



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

REALIZAÇÃO ACADÉMICA E PROBLEMAS DE INTERNALIZAÇÃO EM ALUNOS DO 2º E 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO E ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Elodie dos Santos

Porto, julho de 2017



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

REALIZAÇÃO ACADÉMICA E PROBLEMAS DE INTERNALIZAÇÃO EM ALUNOS DO 2º E 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO E ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Elodie dos Santos

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Doutora Lurdes Veríssimo e Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2017

Agradecimentos

Aos meus pais, por toda a confiança, amor e carinho. Por acreditarem em mim e pelo apoio incondicional.

Ao meu irmão, agradeço-te por estares presente nas situações em que eu não pude estar. Agradeço-te todo o apoio que deste à mãe nesta fase!

Ao meu namorado por me aturares em todas as fases deste percurso, por me fazeres rir nos piores momentos, por acreditares em mim. Agradeço-te por todo o apoio ao longo de todos estes anos.

À Professora Lurdes e ao Professor Pedro, por todo o apoio e disponibilidade, pela persistência e por terem enriquecido ainda mais este meu percurso.

À *Rita* por seres a melhor amiga que alguém podia ter! Obrigada pelas conversas, pelo apoio, pelo carinho e pela amizade! Desculpa todas as vezes que não estive presente!

À Mariana, pela amizade incondicional, por estar comigo em todos os momentos, por acreditar mais em mim do que eu própria e por me ajudar em tudo! Obrigada minha irmãzinha!

À Sofia por termos partilhado este caminho juntas, por todas as conversas telefónicas, por todas as manhãs e tardes de trabalho e principalmente por todos os momentos de desespero conjunto. Sem ti este percurso não teria sido o mesmo!

Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as diferenças nos Problemas de Internalização (PI), avaliados por diferentes informadores, em função do nível de Realização Académica (RA), em alunos do 2º CEB, 3º CEB e ensino secundário. Para tal, recorreu-se a uma amostra estratificada representativa da população portuguesa constituída por 1510 alunos, com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos.

Do conjunto de provas da bateria ASEBA validados para a população portuguesa foram utilizados a CBCL 6-18, YSR 11-18 e TRF 6-18.

De uma forma geral, os resultados evidenciam que os alunos com RA baixa apresentam mais PI do que alunos com RA média e/ou elevada. No entanto no 3º CEB, na perspetiva dos próprios jovens, os alunos com RA elevada apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão, comparativamente aos alunos com RA baixa. Estes resultados indicam-nos que para além dos alunos com RA baixa se encontrarem numa situação de risco e vulnerabilidade para PI, é necessário ter também especial atenção aos alunos com RA elevada.

Palavras-chave: realização académica; bem-estar psicológico; problemas de internalização; depressão; ansiedade.

Abstract

The main goal of this research paper is to analyze the differences in internalization problems, evaluated by different informants, according to academic achievement level, among students of the 2nd and 3rd cycle of basic education and high-school. For this study was used a stratified sampling representative of the portuguese population constituted by of 1510 students aged between 11 and 18 years old.

From the set of ASEBA battery tests validated for the Portuguese population, the three instruments used were: CBCL 6-18, YSR 11-18 e TRF 6-18.

In general, the results of this study suggest that students with low academic achievement show more internalization problems than students with medium and/or high academic achievement. However in 3rd cycle, from the perspective of the students, students with high academic achievement show higher levels of anxiety/depression, compared to students with low academic achievement. These results indicate that in addition to students with low academic achievement who are at risk and vulnerable to internalization problems, special attention must also be paid to students with high academic achievement.

Keywords: academic achievement; psychological well-being; internalization problems; depression; anxiety.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| Enquadramento teórico..... | 2 |
| Método..... | 6 |
| Amostra | 6 |
| Instrumentos | 7 |
| Procedimentos de recolha de dados..... | 10 |
| Procedimentos de análise de dados | 11 |
| Resultados..... | 12 |
| Discussão..... | 18 |
| Conclusões..... | 21 |
| Referências Bibliográficas..... | 23 |

Lista de Abreviaturas

APA – Associação Americana de Psiquiatria

BEP - Bem-Estar Psicológico

CBCL - Child Behavior Checklist

CEB - Ciclo do Ensino Básico

PI – Problemas de Internalização

PE - Problemas de Externalização

RA – Realização Académica

TRF - Teacher's Report Form

YSR - Youth Self-Report

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra das escolas por região e tipo de ensino

Tabela 2 - Caracterização da amostra por ciclo de ensino

Tabela 3 - Caracterização da amostra por habilitações académicas das mães e dos pais

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por níveis de realização académica

Tabela 5 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 2º CEB (ANOVA)

Tabela 6 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 2º CEB (Post-Hoc de Gabriel)

Tabela 7 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 3º CEB (ANOVA)

Tabela 8 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 3º CEB (Post-Hoc de Gabriel)

Tabela 9 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do ensino secundário (ANOVA)

Tabela 10 - Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do ensino secundário (Post-Hoc de Gabriel)

Introdução

A escola torna-se num contexto fundamental para o desenvolvimento e bem-estar psicológico das crianças e adolescentes. É neste contexto que se encontram múltiplos desafios a nível social, cognitivo, comportamental e emocional, uma vez que é aqui onde passam a maior parte do seu tempo (Samdal, Dür & Freeman, 2004). Se algumas crianças/adolescentes conseguem lidar com os vários desafios e exigências relacionados com as tarefas desenvolvimentais, muitas delas não o conseguem e esgotam todos os seus recursos adaptativos a nível físico, emocional, cognitivo e social, tendo impacto sua saúde mental. Desta forma, podem surgir vários problemas emocionais e comportamentais (Sprinthall & Collins, 2003).

Os Problemas de Internalização (PI) têm aumentado ao nível da sua prevalência, ocorrendo de forma significativa nas crianças e adolescentes (APA, 2014; OMS, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), anualmente, cerca de 20% dos adolescentes apresentam problemas de saúde mental, mais frequentemente depressão ou ansiedade, sendo que em muitos contextos, o suicídio está entre as principais causas de morte entre os jovens.

O estudo sobre a relação entre os PI, como a depressão e ansiedade, e a Realização Académica (RA) baixa é recorrente na literatura, sugerindo que, por um lado, que a presença de PI pode ter impacto na RA e, por outro, que as crianças/jovens com RA baixa, podem ter como consequência PI como a depressão e ansiedade (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004; Sowislo & Orth, 2013; Verboom et al., 2014; Weidman et al., 2015). No entanto, os estudos sobre a relação entre os PI e a RA elevada são reduzidos. Apesar de várias investigações referirem que a RA elevada é um fator protetor de psicopatologia, o facto dos alunos com RA elevada, quererem atingir níveis de perfeccionismo e corresponder às expectativas externas, pode originar sentimentos como o medo de fracassar, de insatisfação com o próprio desempenho que por sua vez causar baixa autoestima, com impacto nos PI (Shim, Rubenstein & Drapeau, 2016).

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral analisar as diferenças nos PI, avaliados por diferentes informadores, entre alunos do 2º CEB, 3º CEB e ensino secundário, em função do nível de RA, para uma melhor compreensão teórica acerca da relação entre os PI e a RA elevada.

Enquadramento teórico

O bem-estar psicológico (BEP) é um constructo que se define como o pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa (Ryff, 1989). Para uma melhor compreensão deste constructo, Ryff, nas décadas de 80 e 90, construiu um modelo de BEP que considera as seguintes dimensões do funcionamento psicológico positivo, englobando aspetos percetivo-cognitivos e afetivo-emocionais: (i) autoaceitação; (ii) relações positivas com os outros; (iii) autonomia; (iv) domínio do ambiente, ou seja, a capacidade de gerir e responder de forma eficaz às exigências externas; (v) a criação de metas e objetivos que darão sentido e importância à vida de cada um e o (vi) crescimento pessoal, ou seja, o sentimento de desenvolvimento contínuo enquanto pessoa (Deci & Ryan, 2008; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

O constructo de bem-estar pode ser estudado em todas as faixas etárias e quando nos referimos ao bem-estar psicológico das crianças e adolescentes, a vivência escolar não deve ser descurada, uma vez que é na escola que se encontram múltiplos desafios a nível social, cognitivo, comportamental e emocional, uma vez que é neste contexto onde passam a maior parte do seu tempo (Samdal, Dür & Freeman, 2004). São vários os autores que referem que existe uma relação entre o BEP e a vida escolar. Por um lado, investigações referem que os alunos mais satisfeitos com a escola e com a vida escolar se sentem melhor com eles próprios e por isso apresentam níveis de bem-estar psicológico superiores (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli e Almeida, 2011; Huebner & McCullough, 2000; Matos & Carvalhosa, 2001). Por outro lado, alguns autores referem que o BEP tem benefícios para o envolvimento escolar (Lewis, Huebner, Malone, & Valois, 2011), podendo estar associado a uma elevada realização académica (RA) (e.g. Diseth, Danielsen, & Samdal, 2012; Suldo, Riley, & Shaffer, 2006). O estudo longitudinal realizado por Salmela-Aro e Tynkkynen (2010) ao longo de três anos, na Finlândia, com alunos do 9º até ao 11º ano de escolaridade corrobora esta ideia uma vez que os resultados concluíram que a elevada RA foi associada a uma trajetória de bem-estar geral.

Investigações recentes de Ng, Huebner e Hills (2015), demonstraram que a RA e a satisfação com a vida (avaliação cognitiva que a pessoa faz acerca da sua própria vida) podem reforçar-se mutuamente, sendo que altos níveis de satisfação com a vida podem exercer uma influência positiva sobre os resultados académicos, que por sua vez aumentam a satisfação com a vida futura. Esta relação pode ser explicada, uma vez que a satisfação com a vida pode atenuar o *stress* face a desafios e adversidades, que consequentemente pode levar a que estes alunos

melhorem o seu comportamento na sala de aula, sejam mais produtivos, levando a um aumento da RA. Contrariamente, os baixos níveis de satisfação de vida podem ser um fator de risco para a RA e para o surgimento de problemas emocionais e comportamentais nas crianças e jovens (Fernandes et al., 2011; Ng et al., 2015; Suldo & Huebner, 2004).

Neste sentido, e considerando que os alunos mais satisfeitos com a escola e com a vida escolar apresentam reduzidos problemas de internalização (ansiedade, depressão, isolamento social e queixas somáticas) e externalização (comportamentos geradores de conflito e impulsividade) (Lyons, Otis, Huebner, & Hills, 2014), a literatura aponta para a existência de relação entre RA e psicopatologia, sendo que Roeser e Eccles (2000) referem que as dificuldades comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes têm impacto na RA.

Assim, o presente estudo explora a relação da RA apenas com os PI, uma vez que têm aumentado a nível da sua prevalência, ocorrendo de forma significativa nas crianças e adolescentes (APA, 2014; Bahs, 2002; OMS, 2012).

Nas crianças e adolescentes, a sintomatologia depressiva é influenciada por variáveis biológicas, psicológicas e sociais (Compas, Ey & Grant, 1993) e assemelha-se muito à sintomatologia manifestada nos adultos, nomeadamente humor deprimido; desmotivação e desinteresse; perda de peso; alterações no sono; agitação ou lentificação psicomotoras; perda de energia; sentimentos de desvalorização; diminuição da concentração; isolamento; e ideias e tentativas de suicídio (APA, 2014).

A relação entre a depressão em crianças e jovens e a RA tem sido estudada por vários autores (e.g. Pérez & Urquijo, 2001; Siener & Kerns, 2012; Stevenson & Romney, 1984; Wright-Strawderman & Watson, 1992). Esses estudos demonstraram que a depressão pode provocar danos em diversas áreas de funcionamento do indivíduo, e, no caso das crianças e dos adolescentes, tem impacto na RA (Herman, Merrell & Reinke, 2004; Siener & Kerns, 2012).

Da mesma forma, o estudo realizado com adolescentes entre os 12 e os 16 anos de idade, de escolas públicas e privadas de Espanha, com o objetivo de analisar a relação entre a RA e a sintomatologia depressiva, os resultados concluíram que esta associação é estatisticamente significativa, pelo que os adolescentes com sintomatologia depressiva apresentaram mais dificuldades de atenção e concentração e desinteresse escolar, que por sua vez, afetam a RA (Atienza, Cuesta & Galán, 2002).

Ainda Lin, Tang, Yen, Ko, Huang, Liv e Yen (2008), num estudo realizado com 9586 adolescentes, verificaram que a prevalência de depressão nesta fase desenvolvimental é elevada (12,3%) e que entre os diversos fatores de risco para esta sintomatologia se encontram o desinteresse escolar, a baixa RA e a baixa autoestima.

Alguns autores (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004; Verboom et al., 2014) referem que se por um lado, uma baixa RA pode estar relacionada com a presença de sintomas depressivos, baixa autoestima e sentimentos de baixa autoeficácia, por outro, também é possível que as crianças e jovens com baixa RA, apresentem sintomas depressivos, uma vez que não conseguem lidar com as exigências impostas. Assim, a depressão nas crianças e adolescentes pode levar a problemas escolares e as crianças e adolescentes com uma baixa RA podem também, como consequência, apresentar sintomas depressivos. Apesar de diversos estudos associarem a RA e a depressão, a questão controversa é compreender a direccionalidade desta relação.

Alguns estudos apontam que RA elevada, é um fator protetor do desenvolvimento de problemas depressivos (Fröjd, Nissinen, Pelkonen, Marttunen, Koivisto & Kaltiala-Heino, 2008; Lazaratou, Dikeos, Anagnostopoulos, & Soldatos, 2010, Moilanen, Shaw & Maxwell, 2010). Os resultados do estudo de Tomé e Matos (2006), também confirmaram esta hipótese, confirmando que o grupo de alunos com notas médias ou boas apresentaram índices menores de sintomatologia depressiva do que o grupo com notas mais baixas.

No que diz respeito à ansiedade, esta sintomatologia tende a aumentar com a idade (Essau, Conradt & Petermann, 2000). Na maioria dos casos, a ansiedade pode ser adaptativa permitindo às crianças e adolescentes ajustarem-se às diferentes situações, no entanto, quando a sua intensidade e frequência aumenta, pode tornar-se disfuncional para o desenvolvimento das crianças e adolescentes (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). Esta sintomatologia pode caracterizar-se por ansiedade e preocupação excessivas; agitação, nervosismo ou tensão interior; cansaço; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; e alterações no sono (APA, 2014).

O medo relacionado com o insucesso escolar, com as exigências e pressões do contexto escolar; e a adaptação e transição a novos ciclos de ensino parecem gerar grandes fontes de ansiedade que, por sua vez, poderão influenciar a RA (Rosário & Soares, 2003). Muitas crianças, devido à falta de maturidade e experiência, não possuem estratégias de *coping* eficazes para lidar com este conjunto de desafios e por isso tornam-se mais susceptíveis a sintomas de ansiedade (Lazarus, 2000). Desta forma, as estratégias de *coping* têm uma particular importância, uma vez

que permitem perceber a forma como as crianças/jovens lidam com os desafios e transições a que estão sujeitas, e que acabam por influenciar o seu ajustamento psicossocial (Hussong & Chassin, 2004).

Segundo Eysenck, Derakshan, Santos e Calvo (2007) a ansiedade pode reduzir a atenção dos alunos em situações de avaliação e, em vez destes se concentrarem no teste, vão centrar a sua atenção em estímulos distratores, não conseguindo demonstrar o seu nível de conhecimento sobre os conteúdos escolares, comprometendo assim a sua RA (Akinsola & Nwajei, 2013).

Os estudos apresentados anteriormente, referem que a RA elevada é um fator protetor de psicopatologia, porém, o facto dos bons alunos quererem atingir o perfeccionismo e quererem corresponder às expectativas externas, pode originar sentimentos como o medo de fracassar, de insatisfação com o próprio desempenho que por sua vez tem consequências na baixa autoestima, relacionando-se com PI (Shim, Rubenstein & Drapeau, 2016).

O perfeccionismo pode levar a uma alta RA, uma vez que os alunos que pretendem estabelecer elevados padrões académicos, podem empenhar-se mais (Shim, Rubenstein & Drapeau, 2016). Também as investigações de Fletcher, Speirs e Neumeister (2012) que relacionam a tentativa de atingir o perfeccionismo e a motivação intrínseca apoiam este ponto de vista. No entanto, a tentativa de atingir o perfeccionismo, apesar de poder levar a uma RA elevada, pode ser uma tendência destrutiva quando é excessivamente elevada e irrealista (Eddington, 2014; Shafran & Mansell, 2001). Os padrões estabelecidos por alunos com RA elevada, muitas vezes são tão altos, que faz com que criem circunstâncias em que o seu fracasso é maior, pelo que a falha percebida pode originar baixa autoestima, baixa autoeficácia e um aumento da ansiedade (Shim, Rubenstein & Drapeau, 2016). Assim, de acordo com Wei, Mallinckrodt, Russem e Abraham (2004) o perfeccionismo não adaptativo encontra-se relacionado com problemas de ansiedade e depressão.

Outros autores encontram ainda uma relação positiva entre o perfeccionismo e a depressão em crianças e adolescentes (e.g. Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura & Toro, 2004; Huggins, Davis, Rooney & Kane, 2008), podendo ser explicada uma vez que algumas características do perfeccionismo correspondem a características encontradas em indivíduos com depressão, como o pensamento dicotómico, a generalização e a personalização, em que existe uma avaliação das situações de forma extrema, negativa e crítica (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Em suma, existem vários estudos que estabelecem uma relação entre os PI e a RA baixa, no entanto, as investigações sobre a relação entre os PI e a RA elevada são reduzidas. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral analisar as diferenças nos PI, avaliados por diferentes informadores, entre alunos do 2º CEB, 3º CEB e ensino secundário, em função do nível de RA, para uma melhor compreensão teórica acerca da relação entre os PI e a RA elevada.

Método

Este estudo insere-se numa linha de investigação da aferição da bateria ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) para o período escolar em Portugal (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Sousa Lima, Machado & Gonçalves, 2014)¹.

O presente estudo tem os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do 2º CEB, avaliada pelos próprios, pelos pais e pelos professores;
2. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do 3º CEB, avaliada pelos próprios, pelos pais e pelos professores;
3. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do ensino secundário, avaliada pelos próprios, pelos pais e pelos professores.

Amostra

No presente estudo, a amostra incluiu 1510 alunos, 772 raparigas (51,1%) e 738 rapazes (48,9%), com idades compreendidas entre os 11 e 18 anos ($M = 14,34$, $DP = 2,22$). O método de amostragem utilizado foi a amostragem aleatória estratificada, sendo que a seleção aleatória dos alunos foi feita por região, sexo e tipo de ensino, de forma proporcional à distribuição do universo

Nota¹: A disponibilização, em contexto português, das provas da bateria ASEBA para o período escolar foi possível graças ao apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT – PTDC/PSI-PCL/105489/2008), que apoiou financeiramente o projeto de investigação “Avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes: aferição da Bateria ASEBA”, desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.

(cf. Tabela 1 e 2). Na tabela 3 encontra-se a síntese das habilitações académicas das mães e dos pais dos participantes.

Tabela 1

Caracterização da amostra das escolas por região e tipo de ensino

| | | Ensino Público | Ensino Privado |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Direção Regional de Educação | Norte | 17 | 3 |
| | Centro | 7 | 1 |
| | Lisboa e Vale do Tejo | 7 | 2 |
| | Alentejo e no Algarve | 3 | 1 |
| | Região Autónoma da Madeira | 9 | 4 |
| | Região Autónoma dos Açores | 2 | 1 |

Tabela 2

Caracterização da amostra por ciclo de ensino

| Ciclo de Ensino | <i>N</i> | <i>%</i> |
|------------------------|----------|----------|
| 2º CEB | 206 | 13,6 |
| 3º CEB | 525 | 34,8 |
| Ensino Secundário | 514 | 34,0 |
| Total | 1245 | 82,5 |

Tabela 3

Caracterização da amostra por habilitações académicas das mães e dos pais

| Habilitações académicas | Mães | | Pais | |
|--------------------------------|-------------|----------|-------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Analfabeto | 0 | 0 | 3 | 0,2 |
| Sem escolaridade | 10 | 0,7 | 11 | 0,7 |
| 1º CEB | 217 | 14,4 | 253 | 16,8 |
| 2º CEB | 283 | 18,7 | 326 | 21,6 |
| 3º CEB | 319 | 21,1 | 325 | 21,5 |
| Ensino secundário | 294 | 19,5 | 270 | 17,9 |
| Cursos profissionais | 3 | 0,2 | 1 | 0,1 |
| Ensino superior | 323 | 21,4 | 230 | 15,2 |
| Total | 1449 | 96,0 | 1419 | 94,0 |

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos da bateria ASEBA para o período escolar, nomeadamente:

Questionário de Comportamentos da Criança para Idades entre 6 e 18 anos (Child Behavior Checklist for ages 6-18 - CBCL 6 – 18; Achenbach et al., 2014)

A CBCL é um questionário dirigido a pais ou outros informadores que convivem com a criança/adolescente, com idades compreendidas entre os 6-18 anos, em contextos considerados familiares. Este instrumento é composto por 118 itens que descrevem problemas emocionais e de comportamento (e.g. *Chora muito; Cansa-se demasiado*), assim como um conjunto de questões de avaliação de competências (atividades, social e escolar) da criança/jovem.

Questionário de Comportamentos da Criança para Professores (Teacher's Report Form for Ages 6-18 – TRF; Achenbach et al., 2014)

A TRF é um questionário dirigido aos professores, outros profissionais educativos que observem o funcionamento da criança/adolescente, com idades compreendidas entre os 6-18 anos, na escola. Este instrumento é constituído por 118 itens, 97 itens são partilhados com a CBCL, e os restantes são relativos ao comportamento da criança/jovem na escola (e.g. *Tem dificuldade em seguir instruções*).

Este instrumento requer também informações demográficas sobre a criança/adolescente, sobre o papel do informador junto da mesma, o quão bem a conhece, em que contexto a observa, entre outras características da criança/adolescente e fornece ainda informação relativa ao funcionamento adaptativo da criança/adolescente, ou seja, itens relativos à capacidade de trabalho, comportamento adequado, felicidade e aprendizagem, em comparação com os pares.

Neste questionário, o desempenho académico da criança/jovem é avaliado numa escala de 1 (muito abaixo do nível da turma) a 5 (muito acima do nível da turma). Considerando que o presente estudo tem como variável a RA, o ponto de corte foi calculado a partir da média das três primeiras disciplinas deste instrumento, uma vez que o avaliador é o professor, é ele que conhece melhor o aluno relativamente à sua RA, e que podem compará-lo com a média da turma.

Questionário de Autoavaliação para Jovens (Youth Self-Report – YSR; Achenbach et al., 2014)

A YSR diz respeito a um questionário de autorrelato que permite avaliar a perceção dos jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos, acerca de problemas emocionais e de comportamento, bem como principais competências (atividades e social). Este instrumento é

constituído por 112 itens (e.g. *Não há muitas coisas de que goste*), sendo que a maioria é partilhada com a CBCL e tem ainda questões de resposta aberta que solicitam informação sobre dificuldades e preocupações, assim como sobre competências que o jovem identifique.

O preenchimento da CBCL e da YSR deve ter em conta o comportamento da criança/jovem nos últimos seis meses, enquanto que na TRF os professores devem considerar os últimos dois meses, classificando cada afirmação de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos: 0 quando a afirmação não é verdadeira; 1 quando a informação é algumas vezes verdadeira e 2 quando é considerada muito verdadeira.

Os resultados destes instrumentos obtêm, além de um índice global (Total de Problemas), em dois tipos de escalas: escalas de primeira ordem (escalas empiricamente validadas e escalas orientadas para o DSM-5); e escalas de segunda ordem (internalização e externalização). As escalas empiricamente validadas para o período escolar, para os três questionários são: Ansiedade/Depressão, constituída por 13 itens na CBCL e na YSR e por 16 itens na TRF (e.g., *Sente-se sem valor ou inferior aos outros*), Isolamento/Depressão, constituída por oito itens nos três questionários (e.g., *Gosta mais de estar sozinho[a] do que acompanhado[a]*), Queixas Somáticas, constituída por 11 itens na CBCL, 10 itens na YSR e nove na TRF (e.g., *Sente tonturas*), Problemas Sociais, constituída por 11 itens nos três questionários (e.g., *Não se dá bem com outras crianças*), Problemas de Pensamento, constituída por 15 itens na CBCL, 12 itens na YSR e 11 itens na TRF (e.g., *Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas*), Problemas de Atenção, constituída por 10 itens na CBCL, nove itens na YSR e 26 itens na TRF (e.g., *É desatento[a], distrai-se facilmente*), Comportamento Delinvente, constituída por 17 itens na CBCL, 15 itens na YSR e 12 itens na TRF (e.g., *Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais*) e Comportamento Agressivo, constituída por 18 itens na CBCL, 17 itens na YSR e 20 itens na TRF (e.g., *Agride fisicamente outras pessoas*). Este conjunto de escalas dá origem às escalas de segunda ordem: Externalização e Internalização, sendo que esta última escala é calculada a partir dos *scores* das escalas Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas.

As escalas orientadas para o DSM-5 no período escolar são seis: Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Défice de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição e Problemas de Comportamento.

No estudo de aferição destes instrumentos, a consistência interna foi considerada para análise da fidelidade. Para avaliar a consistência interna das escalas foram calculados os valores de *alpha* (α) de Cronbach, e os valores são considerados adequados: nas escalas de internalização ($\alpha=0,85$ para a CBCL, $\alpha=0,83$ para a TRF e $\alpha=0,84$ para a YSR), nas escalas de externalização ($\alpha=0,88$ para a CBCL, $\alpha=0,91$ para a TRF e $\alpha=0,85$ para a YSR) e no total de problemas ($\alpha=0,96$ para a CBCL, $\alpha=0,95$ para a TRF e $\alpha=0,93$ para a YSR) (Dias, Lima, Machado, Campos, & Carneiro, 2017).

Ao nível da validade de constructo, foram realizadas análises fatoriais confirmatórias (AFC) e da avaliação de diferenças de grupos. Em primeiro lugar foi testado o modelo de sete fatores constituídos pelas escalas: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo e, posteriormente, o modelo composto apenas pela escala de Problemas de Défice de Atenção/Hiperatividade e pelas suas duas escalas Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. Os índices de ajustamento (RMSEA, CFI e TLI) das AFC para cada uma das provas suportam os modelos de síndromes, propostos para a CBCL, TRF e YSR. Relativamente às diferenças de grupos, foram realizados testes t para amostras independentes, no sentido de se examinar a existência de diferenças significativas entre a amostra clínica e a amostra normativa, relativamente às escalas de síndromes orientadas para o DSM-5, nos três instrumentos e em todas elas foram encontradas diferenças significativas entre as duas amostras ($p<0,01$), sendo os resultados mais elevados nas crianças do grupo clínico (Dias, Lima, Machado, Campos, & Carneiro, 2017).

Procedimentos de recolha de dados

No processo de recolha de dados, para que todo o processo decorresse de acordo os princípios éticos e deontológicos, foram estabelecidos protocolos com as diferentes entidades envolvidas e também foram requeridas autorizações da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização nº 1735/2010), do Ministério da Educação (Nº 0128800001) assim como da Direção/Conselho Pedagógico das escolas. Após estas autorizações, foram entregues aos participantes documentos com todas as informações e objetivos do estudo e ainda foi entregue um documento para o consentimento informado aos alunos, para autorização pelos Pais/Encarregados de Educação (Achenbach et al., 2014).

A recolha de dados caracterizou-se pela sua aleatoriedade, tendo em conta que foi feito um pedido para que os questionários fossem distribuídos, pelos responsáveis das escolas, segundo critérios que permitissem esta aleatoriedade (e.g. distribuição dos questionários pelos alunos com números ímpares/pares de cada turma; iniciar a distribuição pelos últimos alunos de cada turma; entre outros critérios), existindo sempre uma supervisão de um membro da equipa de investigação.

Procedimentos de análise de dados

Para efetuar as análises dos dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Inicialmente, procurando responder aos objetivos específicos deste estudo foi definido o ponto de corte da RA a partir da média das três primeiras disciplinas da TRF. Assim, a partir deste processo, emergiram três níveis de RA: RA baixa, RA média e RA elevada (Tabela 4). A integração no grupo de RA baixa tinha como critério a média menos 1 desvio-padrão (< 2.37), o grupo de RA médio entre 2.37 e 4.23 e o grupo de RA elevado maior que 4.23.

Tabela 4

Distribuição dos participantes por níveis de realização académica

| Níveis de RA | <i>N</i> | % |
|---------------------|----------|------|
| RA baixa | 213 | 14,1 |
| RA média | 767 | 50,8 |
| RA elevada | 201 | 13,3 |
| Total | 1181 | 78,2 |

Posteriormente, para a caracterização dos alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e secundário, utilizou-se a estatística descritiva (médias, desvios-padrões e frequências).

Por último, recorreu-se à estatística inferencial através da realização de um teste de diferenças, mais concretamente à Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial, para estabelecer uma comparação dos três grupos independentes (alunos com níveis de realização académica baixa, média e elevada) ao nível das subescalas dos instrumentos (variável dependente intervalar).

Resultados

De seguida são apresentados os dados, considerando cada um dos objetivos específicos delineados para este estudo, obedecendo à mesma ordem com que foram apresentados anteriormente.

1. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do 2º CEB, avaliados pelos próprios, pelos pais e pelos professores;

Os resultados da análise da variância revelam que existem diferenças significativas ao nível da ansiedade/depressão em função da RA dos alunos do 2º CEB, na perspetiva dos pais, $F(2,19) = 5,43$, $p = .005$ e na perspetiva dos professores, $F(2,19) = 4,67$, $p = .010$.

Relativamente ao nível de isolamento/depressão, as diferenças são significativas apenas na perspetiva dos professores $F(2,19) = 10$, $p = .000$. Ao nível das queixas somáticas, são significativas na perspetiva dos pais $F(2,19) = 8,35$, $p = .000$ e na perspetiva dos jovens $F(2,16) = 5,85$, $p = .004$ (Tabela 5).

Tabela 5

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 2º CEB (ANOVA)

| | Realização Académica | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| | RA Baixa (n) Média (DP) | RA Média (n) Média (DP) | RA Elevada (n) Média (DP) | |
| Ansiedade/Depressão | | | | |
| Jovens | (28) 5,75 (3,48) | (100) 5,22 (3,29) | (33) 4,88 (3,66) | F (2,16) 0,50 |
| Pais | (35) 6,11 (4,00) | (123) 4,07 (3,04) | (35) 3,97 (3,76) | F (2,19) 5,43** |
| Professores | (36) 3,97 (3,36) | (122) 2,94 (3,01) | (35) 1,86 (1,88) | F (2,19) 4,67** |
| Isolamento/Depressão | | | | |
| Jovens | (28) 3,96 (2,82) | (100) 3,00 (2,15) | (33) 3,15 (2,14) | F (2,16) 1,97 |
| Pais | (35) 2,71 (2,63) | (122) 2,00 (1,80) | (35) 1,71 (1,64) | F (2,19) 2,55 |
| Professores | (36) 2,69 (2,56) | (122) 1,39 (1,81) | (35) 0,77 (1,00) | F (2,19) 10,27** |
| Queixas Somáticas | | | | |
| Jovens | (28) 4,00 (3,38) | (100) 2,32 (2,22) | (33) 2,15 (2,11) | F (2,16) 5,85** |
| Pais | (35) 3,43 (2,68) | (123) 1,83 (1,99) | (35) 1,66 (2,14) | F (2,19) 8,35** |
| Professores | (36) 0,42 (0,73) | (122) 0,39 (1,02) | (35) 0,17 (0,71) | F (2,19) 0,83 |

*p<.05 **p < .01

O *Teste Post-Hoc de Gabriel* revelou que na perspetiva dos pais, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão do que os alunos com RA média e elevada. Já na perspetiva dos professores, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão, apenas do que os alunos com RA elevada (Tabela 6).

Ao nível da escala isolamento/depressão, na perspetiva dos professores, os alunos com RA baixa apresentam níveis mais altos nesta escala do que os alunos com RA média e elevada (Tabela 6).

Relativamente à escala queixas somáticas, na perspetiva dos pais e dos jovens, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis nesta escala do que os alunos com RA média e elevada (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 2º CEB (Post-Hoc de Gabriel)

| | Realização Académica | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| | Baixa vs. Média | Baixa vs. Alta | Média vs. Alta |
| Ansiedade/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ** | * | ns |
| Professores | ns | ** | ns |
| Isolamento/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ns | ns | ns |
| Professores | ** | ** | ns |
| Queixas Somáticas | | | |
| Jovens | ** | * | ns |
| Pais | ** | ** | ns |
| Professores | ns | ns | ns |

* $p < .05$. ** $p < .01$. ns = não significativo

2. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do 3º CEB, avaliados pelos próprios, pelos pais e pelos professores;

Há diferenças significativas ao nível da ansiedade/depressão em função da RA dos alunos do 3º CEB, na perspetiva dos pais $F(2,49) = 3,23, p = .040$ e na perspetiva dos jovens, $F(2,50) = 4,66, p = .010$. Respeitante ao nível de isolamento/depressão, as diferenças são significativas na perspetiva dos pais $F(2,49) = 4,78, p = .009$ e na perspetiva dos professores $F(2,50) = 12,64, p = .000$. Quanto ao nível das queixas somáticas, são significativas apenas na perspetiva dos professores $F(2,49) = 3,83, p = .022$ (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 3º CEB (ANOVA)

| | Realização Académica | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| | RA Baixa (n) Média (DP) | RA Média (n) Média (DP) | RA Elevada (n) Média (DP) | |
| Ansiedade/Depressão | | | | |
| Jovens | (107) 5,22 (3,17) | (315) 5,99 (3,79) | (78) 6,87 (3,73) | F (2,50) 4,66** |
| Pais | (102) 4,82 (4,13) | (314) 4,09 (3,24) | (78) 5,00 (3,15) | F (2,49) 3,23* |
| Professores | (107) 2,69 (3,09) | (315) 2,41 (3,08) | (78) 2,95 (2,92) | F (2,50) 1,09 |
| Isolamento/Depressão | | | | |
| Jovens | (107) 3,79 (2,55) | (315) 3,75 (2,44) | (78) 4,06 (2,28) | F (2,50) 0,52 |
| Pais | (102) 3,35 (2,65) | (314) 2,74 (2,10) | (78) 2,36 (2,14) | F (2,49) 4,78** |
| Professores | (107) 2,49 (2,56) | (315) 1,45 (1,95) | (78) 1,06 (1,28) | F (2,50) 12,64** |
| Queixas Somáticas | | | | |
| Jovens | (107) 2,69 (2,31) | (314) 3,20 (2,85) | (78) 3,14 (2,23) | F (2,50) 1,48 |
| Pais | (102) 2,58 (2,60) | (314) 2,22 (2,30) | (78) 2,38 (2,12) | F (2,49) 0,94 |
| Professores | (107) 0,39 (0,84) | (303) 0,19 (0,66) | (78) 0,18 (0,50) | F (2,49) 3,83* |

* $p < .05$ ** $p < .01$

A análise do Teste Post-Hoc de Gabriel permitiu verificar que na perspetiva dos jovens, os alunos com RA elevada apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão do que os alunos com RA baixa (Tabela 8).

Relativamente ao nível da escala isolamento/depressão, na perspetiva dos pais e dos professores, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis nesta escala do que os alunos com RA média e elevada (Tabela 8).

Quanto à escala queixas somáticas, na perspetiva dos professores, os alunos com RA baixa, apresentam maiores níveis superiores nesta escala do que os alunos com RA média (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do 3º CEB (Post-Hoc de Gabriel)

| | Realização Académica | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| | Baixa vs. Média | Baixa vs. Alta | Média vs. Alta |
| Ansiedade/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ** | ns |
| Pais | ns | ns | ns |
| Professores | ns | ns | ns |
| Isolamento/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | * | ** | ns |
| Professores | ** | ** | ns |
| Queixas Somáticas | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ns | ns | ns |
| Professores | * | ns | ns |

* $p < .05$. ** $p < .01$. ns = não significativo

3. Avaliar diferenças nos níveis de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas entre alunos com realização académica baixa, média e elevada do ensino secundário, avaliados pelos próprios, pelos pais e pelos professores.

Não existem diferenças significativas ao nível da ansiedade/depressão e queixas somáticas em função da RA dos alunos do ensino secundário, na perspetiva dos pais, dos professores e dos próprios alunos. Já no que diz respeito ao nível de isolamento/depressão, as diferenças são significativas na perspetiva dos pais $F(2,47) = 12,23, p = .000$ e na perspetiva dos professores $F(2,46) = 10,38, p = .000$. (Tabela 9).

Tabela 9

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do ensino secundário (ANOVA)

| | Realização Académica | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| | RA Baixa (n) Média (DP) | RA Média (n) Média (DP) | RA Elevada (n) Média (DP) | |
| Ansiedade/Depressão | | | | |
| Jovens | (61) 6,21 (3,01) | (317) 5,70 (3,71) | (85) 5,91 (3,90) | F (2,46) 0,55 |
| Pais | (61) 4,57 (3,08) | (320) 3,83 (3,04) | (87) 3,90 (3,72) | F (2,47) 1,40 |
| Professores | (60) 3,58 (3,46) | (314) 2,69 (3,13) | (87) 2,74 (3,17) | F (2,46) 2,02 |
| Isolamento/Depressão | | | | |
| Jovens | (61) 4,31 (2,36) | (317) 3,78 (2,41) | (85) 3,41 (2,27) | F (2,46) 2,54 |
| Pais | (61) 3,97 (3,16) | (320) 2,65 (2,23) | (87) 2,08 (1,97) | F (2,47) 12,23** |
| Professores | (62) 2,92 (2,88) | (313) 1,66 (2,26) | (87) 1,28 (1,76) | F (2,46) 10,38** |
| Queixas Somáticas | | | | |
| Jovens | (61) 3,74 (2,82) | (317) 3,31 (2,72) | (85) 2,75 (2,49) | F (2,46) 2,52 |
| Pais | (61) 2,76 (2,70) | (320) 2,49 (2,46) | (87) 2,23 (2,48) | F (2,47) 0,81 |
| Professores | (59) 0,47 (0,88) | (307) 0,46 (0,97) | (85) 0,21 (0,83) | F (2,45) 2,54 |

*p<.05 **p < .01

Foi possível verificar através do Teste Post-Hoc de Gabriel que na perspetiva dos pais e dos professores, os alunos com RA baixa, apresentam maiores níveis de isolamento/depressão do que os alunos com RA média e elevada (Tabela 10).

Tabela 10

Diferenças ao nível das escalas dos problemas de internalização em função da realização académica dos alunos do ensino secundário (Post-Hoc de Gabriel)

| | Realização Académica | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| | Baixa vs. Média | Baixa vs. Alta | Média vs. Alta |
| Ansiedade/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ns | ns | ns |
| Professores | ns | ns | ns |
| Isolamento/Depressão | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ** | ** | ns |
| Professores | ** | ** | ns |
| Queixas Somáticas | | | |
| Jovens | ns | ns | ns |
| Pais | ns | ns | ns |
| Professores | ns | ns | ns |

*p<.05. **p < .01. ns = não significativo

Discussão

De acordo com várias investigações, existe uma relação positiva entre o BEP e a RA (e.g. Diseth, Danielsen, & Samdal, 2012; Salmela-Aro & Tynkkynen, 2010; Suldo, Riley, & Shaffer, 2006). Os alunos mais satisfeitos com a vida escolar, sentem-se melhor com eles próprios e, por isso, apresentam níveis de bem-estar psicológico superiores (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli & Almeida, 2011; Huebner & McCullough, 2000; Matos & Carvalhosa, 2001), ou seja, apresentam reduzidos problemas de internalização e externalização (Lyons, Otis, Huebner, & Hills, 2014).

Mais especificamente, existem vários estudos que demonstram a relação negativa entre os PI, como a depressão e ansiedade, e a RA (e.g. Fernandes et al., 2011; Ng et al., 2015; Suldo & Huebner, 2004; Weidman et al., 2015). Contudo, o foco parecem ser os alunos com RA baixa, pelo que os estudos sobre a relação entre os PI e a RA elevada são reduzidos. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral analisar as diferenças nos PI, avaliados por diferentes informadores, entre alunos do 2º CEB, 3º CEB e ensino secundário, em função do nível de RA.

Conforme os resultados evidenciados neste estudo, relativamente ao 2º CEB, na perspetiva dos pais, os alunos com RA baixa evidenciam maiores níveis de ansiedade/depressão e queixas

somáticas, comparativamente aos alunos com RA média e elevada. Relativamente à perspetiva dos professores, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão e isolamento/depressão, em relação aos alunos com RA média e/ou elevada. Quanto à perspetiva dos próprios jovens, os alunos com RA baixa apresentam mais queixas somáticas, comparativamente aos alunos com RA média e elevada.

Respeitante ao 3º CEB, na perspetiva dos pais, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis de isolamento/depressão, em relação aos alunos com RA média e elevada. Na perspetiva dos professores, os alunos com RA baixa evidenciam maiores níveis de isolamento/depressão e queixas somáticas, comparativamente aos alunos com RA média e elevada.

No que diz respeito ao ensino secundário, na perspetiva dos pais e professores, os alunos com RA baixa apresentam maiores níveis de isolamento/depressão, em relação aos alunos com RA média e elevada.

De uma forma geral, os alunos com RA baixa evidenciam mais PI do que alunos com RA média e/ou elevada. Diversos estudos corroboram estes resultados, sugerindo que a RA elevada é um fator protetor do desenvolvimento de problemas depressivos (Fröjd, Nissinen, Pelkonen, Marttunen, Koivisto & Kaltiala-Heino, 2008; Lazaratou, Dikeos, Anagnostopoulos, & Soldatos, 2010, Moilanen, Shaw & Maxwell, 2010). Mais concretamente, o estudo português de Tomé e Matos (2006) vai ao encontro destes resultados, quando concluem que o grupo de alunos com notas médias ou elevadas apresentaram índices menores de sintomatologia depressiva do que o grupo com notas mais baixas.

Por um lado, a presença de PI pode ter impacto na RA considerando que a dimensão cognitiva e motivacional fica comprometida (Weidman et al., 2015), ou seja, os alunos apresentam mais dificuldades de concentração e desinteresse escolar (Atienza, Cuesta & Galán, 2002). Por outro lado, as crianças/jovens que experienciam continuamente RA baixa acabam por apresentar baixas perceções de competência, de autoeficácia, baixa autoestima e tendo em conta que não conseguem lidar com as exigências impostas, podem ter como consequência PI como a depressão e ansiedade (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004; Sowislo & Orth, 2013; Verboom et al., 2014; Weidman et al., 2015).

Estes resultados evidenciados no 2º CEB, podem estar relacionados com a ansiedade provocada pelas transições escolares e a adaptação a novos ciclos de ensino. Os alunos são confrontados com um elevado número de professores e disciplinas, por uma crescente exigência

dos professores e encarregados de educação e pela crescente complexidade dos conteúdos e das tarefas propostas (Rosário & Soares, 2003). Estas crianças estão numa fase desenvolvimental em que devido à falta de maturidade e experiência, muitas das vezes não possuem estratégias de *coping* eficazes para lidar com este conjunto de desafios e por isso tornam-se mais susceptíveis a sintomas de ansiedade (Lazarus, 2000). Desta forma, as estratégias de *coping* têm uma particular importância, uma vez que permitem perceber a forma como as crianças/jovens lidam com os desafios e transições a que estão sujeitas, e que acabam por influenciar o seu ajustamento psicossocial (Hussong & Chassin, 2004).

Apesar do ensino secundário ser uma etapa com várias exigências e pressões do contexto escolar (Rosário & Soares, 2003), os resultados relativos à perspectiva dos próprios jovens não demonstraram diferenças significativas nos PI entre alunos com diferentes níveis de RA, o que pode ser explicado por estes serem alunos mais velhos e por isso apresentam um conjunto de recursos internos que os fazem lidar com estas pressões. Os resultados podem ainda sugerir que nesta etapa, a RA, quando comparada com outras variáveis, não assume especial impacto no BEP. Esta é uma fase de construção da identidade, caracterizada por uma necessidade de autonomia e em que é dada mais importância, por exemplo, às relações de namoro e ao grupo de pares. Estes aspetos parecem ter mais implicações para autoestima e autoconceito dos adolescentes, do que a RA (Soares, 2007).

Procurando ainda responder ao objetivo que foi proposto em relação ao 3º CEB, na perspectiva dos jovens, os alunos com RA elevada evidenciam maiores níveis de Ansiedade/Depressão do que os alunos com RA baixa. Estudos apresentados anteriormente, referem que o sucesso académico é um fator protetor de psicopatologia, no entanto, estes resultados podem ser explicados uma vez que os alunos com RA elevada, parecem querer atingir níveis de perfeccionismo e quererem corresponder às expectativas externas; apresentam medo do fracasso, de insatisfação com o próprio desempenho que, por sua vez, pode originar baixa autoestima (Shim, Rubenstein & Drapeau, 2016), com impacto nos PI.

De acordo com Wei, Mallinckrodt, Russem e Abraham (2004) o perfeccionismo não adaptativo encontra-se relacionado com problemas de ansiedade e depressão. A tentativa de atingir o perfeccionismo ou de atingir padrões académicos elevados, apesar de poder levar a uma RA elevada, pode ser uma tendência destrutiva quando é excessivamente elevada e irrealista (Eddington, 2014; Shafran & Mansell, 2001).

Neste sentido, apesar dos alunos com RA elevada, no 3º CEB, à partida apresentarem mais estratégias de *coping* para lidar com os diferentes desafios, o perfeccionismo, o receio de falhar e os sintomas de ansiedade que surgem podem bloquear a implementação destas estratégias.

Conclusões

Este estudo permitiu analisar as diferenças nos PI, avaliados por diferentes informadores, entre alunos do 2º CEB, 3º CEB e ensino secundário, em função do nível de RA. Neste sentido foi possível perceber que de uma forma geral, os alunos com RA baixa evidenciam mais PI do que alunos com RA média e/ou elevada, à exceção dos alunos do 3º CEB que na perspetiva dos próprios jovens, os alunos com RA elevada apresentam maiores níveis de ansiedade/depressão, comparativamente aos alunos com RA baixa. Estes últimos resultados, permitem-nos refletir acerca da pertinência deste estudo, uma vez que existem várias investigações que demonstram a relação entre os PI, como a depressão e ansiedade, e a RA (e.g. Fernandes et al., 2011; Ng et al., 2015; Suldo & Huebner, 2004; Weidman et al., 2015), no entanto os estudos sobre a relação entre os PI e a RA elevada são reduzidos.

Estes resultados indicam-nos que para além dos alunos com RA baixa se encontrarem numa situação de risco e vulnerabilidade para PI, confirmando várias investigações realizadas anteriormente (e.g. Dell'Aglio & Hutz, 2004; Sowislo & Orth, 2013; Verboom et al., 2014; Weidman et al., 2015), é necessário ter também especial atenção aos alunos com RA elevada. Neste sentido o presente estudo além de acrescentar uma compreensão teórica desta relação, permite também contribuir para prática profissional dos psicólogos. Assim, torna-se importante adotar uma abordagem integrada para o desenvolvimento do adolescente e alertar pais e professores para o facto da RA elevada poder se apresentar como fator de risco para PI, visto que de forma habitual não é dada particular importância. É necessário promover junto dos professores uma atitude que enfatize a dimensão emocional dos alunos, de forma a estarem mais atentos aos PI, que não são tão observáveis como problemas de externalização, e a sua relação com a RA. Ainda parece pertinente desenvolver competências de autorregulação e coping nos alunos do 2º CEB e também investir na prevenção de RA baixa para que não tenha impacto no BEP, por exemplo através dos modelos RTI (responsiveness-to-intervention models) que permitem identificar precocemente os alunos com dificuldades de aprendizagem e assim intervir atempadamente.

Este estudo apresenta como ponto forte o tamanho da amostra, que é representativa da população portuguesa. Em termos de limitações do presente estudo, destaca-se o facto de não ser um estudo de natureza longitudinal, não permitindo olhar para os mesmos alunos em diferentes fases desenvolvimentais e assim contribuir para a compreensão dos efeitos recíprocos entre PI e RA.

Como propostas de investigações futuras sugerimos um estudo que explore a relação entre os PI e RA por ano de escolaridade, de forma a perceber se nos anos de transição existem mais PI. Sugere-se ainda um estudo que se baseie num instrumento mais específico para avaliar a RA e os PI dos alunos de forma a explorar o mesmo objetivo do presente estudo.

Referências Bibliográficas

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *Empirically based assessment and taxonomy: Applications to infants and toddlers*. In R. DelCarmen-Wiggins & Carter, A. (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 161–182). New York: Oxford University Press.

Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Sousa Lima, V., Machado, V., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Akinsola, E. F., & Nwajei, A. D. (2013). Test anxiety, depression and academic performance: Assessment and management using relaxation and cognitive restructuring techniques. *Psychology*, 4(6A1), 18-24.

APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Atienza, F., Cuesta, M., & Galán, S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Revista Psiquiatria.com*, 6(2), (não paginado).

Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Beck, A. T., Rush, A. J. Emery G. & Shaw, B. F. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. D. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise psicológica*, 26(4), 551-561.

Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392–398. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.11.094.

Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.

Deci, E. L., & Ryan R.M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: na introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.

Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 351-357.

Diseth, A., Danielsen, A. G., & Samdal, O. (2012). A path analysis of basic need support, self-efficacy, achievement goals, life satisfaction and academic achievement level among secondary school students. *Educational Psychology*, 32(3), 335–354.

Dwyer, A. L., & Cummings, A. L. (2001). Stress, self-efficacy, social support and coping strategies in University Students. *Canadian Journal of Counselling*, 35, 208-220.

Eddington, K.M. (2014). Perfectionism, goal adjustment, and self-regulation: A short-term follow-up study of distress and coping. *Self and Identity*, 13, 197–213. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2013.781740>.

Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.

Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336.

Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18, 155-172.

Fletcher, K.L., & Speirs Neumeister, K.L. (2012). Research on perfectionism and achievement motivation: Implications for gifted students. *Psychology in the Schools*, 49, 668–677. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.21623>.

Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485– 498. doi:10.1016/j.adolescence.2007.08.006.

Herman, K. C., Merrell, K. W., & Reinke, W. M. (2004). The role of school psychology in preventing depression. *Psychology in the Schools*, 41(7), 763 – 775.

Huebner, E. S., & Dew, T. (1996). The interrelationships of positive affect, negative affect, and life satisfaction in an adolescent sample. *Social Indicators Research*, 38, 129-137.

Huebner, E. S., & McCullough, G. (2000). Correlates of school satisfaction among adolescents. *Journal of Educational Research*, 43, 331-336.

Huggins, L., Davis, M. C., Rooney, R., & Kane, R. (2008). Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 18, 182–194. doi:10.1375/ajgc.18.2.182.

Hussong, A. M., & Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985-1006.

Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C., & Soldatos, C. R. (2010). Depressive symptomatology in high school students: The role of age, gender and academic pressure. *Community Mental Health Journal*, 46, 289–295. doi:10.1007/s10597-010-9296-2.

Lazarus, R.(2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.

Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S., & Valois, R. F. (2011). Life satisfaction and student engagement in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(3), 249-262.

Lin, H., Tang, T., Yen, J., Ko, C., Huang, C., Liv, S., & Yen, C. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (4), 412- 420. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01820.x.

Lyons, M. D., Otis, K. L., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2014). Life satisfaction and maladaptive behaviors in early adolescents. *School Psychology Quarterly*, 29(4), 553.

Matos, M. G., & Carvalhosa, S. F. (2001). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43-53.

Moilanen, K. L., Shaw, D. S., & Maxwell, K. L. (2010). Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology*, 22, 635–653. doi:10.1017/S0954579410000337

Ng, Z. J., Huebner, S. E., & Hills, K. J. (2015). Life satisfaction and academic performance in early adolescents: evidence for reciprocal association. *Journal of school psychology, 53*(6), 479-491.

Pérez, M. V. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones com el desempeñõ académico. *Psicologia Escolar e Educacional, 5*(1), 49-58.

Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Orgs.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 135-156). Nova York: Kluwer; Plenum.

Rosário, P., & Soares, S. (2003). Ansiedade face aos testes e realização escolar no Ensino Básico. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación, 10* (8), 870-886.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6), 1069-1081.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.

Salmela-Aro, K., & Tynkkynen, L. (2010). Trajectories of life satisfaction across the transition to post-compulsory education: do adolescents follow different pathways?. *Journal of youth and adolescence, 39*(8), 870-881.

Samdal, O., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal et al. (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study - International report from the 2001/2002 survey* (42- 51). Denmark: World Heath Organization - Regional Office for Europe.

Santos, P. L., Graminha, S. S. V. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de Psicologia, 11*(1), 101-109.

Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review, 21*, 879–906. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6).

Shim, S. S., Rubenstein, L. D., & Drapeau, C. W. (2016). When perfectionism is coupled with low achievement: The effects on academic engagement and help seeking in middle school. *Learning and Individual Differences, 45*, 237-244.

Siener, S., & Kerns, K. (2012). Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Preadolescence. *Child Psychiatric and Human Development, 43*, 414-430.

Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*, 213–240.

Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma visão desenvolvimentista* (3ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stevenson, D. T., & Romney, D. M. (1984). Depression in Learning Disabled Children. *Journal of Learning Disabilities, 17*(10), 579- 582.

Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly, 19*(2), 93.

Suldo, S. M., Riley, K. R., & Shaffer, E. J. (2006). Academic correlates of adolescents' life satisfaction. *School Psychology International, 27*, 567–582.

Tomé, G., & Matos, M.G. (2006). Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2* (1), 85-94.

Veldman, K., Bültmann, U., Stewart, R., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2014). Mental Health Problems and Educational Attainment in Adolescence: 9-Year Follow-Up of the Trails Study. *PLOS ONE, 9*, 101.

Verboom, C. E., Sijtsema, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. W., & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental psychology, 50*(1), 247-257.

Wei, M., Mallinckrodt, B., Russell, D. W., & Abraham, W. T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology, 51*(2), 201.

Weidman, A. C., Augustine, A. A., Murayama, K., & Elliot, A. J. (2015). Internalizing symptomatology and academic achievement: Bi-directional prospective relations in adolescence. *Journal of Research in Personality, 58*, 106-114.

World Health Organization, 2012. *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations* (In Geneva). Consultado em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf.

Wright-Strawderman, C., & Watson, B.L. (1992). The Prevalence of Depressive Symptoms in Children With Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 25*(4), 258-264.