informação/Proposta/Parecer n.º 32/DCATO/2002, de 16 de Julho

A Universidade do Sul, Registo

52.07.22/

ASSUNTO: Pedido de colaboração do IRS, com vista à elaboração de tese de doutoramento, da Lic. Ida Lemos

Amor Ceia
VICE-PRESIDENTE

Da exposição apresentada pela Dra. Ida Lemos e do contacto telefónico estabelecido com a Sra. Dileta

27.04.02
Jorge Oliveira
Vice-Presidente
(em substituição do Presidente)

1. A requerente solicita autorização para realizar uma pesquisa empírica no IRS, a fim de elaborar uma tese de doutoramento na área da Psicologia Clínica, subordinada ao tema "Adolescência e Delinquência".
2. A referida pesquisa tem por finalidade estudar o perfil psicológico do delinquente não institucionalizado abrangido pela Lei Tutelar Educativa (LTE).
3. Será orientada pelo Prof. Doutor Eduardo Sá da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
4. Como metodologia a seguir, a requerente prevê o recurso a entrevistas e à aplicação de questionários a jovens que se encontrem em processo de avaliação no âmbito da LTE, na área geográfica correspondente à Região Sul.

C/C Direcção Regional do Sul
Dr. João Cunha

Exma. Senhora
Dra. Ida Lemos
Urbanização Cerro Azul, Lote 91
8700 OLHÃO

11/11/02 06640

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência
DCATO

Data

Assunto: Acesso a dossiers individuais de menores

Na sequência do solicitado, cumpre informá-la do seguinte:

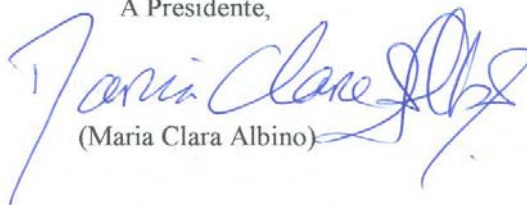
A Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) emitiu parecer favorável, ao acesso aos documentos requeridos, sob determinadas condições:

- ser a consulta dos processos individuais feita no próprio local onde tais documentos se encontram, ou seja, nos serviços que os detêm;
- serem “despersonalizados” os textos, as conclusões e, em geral, os resultados que se elaborem e divulguem – incluindo os apontamentos, registos e outros trabalhos preparatórios –, por forma a impossibilitar a individualização de dados susceptíveis de ofender a reserva da intimidade da vida privada, tanto do menor como da sua família nuclear;
- ser informada de que os dados pessoais comunicados a terceiros não podem ser utilizados para fins diversos dos que determinaram o acesso, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, nos termos legais;
- ser, pela interessada, subscrito documento em que identifique todos os processos a que tenha acesso.

Deste modo, poderá V. Exa. entrar em contacto com o Director Regional do Sul deste Instituto, por forma a operacionalizar a recolha dos elementos que pretende, nos termos autorizados.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente,


(Maria Clara Albino)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO DE REINserÇÃO SOCIAL Serviços Centrais

16/05/06 05028

C/C Director Regional do Sul

Exmª Senhora
Dra Ida Lemos
Urbanização Vista Elite, lote 91
Rua da Palmeira
8700-206 Olhão

Sua referência

Sua comunicação de
24.11.2005

Nossa referência
DPE

Data

Assunto: *Adenda ao Pedido de autorização de investigação académica no âmbito de
Doutoramento em Psicologia promovido pela Universidade do Algarve*

Na sequência da exposição identificada em epígrafe, e não obstante a autorização anterior do Instituto de Reinserção Social sobre a investigação académica em apreço, foi a mesma neste momento, analisada nos nossos Serviços Centrais, no sentido da melhor adequação do trabalho a desenvolver por V. Exª aos interesses/características dos menores internados em centros educativos.

Neste contexto, defere-se o pedido formulado, designadamente, o desenvolvimento da investigação académica em dois Centros Educativos da Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo (telefone 218 814 500) solicitando-se para o efeito, o contacto de V. Exª com aquela unidade operativa, para o necessário enquadramento.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Instituto de Reinserção Social


Leonor Furtado

MA

ANEXO 14

Estatística descritiva e correlações item-total das escalas do APS-SF e do BSI (ESTUDO 1)

Quadro 3. Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo de validação (n = 656)

Itens do APS-SF	Amplitude*	M	DP	Assimetria	Curtose
p1-PC	0-1	0.29	0.45	0.93	-1.14
p2-PC	0-1	0.12	0.32	2.41	3.80
p3-PC	0-1	0.02	0.14	6.64	42.21
p4-PC	0-1	0.03	0.17	5.63	29.79
p6-PC	0-1	0.09	0.29	2.87	6.27
p7-PC	0-1	0.02	0.14	6.64	42.21
p8-PC	0-1	0.22	0.42	1.34	-0.21
p9-PC	0-1	0.10	0.30	2.66	5.10
P10-PC	0-1	0.23	0.42	1.31	-0.30
p11-PC	0-1	0.06	0.23	3.79	12.43
p16-PC	0-1	0.30	0.46	0.87	-1.24
p17-PC	0-1	0.07	0.26	3.37	9.42
p18-PC	0-1	0.02	0.14	6.91	45.84
p20-PC	0-1	0.07	0.26	3.24	8.54
p22-PC	0-1	0.10	0.30	2.69	5.25
p27-PO	0-2	0.55	0.58	0.48	-0.69
p29-PO	0-2	0.37	0.52	0.90	-0.42
p33-PO	0-2	0.63	0.63	0.48	-0.66
p35-PO	0-2	0.59	0.62	0.54	-0.62
p36-PO	0-2	0.34	0.53	1.21	0.45
p38-PO	0-2	0.82	0.59	0.08	-0.36
p39-PO	0-2	0.65	0.62	0.39	-0.66
p41-PO	0-2	0.44	0.58	0.91	-0.16
p42-PO	0-2	0.34	0.53	1.25	0.56
p107-AS	0-4	0.21	0.71	3.93	15.63
p108- AS	0-4	0.68	1.02	1.52	1.47
p109- AS	0-4	0.66	0.93	1.46	1.56
p110- AS	0-4	0.03	0.27	10.67	126.26
p111- AS	0-4	0.02	0.21	14.53	235.08
p112- AS	0-4	0.04	0.28	9.56	102.98
p113- AS	0-4	0.06	0.39	7.51	63.17
p114- AS	0-4	0.13	0.53	4.99	27.18
p115- AS	0-4	0.18	0.61	4.10	18.41
p2-PIV	0-1	0.12	0.32	2.41	3.80
p7-PIV	0-1	0.02	0.14	6.64	42.21
p8-PIV	0-1	0.22	0.42	1.34	-0.21
p13-PIV	0-1	0.30	0.46	0.87	-1.24
p22-PIV	0-1	0.10	0.30	2.66	5.10
p26-PIV	0-1	0.23	0.42	1.29	-0.33
p39-PIV	0-1	0.65	0.62	0.39	-0.66
p41-PIV	0-1	0.44	0.58	0.91	-0.16

Quadro 3 (cont.)– Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo de validação (n= 656)

Itens do APS-SF	Amplitude*	M	DP	Assimetria	Curtose
p51-PIV	0-1	0.39	0.57	1.12	0.27
p69-PIV	0-1	0.51	0.58	0.67	-0.53
p75-PIV	0-1	0.36	0.54	1.20	0.45
p84-PIV	0-1	0.42	0.57	0.99	-0.03
p106-PIV	0-2	0.51	0.60	0.73	-0.44
p28-PA	0-2	0.83	0.60	0.09	-0.40
p30-PA	0-2	0.52	0.61	0.72	-0.45
p32-PA	0-2	0.51	0.63	0.85	-0.32
p37-PA	0-2	0.74	0.63	0.28	-0.66
p42-PA	0-2	0.34	0.53	1.25	0.56
p47-PA	0-2	0.16	0.38	2.24	4.03
p59-PA	0-2	0.60	0.64	0.61	-0.61
p61-PA	0-2	0.36	0.50	0.79	-0.85
p65-PA	0-2	0.75	0.59	0.14	-0.51
p46-PAG	0-2	0.50	0.58	0.66	-0.54
p49-PAG	0-2	0.75	0.60	0.15	-0.52
p52-PAG	0-2	0.49	0.59	0.76	-0.40
p54-PAG	0-2	0.88	0.63	0.11	-0.54
p57-PAG	0-2	0.67	0.59	0.25	-0.65
p58-PAG	0-2	0.57	0.58	0.45	-0.71
p60-PAG	0-2	0.30	0.48	1.09	-0.28
p62-PAG	0-2	0.61	0.67	0.65	-0.64
p63-PAG	0-2	0.60	0.60	0.44	-0.66
p65-PAG	0-2	0.75	0.59	0.14	-0.51
p67-PAG	0-2	0.82	0.57	-0.01	-0.17
p14-PPST	0-1	0.24	0.43	1.24	-0.45
p23-PPST	0-1	0.49	0.50	0.04	-2.00
p45-PPST	0-2	0.31	0.51	1.33	0.75
p48-PPST	0-2	0.70	0.65	0.40	-0.73
p50-PPST	0-2	0.71	0.62	0.30	-0.65
p56-PPST	0-2	0.46	0.62	1.01	-0.03
p65-PPST	0-2	0.75	0.59	0.14	-0.51
p78-PPST	0-2	0.52	0.58	0.58	-0.64
p88-PPST	0-2	0.66	0.72	0.61	-0.89
p89-PPST	0-2	0.53	0.67	0.90	-0.36
p90-PPST	0-2	0.57	0.66	0.74	-0.52
p91-DEP	0-2	0.49	0.62	0.86	-0.26
p92-DEP	0-2	0.51	0.57	0.59	-0.65
p93-DEP	0-2	0.15	0.44	3.10	8.97
p94-DEP	0-2	0.58	0.67	0.72	-0.57
p95-DEP	0-2	0.37	0.58	1.32	0.74
p96-DEP	0-2	0.44	0.56	0.81	-0.38
p97-DEP	0-2	0.66	0.59	0.29	-0.66

Quadro 3 (cont.)– Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo de validação (n= 656)

Itens do APS-SF	Amplitude*	M	DP	Assimetria	Curtose
p98-DEP	0-2	0.50	0.60	0.75	-0.41
p99-DEP	0-2	0.42	0.57	1.01	0.03
p100-DEP	0-2	0.61	0.59	0.37	-0.70
p101-DEP	0-2	0.62	0.68	0.63	-0.69
p102-DEP	0-2	0.50	0.60	0.73	-0.44
p103-DEP	0-2	0.44	0.59	0.96	-0.07
p106-DEP	0-2	0.51	0.60	0.73	-0.44
p19-PCA	0-2	0.33	0.47	0.70	-1.51
p31-PCA	0-2	0.50	0.71	1.07	-0.22
p40-PCA	0-2	0.29	0.56	1.80	2.25
p53-PCA	0-2	0.47	0.69	1.14	-0.04
p64-PCA	0-2	0.33	0.61	1.69	1.61
p85-PCA	0-2	0.05	0.26	5.61	33.51
p86-PCA	0-2	0.20	0.47	2.34	4.80
p87-PCA	0-2	0.10	0.34	3.55	12.92
p73-SUI	0-2	0.36	0.60	1.48	1.08
p77-SUI	0-2	0.17	0.46	2.71	6.67
p80-SUI	0-2	0.17	0.43	2.49	5.72
p93-SUI	0-2	0.15	0.44	3.10	8.97
p104-SUI	0-2	0.24	0.50	2.00	3.21
p105-SUI	0-2	0.12	0.39	3.58	12.48
p34-AC	0-2	0.72	0.72	0.46	-0.96
p68-AC	0-2	0.71	0.67	0.40	-0.78
p74-AC	0-2	0.34	0.54	1.25	0.57
p76-AC	0-2	0.81	0.65	0.21	-0.71
p79-AC	0-2	0.40	0.59	1.20	0.42
p81-AC	0-2	0.66	0.66	0.50	-0.73
p83-AC	0-2	1.12	0.73	-0.19	-1.12
p95-AC	0-2	0.37	0.58	1.32	0.74
p106-AC	0-2	0.51	0.60	0.74	-0.43
p33-PIP	0-2	0.63	0.63	0.48	-0.66
p43-PIP	0-2	0.19	0.45	2.39	5.11
p44-PIP	0-2	0.59	0.65	0.67	-0.58
p45-PIP	0-2	0.31	0.51	1.33	0.75
p55-PIP	0-2	0.77	0.69	0.33	-0.88
p66-PIP	0-2	0.50	0.64	0.91	-0.26
p70-PIP	0-2	0.35	0.56	1.34	0.83
p71-PIP	0-2	0.33	0.53	1.32	0.76
p72-PIP	0-2	0.36	0.56	1.29	0.70
p82-PIP	0-2	0.68	0.74	0.58	-0.97
p84-PIP	0-2	0.42	0.57	0.99	-0.03

Quadro 3 (cont.)– Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo de validação (n= 656)

Itens do APS-SF	Amplitude*	M	DP	Assimetria	Curtose
IncR15-21	0-2	0.59	0.58	0.41	-0.69
IncR19-53	0-1	0.06	0.24	3.67	11.51
IncR31-53	0-1	0.05	0.21	4.19	15.68
IncR34-68	0-1	0.03	0.18	5.19	25.05
IncR34-79	0-1	0.02	0.12	7.93	61.08
IncR34-81	0-1	0.01	0.11	8.90	77.61
IncR39-51	0-1	0.04	0.20	4.53	18.62
IncR46-49	0-1	0.04	0.18	4.94	22.55
IncR50-91	0-1	0.07	0.25	3.46	10.06
IncR62-94	0-1	0.28	0.45	0.96	-1.07
IncR77-93	0-1	0.12	0.32	2.40	3.80
IncR79-81	0-1	0.02	0.12	7.93	61.08
IncR79-95	0-1	0.05	0.21	4.12	15.05
IncR88-94	0-1	0.28	0.45	0.97	-1.06
APSp5-Def	0-1	0.35	0.47	0.61	-1.62
APSp12-Def	0-1	0.70	0.45	-0.88	-1.22
APSp15-Def	0-1	0.69	0.46	-0.83	-1.30
APSp21-Def	0-1	0.20	0.40	1.47	0.16
APSp24-Def	0-1	0.45	0.49	0.18	-1.97
APSp25-Def	0-1	0.13	0.33	2.19	2.80

***Nota:** No que respeita à amplitude, os inquiridos utilizam os vários níveis de resposta para cada escala.

Análise das correlações item-escala nas escalas do APS-SF (n = 656)

Quadro 4. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PC

Item	M	DP	r
p1	0.29	0.45	0.42**
p2	0.12	0.32	0.51**
p3	0.02	0.14	0.44**
p4	0.03	0.17	0.23**
p6	0.09	0.29	0.50**
p7	0.02	0.14	0.38**
p8	0.22	0.42	0.55**
p9	0.10	0.30	0.49**
p10	0.23	0.42	0.61**
p11	0.06	0.23	0.50**
p16	0.30	0.46	0.52**
p17	0.07	0.26	0.47**
p18	0.02	0.14	0.35**
p20	0.07	0.26	0.54**
p22	0.10	0.30	0.56**
Total da escala	1.74	2.12	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 5. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PO

Item	M	DP	r
p27	0.55	0.58	0.49**
p29	0.37	0.52	0.43**
p33	0.63	0.63	0.47**
p35	0.59	0.62	0.50**
p36	0.34	0.53	0.50**
p38	0.82	0.59	0.42**
p39	0.65	0.62	0.52**
p41	0.44	0.58	0.43**
p42	0.34	0.53	0.44**
Total da escala	9.51	4.85	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 6. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala AS

Item	M	DP	r
p107	0.21	0.71	0.62**
p108	0.68	10.02	0.79**
p109	0.66	0.93	0.80**
p110	0.03	0.27	0.49**
p111	0.02	0.21	0.42**
p112	0.04	0.28	0.56**
p113	0.06	0.39	0.32**
p114	0.13	0.53	0.25**
p115	0.18	0.61	0.64**
Total da escala	2.00	3.01	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 7. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PIV

Item	M	DP	r
p2	0.12	0.32	0.45**
p7	0.02	0.14	0.18**
p8	0.22	0.42	0.44**
p13	0.30	0.46	0.57**
p22	0.10	0.30	0.39**
p26	0.23	0.42	0.51**
p39	0.65	0.62	0.63**
p41	0.44	0.58	0.64**
p43	0.19	0.45	0.53**
p51	0.39	0.57	0.68**
p69	0.51	0.58	0.62**
p75	0.36	0.54	0.70**
p84	0.42	0.57	0.56**
p106	0.51	0.60	0.57**
Total da escala	4.45	3.74	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 8. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PA

Item	M	DP	r
p28	0.83	0.60	0.69**
p30	0.52	0.61	0.52**
p32	0.51	0.63	0.67**
p37	0.74	0.63	0.75**
p42	0.34	0.53	0.57**
p47	0.16	0.38	0.46**
p59	0.60	0.64	0.62**
p61	0.36	0.50	0.52**
p65	0.75	0.59	0.65**
Total da escala	4.81	3.15	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 9. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PAG

Item	M	DP	r
p46	0.50	0.58	0.65**
p49	0.75	0.60	0.69**
p52	0.49	0.59	0.54**
p54	0.88	0.63	0.59**
p57	0.67	0.59	0.58**
p58	0.57	0.58	0.62**
p60	0.30	0.48	0.51**
p62	0.61	0.67	0.54**
p63	0.60	0.60	0.74**
p65	0.75	0.59	0.64**
p67	0.82	0.57	0.66**
Total da escala	6.93	3.98	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 10. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PPST

Item	M	DP	r
P14	0.24	0.43	0.38**
P23	0.49	0.50	0.47**
P45	0.31	0.51	0.53**
P48	0.70	0.65	0.67**
P50	0.71	0.62	0.68**
P56	0.46	0.62	0.65**
P65	0.75	0.59	0.61**
P78	0.52	0.58	0.62**
P88	0.66	0.72	0.60**
P89	0.53	0.67	0.62**
P90	0.57	0.66	0.64**
Total da escala	5.92	3.90	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 11. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala DEP

Item	M	DP	r
P91	0.49	0.62	0.73**
P92	0.51	0.57	0.63**
P93	0.15	0.44	0.45**
P94	0.58	0.67	0.55**
P95	0.37	0.58	0.71**
P96	0.44	0.56	0.66**
P97	0.66	0.59	0.59**
P98	0.50	0.60	0.69**
P99	0.42	0.57	0.54**
P100	0.61	0.59	0.71**
P101	0.62	0.68	0.67**
P102	0.50	0.60	0.64**
P103	0.44	0.59	0.61**
P106	0.51	0.60	0.69**
Total da escala	6.80	5.25	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 12. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala CA

Item	M	DP	r
P19	0.33	0.47	0.76**
P31	0.50	0.71	0.79**
P40	0.29	0.56	0.67**
P53	0.47	0.69	0.88**
P64	0.33	0.61	0.82**
P85	0.05	0.26	0.33**
P86	0.20	0.47	0.48**
P87	0.10	0.34	0.37**
Total da escala	2.27	2.84	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 13. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala SUI

Item	M	DP	r
p73	0.36	0.601	0.73**
p77	0.17	0.463	0.84**
p80	0.17	0.426	0.56**
p93	0.15	0.439	0.81**
P104	0.24	0.503	0.82**
p105	0.12	0.393	0.81**
Total da escala	1.20	2.151	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 14. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala AC

Item	M	DP	r
P34	0.72	0.72	0.63**
P68	0.71	0.67	0.65**
P74	0.34	0.54	0.60**
P76	0.81	0.65	0.67**
P79	0.40	0.59	0.67**
P81	0.66	0.66	0.60**
P83	1,12	0.73	0.53**
P95	0.37	0.58	0.72**
P106	0.51	0.60	0.56**
Total da escala	5.65	3.58	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 15. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala PIP

Item	M	DP	r
P33	0.63	0.63	0.51**
P43	0.19	0.45	0.41**
P44	0.59	0.65	0.72**
P45	0.31	0.51	0.62**
P55	0.77	0.69	0.57**
P66	0.50	0.64	0.75**
P70	0.35	0.56	0.61**
P71	0.33	0.53	0.55**
P72	0.36	0.56	0.64**
P82	0.68	0.74	0.59**
P84	0.42	0.57	0.45**
Total da escala	5.13	3.86	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 16. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala Def

Item	M	DP	r
P5	0.35	0.48	0.55**
P12	0.70	0.46	0.54**
P15	0.69	0.46	-0.05
P21	0.20	0.40	0.47**
P24	0.45	0.50	0.67**
P25	0.13	0.34	0.38**
Total da escala	2.54	1.14	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Quadro 17. Médias, desvios-padrão e correlações item-total para a escala InconR

Item	M	DP	r
IncR15-21	0.59	0.59	0.08*
IncR19-53	0.06	0.24	0.30**
IncR31-53	0.05	0.22	0.17**
IncR34-68	0.03	0.18	0.11**
IncR34-79	0.02	0.12	0.14**
IncR34-81	0.01	0.11	0.08*
IncR39-51	0.04	0.20	0.14**
IncR46-49	0.04	0.19	0.12**
IncR50-91	0.07	0.25	0.15**
IncR62-94	0.28	0.45	-0.02
IncR77-93	0.12	0.32	0.34**
IncR79-81	0.02	0.12	0.09*
IncR79-95	0.05	0.22	0.24**
IncR88-94	0.28	0.45	0.01
Total da escala	1.30	1.00	

** Correlação significativa ao nível de 0.01

*Correlação significativa ao nível de 0.05

Quadro 18. Matriz de correlações entre as escalas do APS-SF (n = 656)

Escalas	PC	PO	PA	PIV	SUB	PAG	PPST	DEP	CA	AC	PIP	SUI	Def	InCs
PC	1.00	0.36***	0.49***	0.55***	0.49***	0.24***	0.27***	0.24***	0.12**	0.17***	0.30***	0.24***	-0.28***	0.11**
PO	0.36***	1.00	0.51***	0.55***	0.22***	0.42***	0.43***	0.38***	0.21***	0.24	0.43***	0.27***	-0.34***	0.12**
PA	0.49***	0.51***	1.00	0.57***	0.27***	0.60***	0.58***	0.53***	0.22***	0.35	0.53***	0.35***	-0.33***	0.04
PIV	0.55***	0.55***	0.57***	1.00	0.29***	0.58***	0.61***	0.61***	0.27***	0.47	0.69***	0.48***	-0.34***	0.14***
AS	0.49***	0.22***	0.27***	0.29***	1.00	0.16***	0.18***	0.16***	0.07*	0.10*	0.18***	0.19***	-0.18***	0.10**
PAG	0.24***	0.42***	0.60***	0.58***	0.16***	1.00	0.81***	0.75***	0.37***	0.45***	0.70***	0.42***	-0.30***	0.05
PPSS	0.27***	0.43***	0.58***	0.61***	0.18***	0.81***	1.00	0.83***	0.41***	0.50***	0.76***	0.49***	-0.33***	0.07*
DEP	0.24***	0.38***	0.53***	0.61***	0.16***	0.75***	0.83***	1.00	0.41***	0.62***	0.75***	0.59***	-0.29***	0.11**
CA	0.12**	0.21***	0.22***	0.27***	0.07*	0.37***	0.41***	0.41***	1.00	0.33***	0.43***	0.32***	-0.17***	0.12**
AC	0.17***	0.24***	0.35***	0.47***	0.10**	0.45***	0.50***	0.62***	0.33***	1.00	0.61***	0.54***	-0.28***	0.18***
PIP	0.30***	0.43***	0.53***	0.69***	0.18***	0.70***	0.76***	0.75***	0.43***	0.61***	1.00***	0.53***	-0.33***	0.11**
SUI	0.24***	0.27***	0.35***	0.48***	0.19***	0.42***	0.49***	0.59***	0.32***	0.54***	0.53***	1.00	-0.15***	0.19***
Def	-0.28***	-0.34***	-0.33***	-0.34***	-0.18***	-0.30***	-0.33***	-0.29***	-0.17***	-0.28***	-0.33***	-0.15***	1.00	0.01
InCs	0.11**	0.12**	0.04	0.14***	0.10**	0.05	0.07*	0.11**	0.12**	0.18***	0.11**	0.19***	0.01	1.00

*** $p < 0.001$. $p < 0.01$. * $p < 0.05$

Quadro 19. Estatísticas descritivas dos itens do BSI no estudo de validação (n= 656)

Itens do BSI	Amplitude	M	DP	Assimetria	Curtose
1	0-4	1.37	1.18	0.44	-0.70
2	0-4	0.39	0.72	2.02	4.01
3	0-4	0.52	0.89	1.82	2.82
4	0-4	0.62	0.85	1.46	2.07
5	0-4	0.96	1.06	0.99	0.31
6	0-4	1.62	1.22	0.33	-0.80
7	0-4	0.80	1.06	1.28	0.94
8	0-4	0.58	0.89	1.67	2.44
9	0-4	0.45	0.96	2.38	5.17
10	0-4	1.19	1.16	0.81	-0.14
11	0-4	0.98	1.10	1.09	0.49
12	0-4	0.64	0.99	1.65	2.20
13	0-4	0.69	1.02	1.42	1.13
14	0-4	1.02	1.20	1.05	0.15
15	0-4	1.00	0.94	0.86	0.55
16	0-4	1.09	1.15	0.96	0.16
17	0-4	1.40	1.12	0.69	-0.11
18	0-4	0.92	1.07	1.17	0.76
19	0-4	0.70	0.70	1.42	2.04
20	0-4	0.89	1.05	1.13	0.62
21	0-4	1.10	1.15	0.96	0.18
22	0-4	0.89	1.11	1.28	0.92
23	0-4	0.67	0.96	1.51	1.88
24	0-4	1.33	1.15	0.67	-0.26
25	0-4	1.08	1.24	1.01	0.04
26	0-4	1.19	1.01	0.68	0.08
27	0-4	1.35	0.98	0.50	-0.03
28	0-4	0.28	0.72	3.29	11.81
29	0-4	0.61	0.92	1.68	2.61
30	0-4	1.22	1.18	0.75	-0.03
31	0-4	0.61	0.88	1.50	1.88
32	0-4	0.58	0.94	1.76	2.72
33	0-4	0.82	0.98	1.22	1.17
34	0-4	0.76	0.99	1.33	1.21
35	0-4	0.89	1.11	1.14	0.48
36	0-4	1.43	1.11	0.43	-0.52
37	0-4	0.85	0.94	0.95	0.32
38	0-4	0.74	0.96	1.30	1.25

Quadro 19 (cont.) – Estatísticas descritivas dos itens do BSI no estudo de validação (n= 656)

Itens do BSI	Amplitude	M	DP	Assimetria	Curtose
39	0-4	0.70	1.08	1.54	1.49
40	0-4	0.71	1.02	1.49	1.60
41	0-4	0.87	1.13	1.20	0.49
42	0-4	1.00	0.99	0.83	0.15
43	0-4	0.50	0.88	1.99	3.71
44	0-4	0.75	0.99	1.36	1.38
45	0-4	0.29	0.73	3.14	10.72
46	0-4	0.96	1.08	1.06	0.50
47	0-4	0.55	0.93	1.87	3.12
48	0-4	1.15	1.10	0.81	-0.03
49	0-4	0.92	1.07	1.06	0.41
50	0-4	0.91	1.16	1.12	0.24
51	0-4	0.78	1.03	1.29	0.91
52	0-4	1.05	1.07	0.95	0.41
53	0-4	0.88	1.16	1.27	0.74

Quadro 20. Matriz de correlações entre as escalas do BSI

Escalas	SOM	OBS-COM	SENSIB	DEP	ANS	HOSTILID	ANS FOB	IDEACÇÃO PAR	PSICOTICISM
SOM	1.00	0.58***	0.49***	0.56***	0.66***	0.51***	0.55***	0.54***	0.62***
OBS-COM	0.58***	1.00	0.63***	0.69***	0.68***	0.61***	0.48***	0.64***	0.68***
SENSIB	0.49***	0.63***	1.00	0.76***	0.67***	0.64***	0.48***	0.76***	0.71***
DEP	0.56***	0.69***	0.76***	1.00	0.73***	0.61***	0.47***	0.72***	0.78***
ANS	0.66***	0.68***	0.67***	0.73***	1.00	0.64***	0.65***	0.66***	0.72***
HOSTILID	0.51***	0.61***	0.64***	0.61***	0.64***	1.00	0.43***	0.64***	0.63***
ANS FOB	0.55***	0.48***	0.48***	0.47***	0.65***	0.43***	1.00	0.47***	0.56***
IDEACÇÃO PAR	0.54***	0.64***	0.76***	0.72***	0.66***	0.64***	0.47***	1.00	0.71***
PSICOTICISM	0.62***	0.68***	0.71***	0.78***	0.72***	0.63***	0.56***	0.71***	1.00

ANEXO 15

Estatística descritiva dos instrumentos de avaliação utilizados no Estudo 2

Quadro 21. Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo 2 (n = 628)

Itens do APS-SF	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
APSp1-PC	0-1	0.29	0.45	0.92	-1.16
APSp2-PC	0-1	0.11	0.32	2.42	3.89
APSp3-PC	0-1	0.02	0.15	6.49	40.21
APSp4-PC	0-1	0.03	0.16	6.04	34.56
APSp6-PC	0-1	0.09	0.29	2.89	6.37
APSp7-PC	0-1	0.02	0.15	6.49	40.21
APSp8-PC	0-1	0.22	0.41	1.36	-0.16
APSp9-PC	0-1	0.10	0.30	2.70	5.29
APSp10-PC	0-1	0.23	0.42	1.30	-0.31
APSp11-PC	0-1	0.06	0.23	3.82	12.62
APSp16-PC	0-1	0.30	0.46	0.89	-1.22
APSp17-PC	0-1	0.07	0.26	3.28	8.81
APSp18-PC	0-1	0.02	0.14	6.75	43.69
APSp20-PC	0-1	0.07	0.26	3.28	8.81
APSp22-PC	0-1	0.10	0.30	2.73	5.46
APSp27-PO	0-2	0.55	0.58	0.49	-0.68
APSp29-PO	0-2	0.37	0.51	0.89	-0.46
APSp33-PO	0-2	0.63	0.63	0.50	-0.65
APSp35-PO	0-2	0.59	0.61	0.53	-0.62
APSp36-PO	0-2	0.33	0.52	1.21	0.44
APSp38-PO	0-2	0.81	0.59	0.07	-0.36
APSp39-PO	0-2	0.65	0.62	0.40	-0.66
APSp41-PO	0-2	0.44	0.58	0.93	-0.12
APSp42-PO	0-2	0.33	0.53	1.27	0.64
APSp107-AS	0-4	0.21	0.69	4.01	16.40
APSp108-AS	0-4	0.68	1.02	1.51	1.42
APSp109-AS	0-4	0.65	0.93	1.49	1.64
APSp110-AS	0-4	0.03	0.27	10.44	120.71
APSp111-AS	0-4	0.02	0.21	14.21	224.93
APSp112-AS	0-4	0.04	0.29	9.35	98.43
APSp113-AS	0-4	0.06	0.39	7.53	62.77
APSp114-AS	0-4	0.12	0.49	4.91	26.54
APSp115-AS	0-4	0.19	0.62	4.00	17.46
APSp2-PIV	0-1	0.11	0.32	2.42	3.89
APSp7-PIV	0-1	0.02	0.15	6.49	40.21
APSp8-PIV	0-1	0.22	0.41	1.36	-0.16
APSp13-PIV	0-1	0.31	0.46	0.84	-1.30
APSp22-PIV	0-1	0.10	0.30	2.70	5.29
APSp26-PIV	0-1	0.23	0.42	1.30	-0.31
APSp39-PIV	0-2	0.65	0.62	0.40	-0.66
APSp41-PIV	0-2	0.44	0.58	0.93	-0.12
APSp43-PIV	0-2	0.18	0.45	2.49	5.65

Quadro 21 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo 2 (n = 628)

Itens do APS-SF	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
APSp51-PIV	0-2	0.39	0.56	1.12	0.25
APSp69-PIV	0-2	0.50	0.58	0.66	-0.54
APSp75-PIV	0-2	0.35	0.54	1.23	0.52
APSp84-PIV	0-2	0.41	0.57	1.00	0.01
APSp106-PIV	0-2	0.50	0.59	0.72	-0.46
APSp28-PA	0-2	0.84	0.60	0.08	-0.37
APSp30-PA	0-2	0.52	0.61	0.72	-0.45
APSp32-PA	0-2	0.51	0.63	0.85	-0.31
APSp37-PA	0-2	0.74	0.63	0.28	-0.66
APSp42-PA	0-2	0.33	0.53	1.27	0.64
APSp47-PA	0-2	0.15	0.38	2.31	4.41
APSp59-PA	0-2	0.60	0.65	0.62	-0.60
APSp61-PA	0-2	0.36	0.50	0.81	-0.81
APSp65-PA	0-2	0.75	0.59	0.12	-0.48
APSp46-PAG	0-2	0.50	0.58	0.65	-0.55
APSp49-PAG	0-2	0.75	0.59	0.14	-0.51
APSp52-PAG	0-2	0.49	0.59	0.76	-0.39
APSp54-PAG	0-2	0.88	0.63	0.10	-0.52
APSp57-PAG	0-2	0.67	0.59	0.24	-0.64
APSp58-PAG	0-2	0.57	0.58	0.47	-0.69
APSp60-PAG	0-2	0.30	0.48	1.08	-0.28
APSp62-PAG	0-2	0.61	0.66	0.63	-0.65
APSp63-PAG	0-2	0.60	0.60	0.44	-0.67
APSp65-PAG	0-2	0.75	0.59	0.12	-0.48
APSp67-PAG	0-2	0.82	0.56	-0.02	-0.15
APSp14-PPST	0-1	0.23	0.42	1.27	-0.39
APSp23-PPST	0-1	0.49	0.50	0.04	-2.00
APSp45-PPST	0-2	0.30	0.51	1.36	0.85
APSp48-PPST	0-2	0.70	0.65	0.39	-0.73
APSp50-PPST	0-2	0.71	0.62	0.29	-0.65
APSp56-PPST	0-2	0.46	0.62	1.00	-0.06
APSp65-PPST	0-2	0.75	0.59	0.12	-0.48
APSp78-PPST	0-2	0.52	0.57	0.54	-0.68
APSp88-PPST	0-2	0.67	0.72	0.60	-0.89
APSp89-PPST	0-2	0.53	0.66	0.88	-0.37
APSp90-PPST	0-2	0.57	0.66	0.71	-0.55
APSp91-DEP	0-2	0.49	0.61	0.85	-0.28
APSp92-DEP	0-2	0.50	0.57	0.60	-0.64
APSp93-DEP	0-2	0.15	0.44	3.04	8.64
APSp94-DEP	0-2	0.58	0.66	0.70	-0.58
APSp95-DEP	0-2	0.37	0.58	1.32	0.74
APSp96-DEP	0-2	0.44	0.56	0.83	-0.35
APSp97-DEP	0-2	0.66	0.59	0.29	-0.66

Quadro 21 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo 2 (n = 628)

Itens do APS-SF	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
APSp98-DEP	0-2	0.50	0.60	0.75	-0.41
APSp99-DEP	0-2	0.41	0.57	1.01	0.03
APSp100-DEP	0-2	0.61	0.59	0.36	-0.71
APSp101-DEP	0-2	0.62	0.67	0.62	-0.68
APSp102-DEP	0-2	0.50	0.60	0.74	-0.42
APSp103-DEP	0-2	0.44	0.59	0.96	-0.07
APSp106-DEP	0-2	0.50	0.59	0.72	-0.46
APSp19-PCA	0-1	0.34	0.47	0.68	-1.54
APSp31-PCA	0-2	0.50	0.71	1.06	-0.25
APSp40-PCA	0-2	0.29	0.56	1.79	2.22
APSp53-PCA	0-2	0.48	0.69	1.12	-0.08
APSp64-PCA	0-2	0.33	0.61	1.68	1.58
APSp85-PCA	0-2	0.05	0.25	5.71	34.89
APSp86-PCA	0-2	0.19	0.46	2.35	4.89
APSp87-PCA	0-2	0.10	0.33	3.60	13.31
APSp73-SUI	0-2	0.36	0.60	1.46	1.03
APSp77-SUI	0-2	0.17	0.46	2.72	6.73
APSp80-SUI	0-2	0.16	0.42	2.59	6.27
APSp93-SUI	0-2	0.15	0.44	3.04	8.64
APSp104-SUI	0-2	0.24	0.50	2.02	3.28
APSp105-SUI	0-2	0.12	0.39	3.52	12.13
APSp34-PAC	0-2	0.72	0.71	0.47	-0.93
APSp68-PAC	0-2	0.71	0.66	0.40	-0.77
APSp74-PAC	0-2	0.34	0.54	1.28	0.66
APSp76-PAC	0-2	0.81	0.65	0.22	-0.71
APSp79-PAC	0-2	0.39	0.59	1.22	0.46
APSp81-PAC	0-2	0.64	0.65	0.52	-0.69
APSp83-PAC	0-2	10.11	0.73	-0.17	-1.12
APSp95-PAC	0-2	0.37	0.58	1.32	0.74
APSp106-PAC	0-2	0.50	0.59	0.72	-0.45
APSp33-PIP	0-2	0.63	0.63	0.50	-0.65
APSp43-PIP	0-2	0.18	0.45	2.49	5.65
APSp44-PIP	0-2	0.59	0.65	0.65	-0.58
APSp45-PIP	0-2	0.30	0.51	1.36	0.85
APSp55-PIP	0-2	0.77	0.69	0.33	-0.89
APSp66-PIP	0-2	0.50	0.64	0.91	-0.24
APSp70-PIP	0-2	0.35	0.56	1.34	0.82
APSp71-PIP	0-2	0.33	0.53	1.32	0.78
APSp72-PIP	0-2	0.35	0.56	1.30	0.71
APSp82-PIP	0-2	0.68	0.74	0.58	-0.96
APSp84-PIP	0-2	0.41	0.57	1.00	0.01
APSp5-Def	0-1	0.35	0.48	0.64	-1.59
APSp12-Def	0-1	0.71	0.45	-0.93	-1.14
APSp15-Def	0-1	0.69	0.46	-0.84	-1.30

Quadro 21 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do APS-SF no estudo 2 (n = 628)

Itens do APS-SF	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
APSp21-Def	0-1	0.21	0.40	1.46	0.14
APSp24-Def	0-1	0.46	0.50	0.17	-1.98
APSp25-Def	0-1	0.13	0.33	2.24	3.03
IncR15-21	0-2	0.59	0.59	0.42	-0.70
IncR19-53	0-1	0.06	0.24	3.63	11.22
IncR31-53	0-1	0.05	0.22	4.17	15.44
IncR34-68	0-1	0.03	0.18	5.35	26.65
IncR34-79	0-1	0.01	0.12	8.19	65.32
IncR34-81	0-1	0.01	0.11	9.33	85.41
IncR39-51	0-1	0.04	0.21	4.42	17.62
IncR46-49	0-1	0.04	0.19	4.95	22.53
IncR50-91	0-1	0.07	0.25	3.53	10.48
IncR62-94	0-1	0.28	0.45	1.00	-1.01
IncR77-93	0-1	0.11	0.31	2.48	4.14
IncR79-81	0-1	0.02	0.13	7.75	58.29
IncR79-95	0-1	0.05	0.22	4.09	14.81
IncR88-94	0-1	0.28	0.45	0.97	-1.06

Quadro 22. Estatísticas descritivas dos itens do BSI no estudo 2 (n = 628)

Itens do BSI	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
BSIn1	0-4	1.36	1.18	0.46	-0.69
BSIp2	0-4	0.37	0.71	2.11	4.55
BSIp3	0-4	0.51	0.88	1.87	3.08
BSIp4	0-4	0.63	0.86	1.45	1.98
BSIp5	0-4	0.97	1.06	0.96	0.20
BSIp6	0-4	1.65	1.23	0.30	-0.84
BSIp7	0-4	0.77	1.03	1.35	1.21
BSIp8	0-4	0.60	0.94	1.70	2.45
BSIp9	0-4	0.46	0.97	2.35	4.96
BSIp10	0-4	1.19	1.17	0.83	-0.13
BSIp11	0-4	0.98	1.12	1.07	0.44
BSIp12	0-4	0.64	0.99	1.65	2.15
BSIp13	0-4	0.68	1.02	1.43	1.14
BSIp14	0-4	1.00	1.20	1.06	0.16
BSIp15	0-4	1.00	0.93	0.86	0.53
BSIp16	0-4	1.07	1.15	0.98	0.22
BSIp17	0-4	1.39	1.12	0.70	-0.09
BSIp18	0-4	0.92	1.08	1.16	0.70
BSIp19	0-4	0.71	0.91	1.41	1.90
BSIp20	0-4	0.88	1.06	1.14	0.59
BSIp21	0-4	1.07	1.13	1.00	0.30
BSIp22	0-4	0.90	1.11	1.26	0.87

Quadro 22 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do BSI no estudo 2 (n = 628)

Itens do BSI	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
BSIp23	0-4	0.68	0.97	1.55	2.01
BSIp24	0-4	1.29	1.14	0.74	-0.09
BSIp25	0-4	1.06	1.23	1.03	0.08
BSIp26	0-4	1.18	1.02	0.70	0.05
BSIp27	0-4	1.34	0.98	0.50	-0.04
BSIp28	0-4	0.28	0.72	3.30	11.90
BSIp29	0-4	0.60	0.93	1.74	2.82
BSIp30	0-4	1.23	1.19	0.75	-0.28
BSIp31	0-4	0.62	0.90	1.52	1.97
BSIp32	0-4	0.58	0.93	1.76	2.71
BSIp33	0-4	0.83	0.98	1.19	1.00
BSIp34	0-4	0.77	0.99	1.29	1.14
BSIp35	0-4	0.89	1.10	1.11	0.41
BSIp36	0-4	1.42	1.11	0.42	-0.56
BSIp37	0-4	0.86	0.96	0.97	0.38
BSIp38	0-4	0.74	0.96	1.30	1.23
BSIp39	0-4	0.71	1.09	1.51	1.36
BSIp40	0-4	0.75	1.05	1.44	1.35
BSIp41	0-4	0.93	1.17	1.13	0.28
BSIp42	0-4	1.03	1.02	0.83	0.12
BSIp43	0-4	0.52	0.91	1.97	3.50
BSIp44	0-4	0.77	1.01	1.33	1.25
BSIp45	0-4	0.30	0.76	3.14	10.49
BSIp46	0-4	0.98	1.09	1.06	0.49
BSIp47	0-4	0.56	0.95	1.87	3.07
BSIp48	0-4	1.13	1.10	0.82	-0.01
BSIp49	0-4	0.93	1.08	1.06	0.41
BSIp50	0-4	0.92	1.16	1.10	0.17
BSIp51	0-4	0.76	1.03	1.34	1.04
BSIp52	0-4	1.06	1.08	0.95	0.39
BSIp53	0-4	0.87	1.16	1.26	0.67

Quadro 23. Estatísticas descritivas dos itens do IPA no estudo 2 (n = 628)

Itens do IPA	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
IPAp1	0-2	1.00	0.85	0.01	-1.62
IPAp2	0-2	1.59	0.57	-1.03	0.06
IPAp3	0-2	0.38	0.66	1.47	0.81
IPAp4	0-2	1.23	0.79	-0.43	-1.29
IPAp5	0-2	0.69	0.76	0.59	-1.05
IPAp6	0-2	1.09	0.80	-0.16	-1.40
IPAp7	0-2	1.05	0.78	-0.09	-1.36
IPAp8	0-2	0.74	0.74	0.45	-1.05
IPAp9	0-2	1.49	0.66	-0.95	-0.25
IPAp10	0-2	1.39	0.68	-0.65	-0.67
IPAp11	0-2	0.91	0.70	0.12	-0.95
IPAp12	0-2	1.16	0.78	-0.29	-1.30
IPAp13	0-2	1.43	0.68	-0.78	-0.55
IPAp14	0-2	0.55	0.73	0.92	-0.55
IPAp15	0-2	1.61	0.63	-1.38	0.74
IPAp16	0-2	0.36	0.63	1.55	1.17
IPAp17	0-2	1.50	0.68	-1.02	-0.21
IPAp18	0-2	1.40	0.70	-0.75	-0.67
IPAp19	0-2	0.32	0.63	1.79	1.84
IPAp20	0-2	1.61	0.64	-1.39	0.69
IPAp21	0-2	1.09	0.90	-0.18	-1.76
IPAp22	0-2	0.32	0.63	1.76	1.73
IPAp23	0-2	1.42	0.77	-0.88	-0.78
IPAp24	0-2	0.77	0.84	0.45	-1.44
IPAp25	0-2	1.36	0.70	-0.64	-0.78
IPAp26	0-2	0.27	0.60	2.10	2.98
IPAp27	0-2	1.38	0.75	-0.74	-0.87
IPAp28	0-2	0.30	0.59	1.87	2.28
IPAp29	0-2	1.51	0.68	-1.03	-0.18
IPAp30	0-2	0.85	0.85	0.29	-1.55
IPAp31	0-2	1.42	0.68	-0.75	-0.60
IPAp32	0-2	1.39	0.71	-0.74	-0.72
IPAp33	0-2	1.46	0.64	-0.78	-0.43
IPAp34	0-2	0.22	0.56	2.44	4.62
IPAp35	0-2	1.50	0.66	-0.96	-0.24
IPAp36	0-2	0.81	0.80	0.35	-1.34
IPAp37	0-2	1.48	0.66	-0.88	-0.34
IPAp38	0-2	0.57	0.75	0.90	-0.65
IPAp39	0-2	1.67	0.60	-1.63	1.53
IPAp40	0-2	1.30	0.78	-0.58	-1.15
IPAp41	0-2	1.17	0.73	-0.28	-1.11
IPAp42	0-2	1.36	0.74	-0.70	-0.87
IPAp43	0-2	1.19	0.75	-0.33	-1.17

Quadro 23 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do IPA no estudo 2 (n = 628)

Itens do IPA	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
IPAp44	0-2	0.40	0.70	1.45	0.57
IPAp45	0-2	1.30	0.78	-0.58	-1.12
IPAp46	0-2	0.29	0.61	1.94	2.40
IPAp47	0-2	1.32	0.75	-0.60	-1.00
IPAp48	0-2	0.70	0.81	0.60	-1.23
IPAp49	0-2	1.36	0.68	-0.58	-0.74
IPAp50	0-2	0.94	0.88	0.12	-1.71
IPAp51	0-2	1.03	0.81	-0.05	-1.46
IPAp52	0-2	0.56	0.67	0.78	-0.50
IPAp53	0-2	1.41	0.72	-0.81	-0.68
IPAp54	0-2	1.07	0.70	-0.10	-0.93
IPAp55	0-2	1.00	0.79	0.01	-1.41
IPAp56	0-2	0.76	0.69	0.35	-0.90
IPAp57	0-2	1.38	0.78	-0.78	-0.92
IPAp58	0-2	0.33	0.62	1.70	1.61
IPAp59	0-2	1.56	0.64	-1.15	0.17
IPAp60	0-2	1.26	0.82	-0.51	-1.33
IPAp61	0-2	1.36	0.76	-0.71	-0.92
IPAp62	0-2	0.40	0.71	1.46	0.53
IPAp63	0-2	1.42	0.69	-0.76	-0.59

Quadro 24. Estatísticas descritivas dos itens do IKRA no estudo 2 (n = 628)

Itens do IKRA	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
p1	0-4	3.02	0.71	-0.76	1.17
p2	0-4	3.12	0.79	-0.76	0.40
p3	0-4	2.98	0.76	-0.70	0.56
p4	0-4	2.69	0.79	-0.42	-0.14
p5	0-4	2.35	0.89	0.36	-0.58
p6	0-4	2.57	0.85	0.03	-0.64
p7	0-4	2.48	1.01	0.06	-1.09
p8	0-4	2.84	0.94	-0.30	-0.90
p9	0-4	2.58	0.98	-0.06	-1.00
p10	0-4	2.61	0.92	-0.05	-0.85
p11	0-4	2.88	0.92	-0.38	-0.75
p12	0-4	2.51	0.99	0.05	-1.02
p13	0-4	2.35	0.88	0.16	-0.67
p14	0-3	2.37	1.46	14.84	310.41
p15	0-4	2.62	0.81	-0.08	-0.50
p16	0-4	2.14	1.23	0.48	-1.43
p17	0-4	3.07	1.03	-0.76	-0.68

Quadro 24 (cont.). Estatísticas descritivas dos itens do IKRA no estudo 2 (n = 628)

Itens do IKRA	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose
p18	0-4	2.88	1.00	-0.41	-0.96
p19	0-4	2.88	1.03	-0.41	-10.04
p20	0-4	3.04	0.99	-0.67	-0.68
p21	0-4	3.16	0.95	-0.89	-0.24
p22	0-4	3.14	1.01	-0.86	-0.48
p23	0-4	2.35	1.33	0.21	-10.73
p24	0-4	2.16	1.27	0.45	-10.51
p25	0-4	2.44	0.95	0.06	-0.92
p26	0-4	3.13	0.90	-0.77	-0.29
p27	0-4	3.15	0.92	-0.76	-0.42
p28	0-4	3.18	0.88	-0.79	-0.27
p29	0-4	1.87	0.86	0.79	-0.01
p30	0-4	2.81	0.82	-0.15	-0.64
p31	0-4	2.65	0.80	0.01	-0.54
p32	0-4	3.29	0.82	-0.95	0.19
p33	0-4	3.36	0.81	-1.13	0.58
p34	0-4	3.43	0.78	-1.25	0.87
p35	0-4	3.04	0.99	-0.63	-0.78
p36	0-4	3.51	0.71	-1.44	1.66
p37	0-4	3.18	0.91	-0.80	-0.34
p38	0-4	2.87	0.99	-0.38	-0.95
p39	0-4	2.58	0.87	0.07	-0.73
p40	0-4	2.92	0.90	-0.49	-0.52
p41-B2-1	0-4	3.00	0.87	-0.39	-0.76
p42-B2-2	0-4	3.06	0.77	-0.42	-0.41
p43-B2-3	0-4	2.98	0.88	-0.47	-0.60
p44-B2-4	0-4	3.19	0.88	-0.81	-0.20
P45-B2-5	0-4	2.96	0.92	-0.55	-0.56
P46-B2-6	0-4	2.91	0.84	-0.14	-0.96
P47-B2-7	0-4	3.00	0.80	-0.28	-0.75
P48-B2-8	0-4	2.84	0.85	-0.30	-0.55
P49-B2-9	0-4	2.98	0.75	-0.33	-0.31
P50-B2-10	0-4	3.14	0.80	-0.63	-0.21
P51-B2-11	0-4	3.00	0.81	-0.40	-0.47
P52-B2-12	0-4	3.04	0.77	-0.38	-0.43
P53-B2-13	0-4	3.30	0.81	-0.95	0.16
P54-B2-14	0-4	3.15	0.81	-0.64	-0.26
P55-B2-15	0-4	3.07	0.82	-0.45	-0.61
P56-B2-16	0-4	3.34	0.81	-0.97	0.01
P57-B2-17	0-4	3.41	0.93	-1.48	1.04
P58-B2-18	0-4	3.07	1.10	-0.73	-0.92