



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

REGULAÇÃO EMOCIONAL, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E  
PROBLEMAS DE INTERNALIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O  
PAPEL MEDIADOR DO BEM-ESTAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-estar  
e Promoção da Saúde

Por

Beatriz Viveiros Raposo

Faculdade de Ciências Humanas

Março de 2019



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

REGULAÇÃO EMOCIONAL, RELAÇÕES INTERPESSOAIS E  
PROBLEMAS DE INTERNALIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL  
MEDIADOR DO BEM-ESTAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-estar e Promoção da  
Saúde

Por

Beatriz Viveiros Raposo

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Professora Doutora Rita Francisco

Março de 2019

*“A maioria pensa com a sensibilidade, e eu sinto com o pensamento.  
Para o homem vulgar, sentir é viver e pensar é saber viver.  
Para mim, pensar é viver e sentir não é mais que o alimento de pensar.”*

Fernando Pessoa

## **Agradecimentos**

O meu primeiro agradecimento vai para a Professora Doutora Rita Francisco, pela competência, serenidade, sabedoria, rigor, paciência e simpatia. Obrigada por me orientar e encorajar durante toda esta viagem de aprendizagem;

À professora Doutora Ana Rita Goes, pelo otimismo, apoio, carinho e por toda a sabedoria que partilhou comigo;

À professora Doutora Magda Roberto, por toda a disponibilidade, força e motivação para a constante superação dos obstáculos;

Obrigada a todos os professores da licenciatura e do mestrado, em especial, para além dos que já referi, à Professora Doutora Augusta Gaspar e à Professora Doutora Maia Vânia Nunes, que me ajudaram a crescer e me inspiraram ao longo destes anos;

Aos meus pais, por apostarem e investirem no meu futuro e por estarem presentes em todas as minhas conquistas, alegrias e derrotas, pelo amor, coragem e dedicação;

À minha irmã, pela cumplicidade, apoio e confiança, ao longo de todos estes anos da minha existência;

À minha avó Margarida, pelo carinho e por acreditar sempre em mim;

À Joana, pelo carinho, amizade e por todas as horas de estudo, de devaneios e alegrias;

Às minhas amigas, Pilar, Inês, Mafalda e Francisca, que me apoiam incondicionalmente, desde o início da minha adolescência e estão sempre prontas para me ouvir;

Obrigada aos amigos e colegas da licenciatura, principalmente, para além da Joana, a Tata, a Mariana, a Alexandra e a Joana Costa por todos os momentos ao longo desta vida académica, repletos de alegrias, dúvidas e vitórias;

À minha turma do mestrado com quem pude partilhar histórias, dúvidas e receios,  
principalmente à Mónica, por me ter ajudado a recolher os dados;

À Patxo, pela ajuda na tradução e por transmitir um otimismo contagiante;

E, por fim, a todos os presidentes dos conselhos executivos, professores e alunos das  
escolas que possibilitaram que esta investigação acontecesse.

## Resumo

A adolescência é um período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de internalização, como a ansiedade e a depressão. Como tal, a presente investigação teve como objetivo compreender a relação entre os problemas de internalização, as dificuldades de regulação emocional, o bem-estar, o clima familiar e a perceção da qualidade da relação com os pais e pares na etapa da adolescência. Procurou-se investigar as diferenças entre adolescentes com maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização, bem como testar o efeito mediador do bem-estar na relação entre as dificuldades de regulação emocional, o clima familiar (conflito, coesão e apoio) e a perceção da qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização. Participaram no estudo 723 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que frequentavam 9 escolas do 3º ciclo do ensino básico e secundário da zona da Grande Lisboa e da Ilha de S. Miguel (Açores). Os participantes completaram um conjunto de questionários de autorrelato que permitiram avaliar as variáveis em estudo. Os resultados indicaram que os problemas de internalização se relacionam, positivamente, com as dificuldades de regulação emocional e com o conflito familiar e, negativamente, com o bem-estar, perceção da qualidade da relação com os pais e pares, e com a coesão e apoio familiar. O grupo com maior risco de apresentar problemas de internalização mostrou níveis mais elevados de dificuldades de regulação emocional e conflito familiar e menor perceção da qualidade da relação com os pais e pares, assim como menor coesão e apoio familiar. Confirmou-se, também, o efeito mediador do bem-estar entre as dificuldades de regulação emocional, clima familiar e perceção da qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização. Estes resultados providenciam, assim, dados relevantes no âmbito da prática clínica para a intervenção em adolescentes, como também informações que possibilitam o desenho de programas de prevenção da psicopatologia e da promoção do bem-estar global nos adolescentes. Discutem-se, ainda, algumas limitações e sugestões para investigações futuras.

**Palavras-chave:** problemas de internalização, bem-estar, dificuldades de regulação emocional, clima familiar, qualidade percebida da relação com pais e pares, adolescência.

## Abstract

Adolescence is a phase characterized by higher vulnerability to develop internalisation problems, such as anxiety and depression. Hence, the goal of the present research was to understand the relationship between internalisation problems, the struggle of emotional regulation, the wellbeing, family environment and the perception of the relationship's quality with parents and peers in the adolescence stage. Differences between teenagers with higher and lower risk of internalisation problems, were explored, and the wellbeing mediator effect was tested on the struggle of emotional regulation, family environment (conflict, cohesion and support), the perception of the relationship's quality with the parents and peers and the internalization problems. The studied group included 723 adolescents of both sexes, with ages between 12 and 18, from middle to high school, in 9 schools of the Great Lisbon area and S. Miguel Island (Azores). The participants completed a self-assessment survey which allowed the evaluation of the study's variables. The results indicated that the problems of internalisation were positively associated with the struggle of emotional regulation and the family conflict as well as negatively associated with the wellbeing, perception of the relationship's quality with the parents and peers, and with the family's cohesion and support. The group with the higher risk of developing problems of internalisation, revealed higher struggle levels with emotional regulation, family conflict and a lower perception of the relationship's quality with parents and peers as well as less family cohesion and support. The wellbeing's mediator effect was established between the struggle with emotional regulation, family environment and the perception of the relationship's quality with the parents and peers and the internalisation problems. These results provide relevant data for the clinical practice framework regarding intervention with adolescents, information that allows the design of psychopathology intervention programs and consequently the fostering of global wellbeing in adolescents. Some limitations and suggestions on future research were also addressed.

**Key-Words:** Internalisation problems, wellbeing, emotional regulation struggle, family environment, perception of the relationship's quality with the parents and peers, adolescence.

## Índice Geral

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento teórico.....</b>	<b>3</b>
<b>Adolescência e Problemas de Internalização.....</b>	<b>3</b>
<b>O papel da família no desenvolvimento de Problemas de Internalização .....</b>	<b>6</b>
<b>Qualidade percebida da relação com os pais e com os pares.....</b>	<b>8</b>
<b>Regulação Emocional.....</b>	<b>9</b>
<b>Bem-Estar.....</b>	<b>13</b>
<b>Pertinência do estudo .....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo II - Metodologia .....</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos de investigação.....</b>	<b>17</b>
<b>Mapa conceptual.....</b>	<b>17</b>
<b>Hipóteses.....</b>	<b>18</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>21</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>21</b>
<i>Questionário de Dados Pessoais e Sociodemográficos .....</i>	<i>21</i>
<i>Qualidade da relação com pais e pares .....</i>	<i>21</i>
<i>Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) .....</i>	<i>22</i>
<i>Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF).....</i>	<i>22</i>
<i>Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) .....</i>	<i>23</i>
<i>Inventário do Clima Familiar (ICF) .....</i>	<i>24</i>
<b>Procedimentos .....</b>	<b>25</b>
Procedimento de recolha de dados.....	25
Procedimento de análise de dados.....	25
<b>Capítulo III - Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>Correlações entre as variáveis em estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>Diferenças entre o grupo clínico e não clínico.....</b>	<b>28</b>
<b>Papel mediador do bem-estar .....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo IV – Discussão dos resultados.....</b>	<b>36</b>
<b>Limitações e sugestões para estudos futuros .....</b>	<b>41</b>
<b>Implicações para a prática.....</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo V- Conclusão .....</b>	<b>44</b>

<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>46</b>
--	-----------

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> <i>Mapa conceptual do presente estudo.....</i>	<b>18</b>
<b>Figura 2.</b> <i>Ilustração dos efeitos diretos das Dificuldades de Regulação Emocional para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.....</i>	<b>31</b>
<b>Figura 3.</b> <i>Ilustração dos efeitos diretos do Conflito para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.....</i>	<b>32</b>
<b>Figura 4.</b> <i>Ilustração dos efeitos diretos da Coesão e Apoio para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.....</i>	<b>33</b>
<b>Figura 5.</b> <i>Ilustração dos efeitos diretos da Perceção da Qualidade da Relação com os Pais para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.....</i>	<b>34</b>
<b>Figura 6.</b> <i>Ilustração dos efeitos diretos da Perceção da Qualidade da Relação com os Pares para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.....</i>	<b>35</b>

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1.</b> <i>Correlações entre as variáveis em estudo, em todos os participantes.....</i>	<b>29</b>
<b>Quadro 2.</b> <i>Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto às dificuldades de regulação emocional, perceção da qualidade da relação com pais e pares, bem-estar, conflito, coesão e apoio.....</i>	<b>30</b>

## **Índice de Anexos**

**Anexo A** – Protocolo de Investigação

**Anexo B** – Pedido de Colaboração enviado às Escolas

**Anexo C** – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação

## Introdução

A adolescência é um período de várias mudanças, momento em que os jovens se separam, progressivamente, dos progenitores e se direcionam para as relações com os seus pares, sendo confrontados com a difícil tarefa de formar a sua própria identidade (Garcia, 2010). É, por isso, um período vulnerável para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003), sendo as perturbações de internalização das mais prevalentes nesta etapa (Roberts, Roberts, & Chan, 2009). Este tipo de perturbações tornou-se uma das preocupações principais no campo da saúde, por poder ter repercussões graves no desenvolvimento dos indivíduos (Beautrais, 2000).

Embora tenha aumentado o enfoque na saúde mental infantojuvenil, desde o início do século XXI, as investigações que existem nesta área ainda são precárias, relativamente ao mundo dos adultos (e.g., Gauy & Rocha, 2014).

Na presente investigação pretende-se colmatar algumas destas lacunas e estudar, de forma pertinente e original, alguns constructos considerados relevantes no ajustamento dos adolescentes, dando um especial destaque ao papel que o bem-estar pode ter na relação entre estes constructos e na proteção do desenvolvimento de perturbações de internalização.

Na literatura está retratada a importância das práticas parentais nas experiências emocionais dos seus filhos adolescentes. Contudo, a falta de um ambiente familiar harmonioso e a má qualidade das relações entre os seus membros, incluindo elevados níveis de conflito, influenciam de forma direta e muito significativa o desenvolvimento dos adolescentes, o que pode resultar no aparecimento de perturbações mentais (Pratta & Santos, 2007). Assim, é relevante ir mais além e compreender de que forma o clima familiar e a qualidade das interações interferem no ajustamento dos jovens. A par da relação com os pais, a perceção da qualidade da relação com os pares também é de extrema importância, pois o apoio percebido pelos adolescentes pode ter um efeito protetor neste tipo de perturbações (Zhou, Zhu, Zhang, & Cai, 2013), sendo muito relevante aprofundar a forma como os jovens percebem e sentem a qualidade do suporte do seu meio envolvente. Os padrões de regulação emocional disfuncionais são também um constructo pertinente que pode desempenhar um papel muito importante no desenvolvimento e manutenção dos sintomas de depressão e ansiedade na adolescência (Ahmed, Bittencourt-Hewitt, & Sebastian, 2015). Porém, nesta investigação o foco não se centra nas diferentes estratégias de regulação emocional, mas sim nas dificuldades de regulação emocional sentidas pelos adolescentes.

Tanto a percepção do adolescente quanto às relações com os pais (Kocayoruk, Altintas, & Mehmer, 2015) e com os pares (Abela & Hankin, 2008), como as dificuldades de regulação emocional sentidas (Freire & Tavares, 2011) têm influência no bem-estar dos indivíduos, que, por sua vez, assume um papel fulcral nos problemas de internalização (Derdikman-Eiron et al., 2011). O bem-estar é um constructo inovador neste âmbito, que ainda carece de muita investigação, tendo um papel de realce neste estudo, no sentido de compreender o modo como influencia (e é influenciado por) os constructos mencionados anteriormente e como podemos promovê-lo junto dos jovens, no sentido de melhorar o ajustamento psicossocial e a qualidade de vidas destes. Para além do mais, neste estudo, serão ainda estudadas as diferenças destes constructos entre grupos de adolescentes da nossa amostra que apresentam ou não indicação clínica quanto a problemas de internalização.

Posto isto, este estudo pretende preencher algumas das fendas ainda existentes na produção científica, na área da saúde mental na adolescência, e tem ainda como fim providenciar dados relevantes para melhorar a intervenção terapêutica com adolescentes, como também o desenho de programas de prevenção de psicopatologia, promoção do bem-estar e de comportamentos saudáveis. Como tal, este estudo insere-se no projeto *Be Well and Healthy Teen Project* que contempla o programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens, entretanto desenvolvido com base nestes e noutros resultados do projeto. Tem como objetivo a promoção do bem-estar dos adolescentes em contexto escolar, de forma sistémica, holística e integradora, tendo por base a educação para a saúde, o desenvolvimento dos recursos e virtudes de cada um e a promoção de competências socioemocionais.

A dissertação divide-se em cinco partes. Inicia-se com o enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão de literatura atualizada sobre as variáveis em análise, como a regulação emocional, percepção da qualidade da relação com os pais e pares, clima familiar e o bem-estar, e a relação entre as mesmas. A segunda parte mostra a metodologia utilizada no estudo, esclarecendo objetivos, mapa conceptual, hipóteses, amostra, instrumentos e procedimento utilizado. A terceira parte engloba os resultados das análises estatísticas. A quarta parte contém a discussão dos resultados obtidos, as limitações metodológicas, e dos resultados, sugestões para estudos futuros e as implicações deste estudo para a prática clínica. Por fim, na conclusão, procede-se a um levantamento dos dados mais importantes do estudo.

## Capítulo I – Enquadramento teórico

### Adolescência e Problemas de Internalização

Desde o nascimento que as emoções estão presentes e cumprem uma função de proteção, na medida em que permitem ao indivíduo reagir de forma rápida e adaptada ao ambiente que as proporciona. Determinadas reações emocionais são expectáveis, considerando a etapa desenvolvimental na qual se manifestam e as necessidades do próprio ambiente. Neste sentido, no final da infância e início da adolescência, surgem receios sociais e outras emoções relacionadas com o sentido de pertença a um grupo (Moore & Carr, 2000; Westenberg, Siebelink, & Treffers, 2000), numa fase em que o desenvolvimento cognitivo é mais elaborado e em que as tarefas desenvolvimentais passam também a integrar os pares e outras pessoas significativas (Moore & Carr, 2000; Westenberg et al., 2000).

A adolescência é um período muito importante no processo de desenvolvimento do indivíduo. É nesta fase que o indivíduo evolui de um estado de dependência para outro de maior autonomia, marcando, assim, a passagem do estado infantil para o adulto. Ela traz alterações biológicas, psicológicas, culturais e psicossociais, sendo uma fase principal para a consolidação da autonomia (Parsons, 2003). Neste sentido, a adolescência é um período vulnerável para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Costello et al., 2003). De facto, a prevalência de perturbações mentais em adolescentes dos 9 aos 16 anos é relativamente elevada. No estudo de Costello et al. (2003), adolescentes de 16 anos (31% das raparigas e 42% dos rapazes) foram diagnosticados com pelo menos uma perturbação psiquiátrica, verificando-se que algumas perturbações, como a ansiedade social e a depressão, tinham tendência para se desenvolver durante a adolescência.

A prevalência de perturbações mentais nos adolescentes tem aumentado, pois entre 10% a 20% de crianças e adolescentes sofrem de alguma perturbação mental (Encarnação, Moura, Gomes, & Silva, 2011). Dentro destas, as que apresentam maior prevalência na população juvenil portuguesa são a depressão, a ansiedade e as perturbações do comportamento alimentar (Caldas de Almeida & Xavier, 2009), coincidindo com estudos de prevalência realizados noutros países (e.g., Roberts et al., 2009). Estas perturbações são frequentemente agrupadas em “perturbações de internalização”, pois assentam no excesso de controlo dos impulsos e manifestam-se através de variados sintomas de ansiedade, depressão, isolamento social e queixas somáticas. Geralmente expressam-se em direção ao próprio indivíduo e não em direção às outras pessoas (Cosgrove et al., 2011), sendo dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes durante a adolescência e idade adulta (Roberts et al., 2009).

A depressão<sup>1</sup> tem tido especial enfoque como o problema mais preocupante e uma das patologias mais comuns nesta etapa. Segundo Hankin e Abramson (2001), os adolescentes poderão estar vulneráveis à depressão por experienciarem acontecimentos interpessoais negativos e por terem por hábito “ruminar” e realizar atribuições pessimistas, como culpabilizarem-se. A depressão pode ser causada pela interação complexa entre fatores biológicos, genéticos, cognitivos, familiares, interpessoais e ambientais (Costello et al., 2002). Neste sentido, pensa-se que fatores hormonais e ambientais contribuem para níveis mais elevados de depressão entre raparigas, uma vez que estas revelam maior sintomatologia depressiva (Saluja et al., 2004).

A sintomatologia depressiva pode interferir com a capacidade de os adolescentes cumprirem as suas tarefas desenvolvimentistas de forma ajustada, o que terá influência na sua saúde e bem-estar, inclusive um risco aumentado de problemas relacionados com esta patologia na idade adulta (Alsaker & Dick-Niederhauser, 2008).

A literatura aponta vários fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento desta perturbação, em que vários aspetos familiares estão claramente identificados. Por exemplo, alguns fatores de risco remetem para o *stress* causado por fatores parentais e familiares (Costello et al., 2002) e os fatores de proteção para a interação parental caracterizada pelo apoio ao jovem, coesão familiar e atividades familiares comuns (Ge, Lorenz, Conger, Eldre, & Simons, 1994). Para além das variáveis familiares, fatores individuais como aspetos genéticos, a capacidade de regulação emocional e fatores sociais como as mudanças escolares, dificuldade na socialização e a perceção dos outros como críticos ou rejeitantes também constituem um fator de risco no desenvolvimento desta perturbação (Costello, Swendsen, Rose, & Dierker, 2008). De acordo com Martins, Trindade e Almeida (2003), os fatores de proteção para esta perturbação, na etapa da adolescência, debruçam-se sobre o sentimento de proteção fornecido pelos pais e/ou o apoio e proteção de elementos significativos na sua vida. Isto é, ter uma boa rede de suporte, um ambiente escolar agradável e segurança no meio envolvente.

Melo, Faria, Chaves e Machado (2005) também identificam, como fator de proteção para os riscos que emergem na etapa da adolescência, a possibilidade de poderem falar e exprimir o que sentem e pensam. Estes autores explicam que os jovens sentem muito a

---

<sup>1</sup> A depressão caracteriza-se pela presença de humor deprimido, anedonia, perda ou aumento significativo de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, diminuição da capacidade de pensar ou falta de concentração, desesperança e isolamento. Nos adolescentes, muitas das vezes podem apresentar mais comportamentos de irritabilidade e explosivos do que manifestarem tristeza (APA, 2013).

necessidade de falar e de se manifestar perante as situações do cotidiano, a interação com os outros é, por isso, imprescindível nesta fase do desenvolvimento.

A par da depressão, as perturbações de ansiedade assumem, também, uma elevada prevalência durante o período da adolescência.

Na maioria das crianças e adolescentes, a ansiedade é uma experiência funcional, transitória e comum, e a intensidade e a natureza variam, maioritariamente, de acordo com o estágio de desenvolvimento propriamente dito (Barrett, 1998). Contudo, a intensidade da ansiedade pode aumentar e, muitas vezes, tornar-se crónica e disfuncional do ponto de vista socioemocional (Fonseca, 1998). De um modo geral, os adolescentes ansiosos têm muito medo do insucesso, sentem náuseas e experienciam tremores, expressam uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, várias queixas somáticas, sintomas como o aumento do ritmo cardíaco e transpiração; apresentam irrequietude e pedem ajuda frequentemente e/ou surgem comportamentos de evitamento (Fonseca, 1998). Estes adolescentes desenvolvem amiúde estratégias de *coping* pouco adaptativas com o intuito de reduzir a experiência negativa, o que, por sua vez, conduz à manifestação de sintomas de ansiedade (Venta, Sharp, & Hart, 2012).

As perturbações de ansiedade têm como características comuns o medo, a ansiedade excessiva e as modificações de conduta relacionadas, divergindo nos tipos de objetos ou acontecimentos que induzem o medo, a ansiedade ou o evitamento, e, ainda, na crença associada (APA, 2013). Caracterizam-se por um estado emocional manifestado por sintomas físicos, comportamentais e emocionais (Manfro, Isolan, Blaya, Santos, & Silva, 2008). Por exemplo, a ansiedade social é muito comum na etapa da adolescência, estando relacionada com o abandono escolar, depressão, ideação suicida e abuso de substâncias (Zolog et al., 2011). De acordo com Dadds et al. (1999), os sintomas de ansiedade persistem na etapa da adolescência e a sua gravidade prediz se se pode prolongar até à idade adulta.

Vários estudos têm demonstrado comorbilidade entre a ansiedade e outras perturbações mentais, como a perturbação bipolar (Issler, Sant'Anna, Kapczinski, & Lafer, 2004), depressão (Rimehaug & Wallander, 2010), perturbações do sono (Monti & Monti, 2000), abuso de substâncias (Lopez, Turner, & Saavedra, 2005), entre outras. Deve salientar-se que há uma associação entre as perturbações de ansiedade e a diminuição da qualidade de vida (Bernik, 2000) e da satisfação com a vida (Lee, Ma & Tsang, 2011) e, ainda, o risco de suicídio (Bernik, 2000).

Para esta perturbação, os fatores de risco com maior evidência abrangem o ambiente familiar, acontecimentos traumáticos que ocorreram no passado e o temperamento (Venta et al., 2012). A hipervigilância e a atenção e memória direcionadas para ameaças, de acordo com

Barlow (2000), são o maior fator de risco para os problemas de ansiedade. Relativamente aos fatores protetores, destacam-se níveis elevados de otimismo, resiliência, satisfação com a vida, elevada autoestima e satisfação com o corpo (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011; Creed, Patton, & Bartrum, 2002).

### **O papel da família no desenvolvimento de Problemas de Internalização**

O campo das relações familiares é de extrema importância para a compreensão do desenvolvimento psicológico (Benetti, 2006), sendo vários os estudos que abordam os fatores de risco familiares relativos aos problemas de saúde mental dos adolescentes. Destaca-se a punição física grave contra as crianças e adolescentes (Sá, Bordin, Martin, & Paula, 2010; Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman, & Bordin, 2005) ou a presença de problemas de saúde mental nos pais, uma vez que estes têm influência nas experiências emocionais dos filhos adolescentes (Buckholdt, Kitzmann, & Cohen, 2014; Vitolo et al., 2005). As mães deprimidas prestam menos cuidados aos seus filhos, o que aumenta a probabilidade de as crianças desenvolverem problemas de saúde mental, principalmente quando a depressão ocorre nos primeiros anos de vida das crianças (Maughan, Cicchetti, Toth, & Rogosch, 2007; Ranøyen, Klöckner, Wallander, & Jozefiak, 2015).

Evidencie-se, também, o papel das práticas educativas, uma vez que Katz e Hunter (2007) demonstraram que, quando as mães aceitam as emoções dos filhos, estes apresentavam menores níveis de sintomatologia depressiva. Todavia, práticas educativas negativas, como a rejeição e a ausência de afeto apresentam uma relação positiva com os problemas de internalização (Muris, Meeters, & Van den Berg, 2003; Nunes, 2012; Rosa, 2013). Como preditores da ansiedade e da depressão nos adolescentes, é possível realçar a idade dos pais e o nível de escolaridade paterna. Especificamente para o sexo feminino salientem-se o controlo comportamental e o elevado controlo psicológico (Nunes, 2012). Por sua vez, a rejeição parental encontra-se associada especificamente à depressão e o controlo parental à ansiedade (Rosa, 2013).

A qualidade das relações no seio da família é, de igual modo, um dos fatores que influenciam a saúde mental dos indivíduos (Benetti, 2006; Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass, & Melo, 2010; Herrenkohl, Lee, Kosterman, & Hawkins, 2012), pelo que é importante perceber o seu papel no desenvolvimento e manutenção das perturbações de internalização na adolescência. O ambiente percebido e interpretado pelos vários elementos que compõem a família – definido como clima familiar – tem uma influência muito significativa no desenvolvimento afetivo, físico, social e intelectual, assim como no comportamento dos

membros mais novos. Um clima familiar positivo, que tem por base a coesão afetiva entre os pais e os filhos, o apoio, a confiança, a intimidade, e também uma comunicação empática e aberta, promove o ajustamento psicológico e comportamental dos adolescentes (López, Pérez, Ochoa, & Ruiz, 2008; Teodoro, Allgayer, & Land, 2009).

Deste modo, a falta de harmonia e a má qualidade do relacionamento familiar e conjugal são fatores importantes que condicionam, de forma direta, o desenvolvimento dos filhos e podem resultar no aparecimento de dificuldades e na maior prevalência de perturbações mentais nesta fase de vida dos sujeitos (Pratta & Santos, 2007; Sawyer, Miller-Lewis, & Clark, 2006). Dadas as características desafiantes da etapa da adolescência, mesmo as famílias em que, durante a infância, predominavam relações harmoniosas passam por alturas de desajustes, cansaço e um aumento dos conflitos familiares (e.g., Oliva & Parra, 2004).

Vários estudos têm revelado que um clima familiar caracterizado por níveis elevados de conflito e níveis baixos de coesão interfere, negativamente, com o ajustamento psicológico e o bem-estar dos adolescentes (Belardinelli et al., 2008; Chang, Blasey, Ketter, & Steiner, 2001; Sullivan & Miklowitz, 2010). Há, assim, uma associação positiva entre o conflito familiar e a psicopatologia (Benetti, 2006; Herrenkohl et al., 2012; Morawska & Thompson, 2009; Teodoro, Cardoso, & Freitas, 2010). No sentido oposto, menores níveis de perturbações mentais surgem associados a níveis elevados de apoio e a coesão entre os seus membros (Paixão, Patias, & Dell’Aglia, 2018). Os resultados de investigações anteriores ressaltam, deste modo, a importância de características positivas no ambiente familiar que podem atenuar o surgimento de sintomas de perturbações mentais em adolescentes, nomeadamente um clima familiar com a presença de apoio e baixos níveis de conflito e violência.

No que se refere, particularmente, a perturbações de internalização, vários estudos têm confirmado relações significativas com baixos níveis de apoio (suporte emocional e funcional recebido) e coesão (vínculo emocional) entre os vários membros da família, e com elevados níveis de diferenciação de poder, em que os elementos mais velhos da família têm muita influência nas decisões (hierarquia) e de conflito familiar (Cardoso, 2010; Teodoro, Hess, Saraiva, & Cardoso, 2014). Das várias dimensões estudadas, o conflito familiar tem sido a mais fortemente associada aos problemas de internalização (e.g., Cardoso, 2010; Leusin, Petrucci, & Borsa, 2018).

O efeito do clima familiar no bem-estar dos adolescentes tem sido foco de várias investigações, onde o conflito conjugal tem emergido como um dos fatores de risco para as perturbações emocionais e do comportamento (Morawska & Thompson, 2009).

## **Qualidade percebida da relação com os pais e com os pares**

Segundo Laursen e Mooney (2008), os adolescentes que percebem as suas relações de suporte, nomeadamente com os pais e pares, como boas e apoiantes, demonstram um melhor ajustamento psicossocial. De acordo com Gottlieb (1985), dar enfoque à percepção da qualidade da relação com os pais, amigos e colegas, providencia uma visão subjetiva do próprio, sendo, por isso, um melhor preditor do bem-estar do que a avaliação do comportamento objetivo dos sujeitos.

As percepções da qualidade da relação abrangem tanto características positivas como negativas. Características positivas das relações incluem afetos, intimidade, companheirismo, enquanto as características negativas remetem para conflitos, traição e ciúmes (Laursen & Mooney, 2008). A par disso, de acordo com Adams e Laursen (2007), características positivas e negativas das relações entre pais e amigos predizem problemas aos níveis de externalização, de internalização e académico.

Na literatura parte-se da premissa de que as boas relações, providas de apoio, facilitam o ajustamento do indivíduo à realidade. Pressupõe-se que o bem-estar do indivíduo se reflete a partir da soma do suporte percebido das suas relações, acrescentando que as boas relações protegem o sujeito de consequências adversas, associadas a um suporte de menor qualidade (Cohen & Wills, 1985). Assume-se, desta forma, que os adolescentes terão um melhor ajustamento durante o seu desenvolvimento, se perceberem as suas relações de suporte como boas, apoiantes e com alta qualidade. Ulrich-French e Smith (2006) acrescentam que os adolescentes que têm percepções mais positivas da qualidade do relacionamento com os pais e com os pares, incluindo a aceitação, tendem a ter maior prazer nas atividades, percepção de competência e motivação, como também menores níveis de *stress*.

Durante a etapa da adolescência, a percepção de apoio social parece estar associada ao ajustamento psicossocial do adolescente e ao processo de desenvolvimento da sua autoestima e da sua identidade (Antunes & Fontaine, 2008). Hartput (1999) afirma que são necessárias relações com os pais, que são pessoas com mais conhecimento e poder social, mas também relações com pessoas que têm o mesmo nível de conhecimento e poder social. Outros autores referem que o apoio social dos vários grupos de socialização podem variar com o tempo, pois ocorrem mudanças nas relações, nomeadamente com os pais e os pares, e a sua influência é muito importante no desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente ao nível da interdependência que se estabelece entre este e o grupo, na qual se destaca a importância da lealdade, do apoio emocional, da compreensão e da intimidade (Scholte, Lieshout, & Aken, 2001).

Ao longo da infância e da adolescência, a relação com os pares é de extrema importância, pois contribui para o ajustamento psicossocial, principalmente ao nível da adaptação escolar, da saúde psicológica (solidão/isolamento) e dos problemas comportamentais, porque se estabelece uma relação entre aceitação por parte dos pares e o ajustamento psicossocial do indivíduo (Bagwell, Schmidt, Newcomb, & Bukowski, 2001).

Embora as diferentes culturas percecionem de formas distintas o apoio social (Davidson, Demaray, Malecki, Ellonen, & Korkiamäki, 2008), vários estudos têm salientado o papel da fraca perceção de suporte social no desenvolvimento de baixa autoestima e de problemas de internalização na etapa da adolescência, nomeadamente depressão e ansiedade (e.g., Claudino, Cordeiro, & Arriaga, 2006; Zhou et al., 2013; Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014). Assim, níveis mais elevados de suporte social podem proteger os adolescentes contra vários sintomas psicossociais negativos, sendo um recurso necessário para o bem-estar dos adolescentes (Zhou et al., 2013).

Neste sentido, a rejeição dos pares também é um fator associado a problemas de comportamento e desajustamento emocional na infância e adolescência (Marinho & Caballo, 2002), ao passo que o sentido de pertença a um grupo social tem uma influência relevante na perceção de bem-estar por parte dos adolescentes (Matos & Carvalhosa, 2001).

O suporte social e a capacidade de o ativar corresponde, efetivamente, a uma estratégia de *coping* adaptativa, já que crianças e adolescentes que estão em risco de desenvolverem perturbações mentais tendem a utilizar estratégias disfuncionais, como o afastamento, a negação, as atitudes fatalistas e o evitamento, enquanto os indivíduos que recorrem a estratégias mais ativas, como a procura de suporte social, o pensar em várias alternativas, consequências e soluções, têm menor risco do surgimento de problemas mentais, especificamente de internalização (Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

## **Regulação Emocional**

As conceptualizações teóricas e empíricas indicam que as dificuldades na regulação emocional desempenham um papel crítico no desenvolvimento e na manutenção dos sintomas de depressão e de ansiedade na adolescência (Ahmed et al., 2015; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksma, 2011; Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, & Samson, 2016).

A regulação emocional refere-se a uma variedade de estratégias que podem ser implementadas em diferentes etapas, durante o processo gerador de emoções, para influenciar quais as emoções que surgem, quando e ao longo de quanto tempo ocorrem, e a forma como

estas são exprimidas e expressas, ou seja, diz respeito a processos conscientes e inconscientes que influenciam a ocorrência, a intensidade, a duração e a expressão das emoções (Gross, 2002; Thompson, Lewis, & Calkins, 2008). Refere-se, assim, a um conjunto de estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional, nomeadamente a nível fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social (Gross, 2007).

Uma regulação emocional adaptativa envolve a seleção de estratégias adequadas e a flexibilidade na sua aplicação, o que traduz um indicador de ajustamento psicológico. Por seu turno, uma regulação ineficaz leva a consequências emocionais, cognitivas e comportamentais desadaptativas, que podem colocar em risco a capacidade de adaptação do indivíduo à situação (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995). De facto, estratégias cognitivas mal adaptativas de regulação emocional têm sido indicadas como um fator de risco para a depressão e ansiedade (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Beck, 1976), aumentando os pensamentos negativos e comprometendo a resolução de problemas. Por outro lado, estratégias adaptativas concebem interpretações e perspetivas positivas, reduzindo o sofrimento gerado por um acontecimento negativo (Gross, 2007).

De acordo com Gross (2002), a consciência emocional – definida como a capacidade cognitiva de perceber, descrever e diferenciar as próprias experiências emocionais e as de outros – é muito importante para o funcionamento emocional e para uma regulação emocional adaptativa. A consciência emocional pode ser particularmente importante durante a transição para a adolescência, momento em que as emoções negativas são frequentemente experienciadas, enquanto as competências de regulação emocional ainda não se desenvolveram completamente (Eastabrook, Flynn, & Hollenstein, 2014). Evidências empíricas crescentes sugerem que os jovens com dificuldades de consciência emocional apresentam níveis mais elevados de problemas de ansiedade e depressão (Berthoz et al., 2000).

Diferentes estratégias de regulação emocional demonstraram ter impacto nas componentes subjetivas, fisiológicas e comportamentais das emoções negativas de diferentes formas. O uso habitual de certas estratégias de regulação emocional está significativamente associado ao funcionamento interpessoal e ao bem-estar, sugerindo que algumas estratégias podem ser “mais saudáveis” do que outras (Gross & John, 2003). Por exemplo, a reavaliação cognitiva e a supressão diminuem a expressão comportamental de emoções negativas, mas apenas a reavaliação diminui o *distress* subjetivo (Gross, 1998). Alguns estudos (e.g., Gross, 1998) estabelecem que a supressão reduz a expressão comportamental das emoções em comparação com as condições de controlo, mas não diminui a experiência subjetiva da emoção

negativa. Para além dos efeitos imediatos da supressão sobre a resposta emocional, o seu uso habitual está associado a experiências onde ocorrem emoções menos positivas e emoções negativas em geral, um pior funcionamento interpessoal e um menor bem-estar (Gross & John, 2003). Estudos com amostras clínicas fornecem alguma evidência indireta de que indivíduos com perturbações de humor e ansiedade dependem da supressão para gerir as emoções negativas. Por exemplo, quando foram comparados participantes do grupo de controlo com participantes com perturbação de pânico, estes últimos reportavam que as estratégias de supressão eram semelhantes às estratégias que eles próprios utilizavam para gerir a ansiedade na sua vida diária (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004).

Por sua vez, a estratégia da reavaliação cognitiva correlaciona-se com emoções mais positivas e menos negativas, melhor funcionamento interpessoal e maior bem-estar (Gross & John, 2003). Outros estudos descobriram que a reavaliação cognitiva reduz as respostas fisiológicas, experienciais e comportamentais negativas, enquanto a supressão reduz as respostas comportamentais, como a expressão emocional, mas aumenta a excitação e as emoções fisiológicas negativas (Gross, 1998). Possivelmente devido a estes diferentes efeitos das duas estratégias de regulação emocional, a reavaliação cognitiva está associada a menos problemas de internalização, ao passo que a supressão está associada a mais problemas de internalização em adolescentes e adultos (Gross & John, 2003). Por seu turno, um estudo português revelou que os adolescentes que utilizavam a reavaliação cognitiva como estratégia de regulação emocional, no sentido de alterarem o significado das situações, pareciam mais felizes (bem-estar psicológico) e mais satisfeitos com as suas vidas (bem-estar subjetivo), enquanto a utilização da supressão emocional como estratégia se associava, de forma negativa, com as duas dimensões do bem-estar (Freire & Tavares, 2011).

Porém, alguns autores abordam a desregulação emocional como um constructo com várias dimensões que engloba défices em diversos domínios como: consciência; compreensão e aceitação das emoções; capacidade para implementar comportamentos destinados à obtenção de objetivos e para inibir comportamentos impulsivos aquando da experiência de emoções negativas; flexibilidade na utilização de estratégias que visam a modelação da intensidade e/ou duração das respostas emocionais em detrimento da sua supressão e a motivação para experienciar emoções negativas, aceitando-as como um elemento que lhes permite atingir metas pessoais (Gratz, Rosenthal, Tull, & Lejuez, 2006; Gratz & Gunderson, 2006). Gratz e Roemer (2004) afirmam que as dificuldades na regulação emocional podem ser subdivididas em algumas dimensões, a saber: a não aceitação da resposta emocional, a falta de consciência e incompreensão das emoções, as dificuldades em manter um comportamento dirigido aos

objetivos, as dificuldades em controlar os impulsos, o acesso limitado às estratégias de regulação emocional e, por fim, a falta de clareza emocional.

A investigação tem vindo a destacar a relação existente entre a regulação emocional e as perturbações psicopatológicas, na medida em que, na base de vasto leque de quadros psicopatológicos, estão défices na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004), nomeadamente perturbações depressivas e ansiosas (e.g., Masters, Zimmer-Gembeck, & Farrell, 2018). De acordo com Turk, Heimberg, Luterek, Mennin e Fresco (2005), sujeitos com perturbações de humor e ansiedade têm um conjunto de dificuldades na gestão das próprias emoções, que abrangem uma limitada compreensão das mesmas, dificuldades na identificação das emoções negativas em comparação com o seu controlo e reações muito negativas face à sua experiência emocional.

Em particular, sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada apresentaram menor compreensão e aceitação emocional, menor capacidade para regular experiências emocionais negativas e maiores níveis de reação emocional negativa, enquanto sujeitos com fobia social registaram menor expressividade de emoções positivas e maiores dificuldades em descrever as emoções (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002). Silk, Steinberg e Morris (2003) também demonstraram uma associação entre défices na capacidade de regulação emocional e a depressão nos adolescentes.

Num estudo com adultos portugueses, Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2009) salientaram a existência de dificuldades de regulação emocional significativamente mais elevadas em indivíduos com psicopatologia do que em indivíduos sem psicopatologia. Os seus resultados sugerem, ainda, que os indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos (e.g., ansiedade, depressão) acreditam que não são muito eficazes na forma como regulam as suas emoções e apresentam dificuldades em seguir comportamentos dirigidos por objetivos, nos momentos em que o próprio experimenta emoções negativas. Estudos internacionais com adolescentes têm encontrado resultados semelhantes (e.g., Hambour, Zimmer-Gembeck, Clear, Rowe, & Avdagic, 2018), argumentando que diferentes dificuldades de regulação emocional estão mais associadas aos problemas de internalização do que outras, nomeadamente, a falta de clareza emocional, a não aceitação das respostas emocionais, a dificuldade em controlar os impulsos e o acesso limitado às estratégias de regulação emocional.

Segundo Masters et al. (2018), a apresentação precoce de dificuldades de regulação emocional nos adolescentes está associada ao surgimento de sintomas de depressão e ansiedade social *a posteriori*. Estes autores fazem, deste modo, apelo à necessidade de promover

estratégias de regulação emocional adequadas na adolescência precoce, no sentido de reduzir os problemas de internalização nesta faixa etária.

Algumas pesquisas sugerem, igualmente, que as práticas parentais desempenham um papel crucial na regulação emocional entre os jovens (Contradt & Ablow 2010), especialmente em jovens com ansiedade em relação a eventos negativos durante a transição para a adolescência (Oppenheimer et al., 2016), pois a eficácia dos processos de regulação emocional depende das interações com os outros e das exigências sociais (Bariola, Gullone, & Hughes, 2011). Por conseguinte, a família tem um papel de destaque, sobretudo os pais, como principais agentes de socialização no desenvolvimento da capacidade de regulação emocional, uma vez que é no seio familiar que as crianças aprendem a expressar as emoções, a compreender as mensagens que transmitem e os seus vários processos de regulação (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002). Para além do mais, a intensidade e a valência das emoções que são experienciadas pelos pais geram um clima emocional familiar onde as crianças podem assimilar formas adaptativas de modelar a regulação emocional (Bariola et al., 2011). Laurson e Richard (1994) avaliaram a transmissão de emoções entre os vários elementos da família e concluíram que os pais transmitem as suas próprias emoções aos filhos, mas também são influenciados pelas emoções dos filhos, adicionando, ainda, uma associação entre as emoções dos adolescentes e dos seus pais quando não estavam juntos. Yap, Schawartz, Byrne, Simmons e Allen (2010) concluíram, também, que os adolescentes cujas mães invalidavam a expressão de afeto positivo nas suas interações apresentavam não só estratégias de regulação emocional desadaptativas, como também sintomatologia depressiva.

### **Bem-Estar**

A saúde mental é conceptualizada como um “estado completo” em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em *flourishing* e com níveis elevados de bem-estar emocional, psicológico e social, sendo possível distinguir o *continuum* de saúde mental do *continuum* de doença mental (Keyes, 2002). À medida que o nosso conhecimento sobre esta relação de interdependência aumenta, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é fundamental para o bem-estar geral das pessoas, sociedades e países (WHO, 2003).

Keyes (2002) considera que o bem-estar subjetivo engloba três dimensões – social, psicológica e emocional - consideradas independentes, mas inter-relacionando-se. O bem-estar social é o conjunto de elementos que revelam o quanto o sujeito está a funcionar de forma correta com a sociedade, e é definido como uma autoavaliação do próprio sobre a qualidade das relações com os outros e com a comunidade em que está inserido. Tem como foco o

funcionamento social dos sujeitos do ponto de vista do compromisso e da integração social. Este autor sugere cinco dimensões de um funcionamento social ideal: a aceitação social, a atualização social, a coerência social, a integração social e a contribuição social. Afirma, de igual modo, que a atualização social e a aceitação social têm uma relação com a percepção da qualidade de vida; que a contribuição social se relaciona com a percepção de que é valorizado pelos outros; e que todas as cinco dimensões do bem-estar social, principalmente a integração social, tendem a aumentar com a sensação de segurança e confiança por parte dos vizinhos (Keyes, 1998). Blanco e Díaz (2005) encontraram, também, uma correlação entre o bem-estar social e a satisfação com a vida.

A dimensão do bem-estar psicológico inclui sintomas do funcionamento positivo, pois uma pessoa com saúde mental, a nível psicológico, autoavalia-se de forma positiva e aceita-se como é, apresenta-se num processo *continuum* de desenvolvimento pessoal, com objetivos, com percepção do sentido e direção da vida, desenvolve relacionamentos íntimos e calorosos, e lida com o contexto que a envolve de forma a satisfazer as suas necessidades e é provida de autodeterminação (Keyes, 2002).

O bem-estar emocional engloba as emoções, bem como as avaliações da satisfação de alguém relativamente a áreas gerais e específicas da sua própria vida. Os conceitos abrangidos pelo bem-estar emocional incluem afetos positivos e negativos, felicidade e satisfação com a vida (Cunsolo, 2017).

À luz das dificuldades associadas à adolescência, é importante considerar o que contribui para o bem-estar subjetivo dos adolescentes. Com base no modelo tripartido acima mencionado do bem-estar subjetivo, um adolescente feliz supostamente está cognitivamente satisfeito com a vida, experiencia afetos positivos frequentes (entusiasmo, felicidade) e manifesta a ausência de afetos negativos (nervosismo, raiva e angústia) (Martin & Huebner, 2007). A identificação de fatores protetores e de risco associados ao bem-estar subjetivo dos adolescentes é de extrema importância para compreender o que influencia a vida dos jovens (Cunsolo, 2017).

Vários estudos mostram que baixos níveis de bem-estar psicológico estão associados a sintomatologia ansiosa e depressiva (Derdikman-Eiron et al., 2011; Khazanov & Ruscio, 2016), nomeadamente em adolescentes (Melo & Mota, 2014), sendo que indivíduos com baixos níveis de bem-estar psicológico apresentam mesmo uma maior probabilidade de desenvolver depressão nos 10 anos seguintes (Wood & Joseph, 2010).

Os fatores que influenciam a formação dos adolescentes não são exclusivamente psicológicos ou estruturais, dizem respeito a uma esfera de relações em que estes atuam como

agentes ativos no seu próprio desenvolvimento. Alguns fatores associados ao bem-estar subjetivo em diferentes domínios da vida do adolescente incluem a qualidade das relações familiares, o apoio e o suporte parental percebidos, o suporte social e o sentido de pertença ao ambiente escolar e às pessoas da escola (Cunsolo, 2017).

Por conseguinte, dificuldades na relação entre pares e nas relações amorosas, a transição do ensino básico para o ensino secundário, o aumento das exigências acadêmicas, bem como a pressão social, contribuem para a diminuição do bem-estar subjetivo entre os adolescentes (Abela & Hankin, 2008). O declínio do bem-estar geral no início da adolescência pode dever-se aos sentimentos de *stress* que se enquadram na fase de transição que ocorre nesta etapa da vida. Em contraste, o final da adolescência corresponde a um período de crescente maturidade e progressão do estatuto social e a uma redução da angústia do início da adolescência (Ge, Natsuaki, & Conger, 2006).

O apoio parental e a percepção dos adolescentes em relação ao seu bem-estar tem sido amplamente estudado. Por exemplo, Ben-Zur (2003) demonstrou que relações calorosas e íntimas com os pais podem influenciar o desenvolvimento de recursos internos, como o otimismo disposicional, contribuindo para o bem-estar subjetivo dos adolescentes. Por sua vez, Kocayoruk et al. (2015) sugerem que, quando os comportamentos parentais fornecem um ambiente apoiante e onde os adolescentes podem desenvolver-se autonomamente, o bem-estar dos adolescentes é maior.

A investigação sobre o bem-estar psicossocial dos adolescentes revelou que diferentes aspetos das relações entre pares podem diferenciar o bem-estar dos adolescentes (La Greca & Harrison, 2005). Por exemplo, estudos mostraram que adolescentes que têm interações positivas com os pares relatam níveis mais baixos de ansiedade social (La Greca & López, 1998). Já o estudo de Palomar-Lever e Victorio-Estrada (2014), com adolescentes de nível socioeconómico baixo, indicou que o bem-estar subjetivo desses adolescentes dependia de uma auto conceção positiva (autoestima e força), interações positivas com os pais (com respeito, compreensão e proximidade) e com os amigos (de suporte), estando associado à importância de promover a educação pessoal e à ausência de transtorno emocional, como *stress* e depressão.

Em suma, o suporte social tem sido identificado como um preditor do bem-estar, influenciando, também, a satisfação com a vida, quer seja através da percepção de apoio na escola, da família ou dos amigos (e.g., Laursen & Mooney, 2008; Sarriera, Bedin, Abs, Calza, & Casas, 2015).

## **Pertinência do estudo**

Como vimos anteriormente, na etapa da adolescência intensifica-se o processo da construção de valores pessoais e da sua própria identidade. Dá-se uma progressiva autonomização da família, em termos emocionais e comportamentais, assim como um maior envolvimento no grupo de pares e na comunidade. Todavia, o estudo da saúde mental na etapa da adolescência ainda carece de investigação comparativamente ao estudo da doença mental e ao mundo dos adultos, sobretudo ao nível dos problemas de internalização, que, de dia para dia, ganham espaço na sociedade, uma vez que não são tão demonstrativos, em comparação com os problemas de externalização, e muitas vezes passam “despercebidas”. Pretende-se, assim, com este estudo, colmatar algumas dessas lacunas e compreender as associações prévias aos problemas de internalização, analisando possíveis fatores de risco ou protetores (individuais, relacionais e familiares) que interagem na vida dos adolescentes, com o fim último de prevenir o desenvolvimento de problemas de internalização e promover um melhor ajustamento psicossocial, bem-estar e qualidade de vida nesta população.

Para tal, é de extrema importância explorar novos constructos potencialmente associados aos problemas de internalização, compreendendo de que forma o clima familiar, nomeadamente, a qualidade das relações e os níveis de conflito e de coesão e apoio (e não só as práticas parentais já muito estudadas) influenciam o ajustamento dos jovens; perceber como é que os jovens percecionam a qualidade do suporte dado pelos pais e pares e o seu impacto no (des)ajustamento; e ainda ir mais além das estratégias de regulação emocional descritas na literatura e compreender, efetivamente, as dificuldades de regulação emocional que apresentam; e, por fim, explorar o papel que o bem-estar pode ter nestas relações, a fim de promovê-lo junto dos jovens.

É ainda inovadora a forma como se irá explorar, nesta área da saúde mental juvenil, as diferenças nestes constructos entre grupos com e sem indicação clínica, com vista a melhorar a intervenção (preventiva e terapêutica) nesta área.

## Capítulo II - Metodologia

### Objetivos de investigação

O objetivo principal deste estudo consiste em compreender a relação entre as dificuldades de regulação emocional, o bem-estar, a perceção da qualidade da relação com os pais e pares, o clima familiar e os problemas de internalização, explorando ainda possíveis diferenças entre adolescentes com maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização, i.e., grupo clínico<sup>2</sup> e não clínico, respetivamente.

Assim, definiram-se como objetivos específicos os seguintes:

- Investigar a relação entre o bem-estar, as dificuldades de regulação emocional, o clima familiar (conflito; coesão e apoio), a perceção da qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização;

- Averiguar possíveis diferenças nas variáveis em estudo entre o grupo clínico e não clínico;

- Testar se as dimensões do clima familiar (elevado conflito; baixa coesão e apoio) contribuem para os problemas de internalização;

- Verificar se a fraca qualidade das relações com os pais e pares contribui para os problemas de internalização;

- Averiguar se as dificuldades de regulação emocional contribuem para os problemas de internalização;

- Verificar se menores níveis de bem-estar subjetivo (psicológico, emocional e social) contribuem para os problemas de internalização;

- Testar o papel mediador do bem-estar na relação entre dificuldades de regulação emocional, clima familiar, qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização.

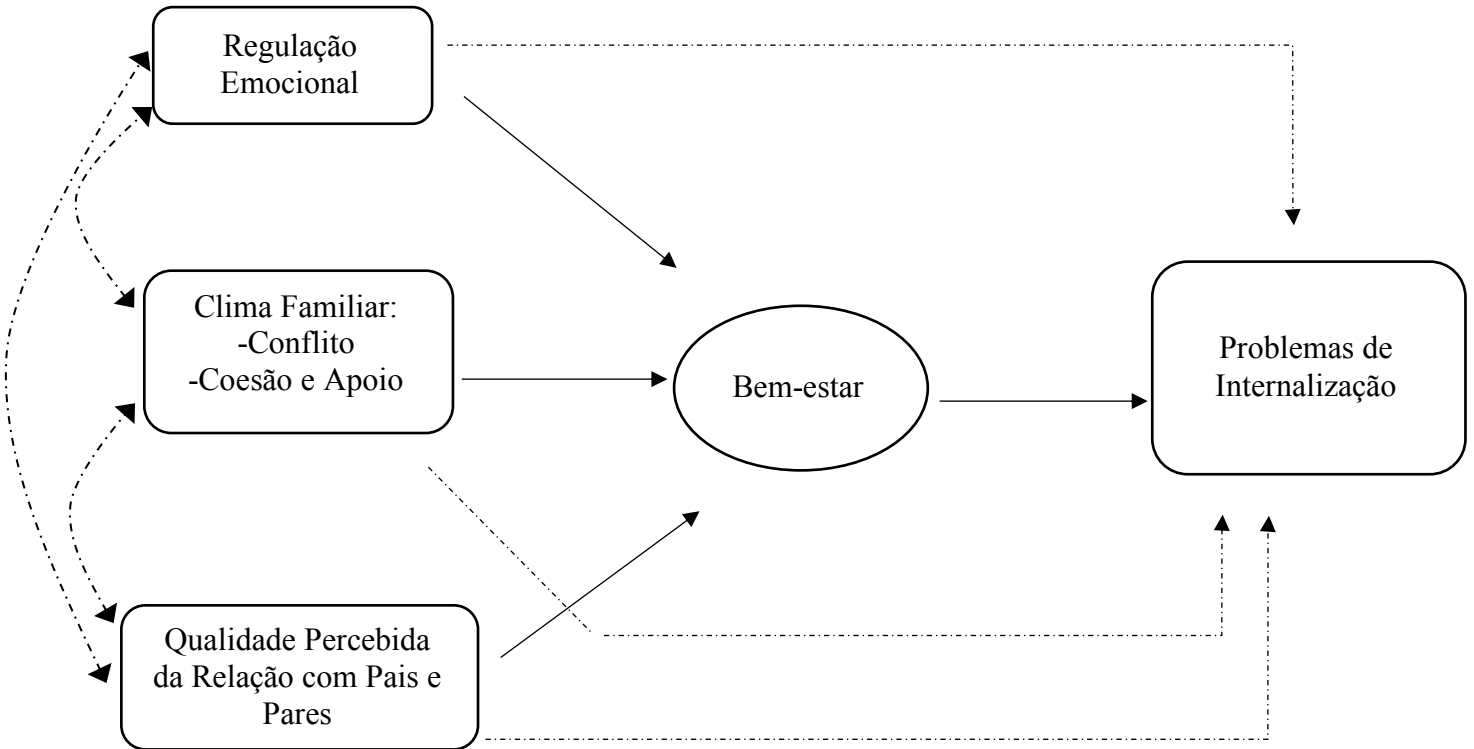
### Mapa conceptual

Na Figura 1, apresenta-se o mapa conceptual da presente investigação, onde se explicitam as relações a ser investigadas entre as variáveis definidas.

---

<sup>2</sup> O grupo clínico é entendido aqui como o grupo de participantes que apresentaram uma pontuação elevada numa das escalas dos Sintomas Emocionais e/ou dos Problemas de Relacionamento com os Colegas, de acordo com as normas de cotação desta escala do SDQ (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2004), e não no sentido de ter sido realizado ou reportado algum tipo de diagnóstico clínico.

**Figura 1.**  
*Mapa conceptual do presente estudo*



*Nota:* as setas unidirecionais tracejadas indicam as relações entre as variáveis independentes e a variável dependente; as setas bidirecionais tracejadas indicam as relações entre as variáveis independentes entre si; as setas preenchidas indicam os modelos de mediação, ou seja, a relação entre as variáveis predictoras, a variável mediadora e a variável dependente.

## Hipóteses

Com base nos objetivos propostos e na revisão de literatura apresentada anteriormente, estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

H1. Os problemas de internalização dos adolescentes relacionam-se significativamente com as dificuldades de regulação emocional, o bem-estar, o clima familiar e a percepção da qualidade da relação com os pais e pares.

H1.1. Os problemas de internalização relacionam-se positivamente com as dificuldades de regulação emocional nos adolescentes;

- H1.2. Os adolescentes que apresentam mais problemas de internalização apresentam menores níveis de bem-estar (psicológico, emocional e social);
- H1.3. Os problemas de internalização relacionam-se positivamente com o conflito familiar;
- H1.4. Os adolescentes que apresentam maiores problemas de internalização relatam menor coesão e apoio no ambiente familiar;
- H1.5. Os adolescentes com menores problemas de internalização apresentam níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com pais e pares.

H2. As dificuldades de regulação emocional dos adolescentes relacionam-se significativamente com o bem-estar, o clima familiar e a percepção da qualidade da relação com os pais e pares.

- H2.1. As dificuldades de regulação emocional relacionam-se negativamente com o bem-estar (psicológico, emocional e social) dos adolescentes;
- H2.2. As dificuldades de regulação emocional relacionam-se de forma positiva com o conflito familiar;
- H2.3. Os adolescentes que relatam níveis mais elevados de dificuldades de regulação emocional apresentam menor coesão e apoio no ambiente familiar;
- H2.4. Os adolescentes com menores dificuldades de regulação emocional apresentam níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com pais e pares.

H3. O bem-estar (psicológico, emocional e social) dos adolescentes relaciona-se significativamente com o clima familiar e a percepção da qualidade da relação com os pais e pares.

- H3.1. O bem-estar (psicológico, emocional e social) relaciona-se negativamente com o conflito familiar;
- H3.2. O bem-estar (psicológico, emocional e social) relaciona-se de forma positiva com a coesão e apoio no ambiente familiar;
- H3.3. Os adolescentes com níveis mais elevados de bem-estar (psicológico, emocional e social) relatam níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com pais e pares.

H4. O clima familiar reportado pelos adolescentes relaciona-se significativamente com a percepção da qualidade da relação com os pais.

H4.1. O conflito familiar está negativamente associado à percepção da qualidade da relação com os pais;

H4.2. Os adolescentes que evidenciam maiores níveis de coesão e apoio familiar apresentam níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com os pais.

H5. O clima familiar reportado pelos adolescentes relaciona-se significativamente com a percepção da qualidade da relação com pares.

H5.1. O conflito familiar está negativamente associado à percepção da qualidade da relação com os pares;

H5.2. Os adolescentes que evidenciam maiores níveis de coesão e apoio familiar apresentam níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com os pares.

H6. Existem diferenças significativas entre os participantes do grupo clínico e do grupo não clínico, relativamente às dificuldades de regulação emocional, ao bem-estar, ao clima familiar e à percepção da qualidade da relação com os pais e pares.

H6.1. Os adolescentes do grupo clínico apresentam maiores dificuldades de regulação emocional;

H6.2. Os adolescentes do grupo não clínico relatam maiores níveis de bem-estar (psicológico, emocional e social);

H6.3. Os adolescentes do grupo não clínico apresentam menor conflito familiar;

H6.4. Os adolescentes do grupo clínico relatam menor coesão e apoio no ambiente familiar;

H6.5. Os adolescentes do grupo não clínico percebem maior qualidade da relação com os pais.

H6.6. Os adolescentes do grupo não clínico percebem maior qualidade da relação com os pares.

H7. A relação entre as dificuldades de regulação emocional e os problemas de internalização é mediada pelo bem-estar dos adolescentes.

H8. A relação entre o clima familiar e os problemas de internalização nos adolescentes é mediada pelo bem-estar.

H8.1. A relação entre o conflito e os problemas de internalização é mediada pelo bem-estar;

H8.2. A relação entre a coesão e apoio e os problemas de internalização é mediada pelo bem-estar.

H9. A relação entre a percepção da qualidade da relação com os pais e os problemas de internalização nos adolescentes é mediada pelo bem-estar.

H10. A relação entre a percepção da qualidade da relação com os pares e os problemas de internalização nos adolescentes é mediada pelo bem-estar.

### **Participantes**

Participaram na presente investigação 723 adolescentes, sendo que 429 (59,3%) são do sexo feminino e 294 (40,7%) do sexo masculino, cujas idades variam entre 12 e 18 anos ( $M=14,70$ ,  $Mo=14$  anos,  $DP=1,735$ ).

A maioria dos participantes (67,8%) encontra-se a estudar no 3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) e os restantes no Ensino Secundário (10º - 12º ano de escolaridade), em escolas da região da Grande Lisboa (55,5%) e Arquipélago dos Açores (44,5%), mais precisamente Ilha de São Miguel.

No que concerne à situação familiar, a maioria dos adolescentes é proveniente de família nuclear intacta (70,7%), 16,6% de família monoparental, 6,1% de família nuclear reconstituída, 2,9% de família transgeracional, e 2,9% de outras situações familiares. Relativamente a apoio psicológico, 68,6% dos participantes reportaram que nunca tiveram acompanhamento psicológico, 21,2% tiveram no passado e 8,6% têm atualmente.

### **Instrumentos**

#### *Questionário de Dados Pessoais e Sociodemográficos.*

Este questionário foi construído no âmbito do estudo onde se enquadra a presente investigação e teve como objetivo recolher informações ao nível pessoal e sociodemográfico dos participantes, composto por questões relativas ao sexo, idade, ano de escolaridade, zona de residência, se tem acompanhamento psicológico, entre outras.

#### *Qualidade da relação com pais e pares.*

A percepção da qualidade da relação com os pais e com os pares foi avaliada através de cinco itens isolados – “Como considera a sua relação com... o seu pai/a sua mãe/os seus

amigos/os seus colegas de turma/o seu(sua)namorado(a)” -, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 – “muito má” a 5 – “muito boa”), posteriormente agregados da seguinte forma: a percepção da qualidade da relação com pais resultou da soma dos itens relativos à relação com o pai e com a mãe; a percepção da qualidades da relação com os pares resultou dos itens relativos à relação com os amigos, colegas e namorado(a), se aplicável.

#### *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).*

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional foi criada por Gratz e Roemer (2004) e neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Fernandes, Coutinho e Ferreirinha (2007). É uma escala de autorrelato constituída por 36 itens, respondidos numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos do 1 (“quase nunca se aplica a mim”) ao 5 (“aplica-se quase sempre a mim”). Foi desenvolvida com o intuito de avaliar seis domínios que refletem dificuldades de regulação emocional: não aceitação das emoções negativas; incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas; dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas; acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas; falta de consciência emocional; e falta de clareza emocional.

Relativamente à fiabilidade do instrumento, este apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach na versão original (Gratz & Roemer, 2004) de .93 na escala global e entre .80 e .89 nas subescalas, enquanto que na versão portuguesa o alfa de Cronbach é de .92 na escala global e superiores a .75 em todas as subescalas (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2009). Na amostra em estudo, os valores do alfa de Cronbach para a escala total é de .93 e nas subescalas variam entre .74 e .90.

#### *Escala Continuum de Saúde Mental (MHC-SF).*

Esta escala utilizada na presente investigação trata-se da versão portuguesa adaptada por Matos et al. (2010) do *Mental Health Continuum - Short Form* (MHC-SF) – for youth, desenvolvido por Keyes (2009). Tem como objetivo avaliar estados de saúde mental (*flourishing*, moderado e *languishing*), considerados a partir do grau de bem-estar (emocional, social e psicológico) percecionado pelos adolescentes, contemplando a saúde mental num *continuum*. É um instrumento de autorresposta aplicado a adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos. É constituída por 14 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 “nunca” a 5 “todos os dias”), cujo somatório corresponde ao nível de bem-estar global, e que

se dividem em três dimensões: bem-estar emocional (3 itens), bem-estar social (5 itens) e bem-estar psicológico (6 itens).

No que concerne aos resultados o adolescente está num estado de *flourishing* se obtiver uma pontuação de 4 (“quase todos os dias”) ou 5 (“todos os dias”) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos 11 itens de funcionamento positivo, que diz respeito ao bem-estar social e psicológico. Um estado de saúde mental moderado acontece quando o adolescente pontua com 2 (“cerca de 1 a 2 vezes por semana”) ou 3 (“cerca de 2 ou 3 vezes por semana”) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos 11 itens de funcionamento positivo. O estado de *languishing* ocorre quando o adolescente pontua com 0 (“nunca”) ou 1 (“1 ou 2 vezes”) em pelo menos um dos três itens de sintomas de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos 11 itens de funcionamento positivo.

Na versão portuguesa de Matos et al. (2010) o alfa de Cronbach para o bem-estar total foi de .90, o que corresponde a uma consistência interna muito boa, bem como valores muito satisfatórios ao nível das dimensões: bem-estar-emocional  $\alpha = .85$ ; bem-estar social  $\alpha = .80$  e bem-estar psicológico  $\alpha = .83$ , sendo estes valores muito semelhantes à versão original de Keyes (2009). Na amostra em estudo, os níveis de consistência interna foram igualmente elevados: bem-estar total  $\alpha = .90$ , bem-estar emocional  $\alpha = .85$ , bem-estar social  $\alpha = .80$  e bem-estar psicológico  $\alpha = .82$ .

#### *Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).*

O Questionário de Capacidades e Dificuldades foi desenvolvido por Goodman (1999), sendo que nesta investigação foi utilizada a adaptação inicial para Portugal de Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2004). É um instrumento de medida breve, desenvolvido com o objetivo de realizar uma triagem de saúde mental e ajustamento psicológico de crianças e adolescentes, existindo, por isso, diversas versões, tendo em conta a idade da criança e o respondente – o próprio, pais ou professores (Goodman et al., 1998). Neste estudo foi utilizada a versão de autorrelato para adolescentes dos 11 aos 16 anos.

É constituído por 25 itens, divididos em 5 escalas: sintomas emocionais; problemas de comportamento; hiperatividade; problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social. Cada escala é constituída por 5 itens, com três opções de resposta (0 *não é verdade*; 1 *é um pouco verdade*; 2 *é muito verdade*). As pontuações das escalas, à exceção da escala do comportamento pró-social, podem ser somadas para gerar uma pontuação global das dificuldades da criança ou do adolescente (0 a 40).

Goodman, Lamping e Ploubidis (2010), num estudo psicométrico aprofundado do SDQ, propuseram uma alternativa na estrutura dos fatores, com justificação teórica subjacente, combinando a subescala dos sintomas emocionais com a subescala dos problemas de relacionamento com os colegas numa única subescala, denominada de perturbações de internalização. Para além destes autores, outros investigadores também têm utilizado esta estrutura, suportando esta abordagem (e.g., Dickey & Blumberg, 2004), pelo que no presente estudo foi esta a abordagem adotada.

Segundo Goodman (1998) e Goodman et al. (2010), nos estudos com amostras de baixo risco os “casos clínicos” podem ser identificados por uma pontuação alta em uma das quatro escalas de dificuldades. Sendo que a amostra do presente estudo é considerada de baixo risco, os indivíduos que evidenciaram uma pontuação considerada elevada numa das duas escalas de dificuldades utilizadas – maior que 7 na escala de Sintomas Emocionais e maior que 6 na escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (Goodman et al., 1998) – integra o “grupo clínico” com problemas de internalização.

Quanto à fiabilidade do instrumento, na versão original a consistência interna do SDQ, para a subescala dos Sintomas Emocionais foi de .75, e na amostra deste estudo de .63, e para a subescala Problemas de Relacionamento com os Colegas foi de .44 na versão original e de .57 neste estudo, o que, apesar de serem valores baixos, são considerados aceitáveis para fins de investigação.

#### *Inventário do Clima Familiar (ICF).*

O Inventário do Clima Familiar (Teodoro, Allgayer, & Land, 2009) é um instrumento de autorrelato, composto por 22 itens que avalia quatro dimensões do clima familiar numa escala de *Likert* de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente): conflito (6 itens relacionados com a relação agressiva, crítica e conflituosa entre os membros da família); hierarquia (6 itens que analisam as diferenças de poder dentro da família); apoio (5 itens que medem o suporte emocional e material recebido pelos membros da sua família) e por fim, a coesão (5 itens que definem o vínculo entre os familiares). Todas as subescalas apresentam níveis de consistência adequados na versão original (hierarquia  $\alpha = .72$ , conflito  $\alpha = .84$ , apoio  $\alpha = .71$  e coesão  $\alpha = .82$ ).

A versão portuguesa utilizada (Francisco, 2015) é constituída apenas por três dimensões (Coesão e Apoio; Hierarquia; Conflito), pois os resultados da análise fatorial não correspondem à estrutura original, sendo os itens de Coesão e Apoio agrupados. No presente estudo não foi

utilizada a dimensão Hierarquia. Na amostra em estudo ambas as subescalas (conflito e coesão e apoio) apresentam bons níveis de consistência interna ( $\alpha = .88$ ).

## **Procedimentos**

### *Procedimento de recolha de dados.*

Os instrumentos acima mencionados são parte integrante do protocolo de investigação utilizado no *Be Well and Healthy Teen Project*, aprovado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Após estas aprovações, as escolas foram abordadas através de contactos individuais realizados pelas investigadoras (método de “bola de neve”) e de pedido de autorização formal à Direção de cada estabelecimento de ensino.

O protocolo foi aplicado entre os meses de Abril e Junho de 2018, após autorização explícita dos encarregados de educação e consentimento informado dos alunos. Foram enviados 1027 pedidos de autorização aos encarregados de educação dos alunos das turmas identificadas pela Direção de cada escola, e obtiveram-se 723 respostas positivas, o que corresponde a uma taxa de adesão de 70%.

Os alunos preencheram os protocolos anonimamente, em contexto de sala de aula, com a presença do professor da disciplina e de uma das investigadoras do projeto, que esclareceu algumas dúvidas que ocorreram no momento. O tempo total de resposta aos questionários que compõem o protocolo foi de 25 a 30 minutos aproximadamente, sendo que os alunos do ensino básico necessitaram de mais tempo, em relação aos alunos do ensino secundário.

### *Procedimento de análise de dados.*

O tratamento e análises estatísticas foram realizadas com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* e *R Studio*, respetivamente. Para realizar as análises estatísticas no *R Studio* utilizaram-se os seguintes pacotes: *psych* (Revelle, 2017), *vcd* (Meyer, Zeileis, & Hornik, 2006), *Hmisc* (Frank & Harrell, 2018), *corrplot* (Wei & Simko, 2017), *ggplot2* (Wickham, 2016), *mediation* (Tingley, Yamamoto, Hirose, Keele, & Imai, 2014), *car* (Fox & Weisberg, 2011), *lm.beta* (Behrendt, 2014), *MASS* (Venables & Ripley, 2002) e *pequod* (Mirisola & Seta, 2016).

Primeiramente, procedeu-se à caracterização da amostra, utilizando os dados recolhidos, a partir dos itens do questionário sociodemográfico considerados relevantes para a presente investigação, especificamente através de análises descritivas e de frequência das variáveis demográficas.

Em seguida, procedeu-se à análise das correlações entre as variáveis em estudo, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Para avaliar o efeito e a força das correlações foi utilizada a classificação de Pallant (2005), isto é, uma correlação é considerada fraca se apresentar valores entre .10 e .29, moderada quando os valores estão entre .30 e .49, e forte quando os valores são superiores a .50. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas as que apresentaram um *p-value* do teste igual ou inferior a 0.05.

Posteriormente, realizaram-se teste *t* para amostras independentes para testar a existência de diferenças significativas nos grupos clínico e não-clínico relativamente às dificuldades de regulação emocional, bem-estar, clima familiar e perceção da qualidade da relação com os pais e pares.

No final, foram realizadas análises de mediação simples, tendo sido utilizadas 1000 reposições de amostragem (*bootstrap samples*) com intervalo de confiança de 95%. Em todas as análises de mediação o bem-estar global dos adolescentes foi considerado a variável mediadora e os problemas de internalização a variável dependente. Como variáveis predictoras, na primeira análise, foi considerada o total das dificuldades de regulação emocional, na segunda análise, o conflito e na terceira análise a coesão e apoio. Na quarta e quinta análises de mediação, foram consideradas como variáveis predictoras a perceção da qualidade da relação com os pais e a perceção da qualidade da relação com os pares, respetivamente.

## Capítulo III - Resultados

### Correlações entre as variáveis em estudo

No Quadro 1, apresentam-se as correlações entre as variáveis em estudo, obtidas através do coeficiente de correlação de *Pearson*.

Relativamente às dificuldades de regulação emocional (escala total), esta patenteou correlações negativas com as variáveis do bem-estar (confirma-se H2.1), sendo que, com o bem-estar total e o bem-estar emocional, apresentou relações fortes e, com o bem-estar social e psicológico, relações moderadas. Esta variável registou correlações negativas e fracas com a perceção da qualidade da relação com os pais e pares (confirma-se H2.4). Com a variável conflito, verificou-se uma correlação positiva e moderada (confirma-se H2.2) e, com a coesão e apoio, uma correlação negativa e fraca (confirma-se H2.3). Com os problemas de internalização, apresentou uma relação positiva e forte (confirma-se H1.1). De notar que todas as dimensões da escala de regulação emocional se correlacionaram, significativamente, com os problemas de internalização, bem-estar, perceção da qualidade da relação com os pais e com os pares, assim como com o conflito e coesão e apoio; exceto a dimensão da não aceitação com a perceção da qualidade da relação com os pares e com a dimensão coesão e apoio do ICF, e as dimensões impulsos e objetivos com a perceção da qualidade da relação com pares.

Quer o bem-estar total, quer as suas dimensões emocional, social e psicológica apresentaram correlações negativas e moderadas com os problemas de internalização (confirma-se H1.2). No que concerne ao bem-estar emocional, este apresentou correlações positiva e fraca com a perceção da qualidade da relação com os pais, e positiva e moderada com os pares (confirma-se H3.3). Com a variável conflito, mostrou uma correlação negativa e fraca (confirma-se H3.1) e, com a coesão e apoio, positiva e moderada (confirma-se H3.2).

No que se refere ao bem-estar social, observaram-se correlações positiva e fraca com a perceção da qualidade da relação com os pais, e positiva e moderada com os pares (confirma-se H3.3). Com o conflito, observou-se uma correlação negativa e fraca (confirma-se H3.1) e, com a coesão e apoio, também uma correlação fraca, mas positiva (confirma-se H3.2).

O bem-estar psicológico correlacionou-se, positivamente, com a perceção da qualidade da relação com os pais e com os pares, sendo estas relações consideradas fraca e moderada, respetivamente (confirma-se H3.3). Correlacionou-se, negativamente, com o conflito, sendo esta relação fraca e de forma moderada (confirma-se H3.1) e positiva com a coesão e apoio (confirma-se H3.2).

Quanto à percepção da qualidade da relação com os pais, verificou-se uma correlação negativa e moderada com o conflito e uma correlação positiva e moderada com a coesão e apoio (confirma-se H4.1 e H4.2). Na percepção da qualidade da relação com os pares, houve uma correlação negativa e fraca com o conflito e uma correlação positiva e moderada com a coesão e apoio (confirma-se H5.1 e H5.2).

Os problemas de internalização apresentaram uma correlação negativa fraca com a percepção da qualidade da relação com os pais e igualmente negativa, mas moderada com a percepção da qualidade da relação com os pares (confirma-se H1.5).

Por fim, foi encontrada uma correlação positiva e moderada entre o conflito e os problemas de internalização, como também uma relação negativa e fraca entre a coesão e apoio e os problemas de internalização (confirma-se H1.3 e H1.4).

### **Diferenças entre o grupo clínico e não clínico**

Do Quadro 2 constam os resultados dos testes *t* para amostras independentes, para averiguar diferenças entre os grupos de participantes com maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização – grupo clínico e não clínico, respetivamente –, no que concerne às dificuldades de regulação emocional, percepção da qualidade da relação com pais e pares, bem-estar (emocional, social, psicológico), conflito, coesão e apoio.

Relativamente às dificuldades de regulação emocional, observaram-se diferenças significativas, tendo o grupo clínico evidenciado valores mais elevados quer no total de dificuldades, quer em todas as dimensões da EDRE (confirma-se H6.1). No que se refere à percepção da qualidade da relação com os pais e com os pares, constataram-se diferenças significativas em ambas, apresentando o grupo não clínico valores mais elevados (confirma-se H6.5 e H6.6). No respeitante ao bem-estar, verificaram-se diferenças significativas, tendo o grupo não clínico valores mais elevados no bem-estar total e nas respetivas dimensões (confirma-se H6.2). Quanto ao clima familiar, verificaram-se valores significativamente mais elevados de conflito (confirma-se H6.3) e mais baixos de coesão e apoio no grupo clínico (confirma-se H6.4).

**Quadro 1.**

Correlações entre as variáveis em estudo, em todos os participantes (N=723).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1.DRE (total)	-															
2.Estratégias	<b>.895**</b>	-														
3.Não Aceitação	<b>.755**</b>	<b>.671**</b>	-													
4.Consciência	<b>.366**</b>	<b>.178**</b>	.012	-												
5.Impulsos	<b>.776**</b>	<b>.630**</b>	<b>.525**</b>	<b>.207**</b>	-											
6.Objetivos	<b>.710**</b>	<b>.623**</b>	<b>.474**</b>	.006	<b>.483**</b>	-										
7.Clareza	<b>.673**</b>	<b>.515**</b>	<b>.399**</b>	<b>.362**</b>	<b>.390**</b>	<b>.328**</b>	-									
8.Bem-estar (total)	<b>-.506**</b>	<b>-.480**</b>	<b>-.267**</b>	<b>-.409**</b>	<b>-.266**</b>	<b>-.371**</b>	<b>-.403**</b>	-								
9.Bem-estar Emocional	<b>-.519**</b>	<b>-.516**</b>	<b>-.296**</b>	<b>-.334**</b>	<b>-.295**</b>	<b>-.321**</b>	<b>-.422**</b>	<b>.807**</b>	-							
10.Bem-estar Social	<b>-.385**</b>	<b>-.361**</b>	<b>-.178**</b>	<b>-.291**</b>	<b>-.175**</b>	<b>-.343**</b>	<b>-.304**</b>	<b>.883**</b>	<b>.611**</b>	-						
11.Bem-estar Psicológico	<b>-.462**</b>	<b>-.408**</b>	<b>-.244**</b>	<b>-.423**</b>	<b>-.249**</b>	<b>-.286**</b>	<b>-.358**</b>	<b>.911**</b>	<b>.655**</b>	<b>.663**</b>	-					
12.Rel. Pais	<b>-.254**</b>	<b>-.258**</b>	<b>-.106**</b>	<b>-.142**</b>	<b>-.159**</b>	<b>-.178**</b>	<b>-.208**</b>	<b>.270**</b>	<b>.292**</b>	<b>.223**</b>	<b>.209**</b>	-				
13.Rel. Pares	<b>-.189*</b>	<b>-.161*</b>	-.087	<b>-.149*</b>	-.091	-.123	<b>-.238**</b>	<b>.363**</b>	<b>.378**</b>	<b>.303**</b>	<b>.296**</b>	<b>.326**</b>	-			
14.Conflito	<b>.333**</b>	<b>.322**</b>	<b>.239**</b>	<b>.112**</b>	<b>.290**</b>	<b>.185**</b>	<b>.279**</b>	<b>-.212**</b>	<b>-.246**</b>	<b>-.137**</b>	<b>-.185**</b>	<b>-.440**</b>	<b>-.168*</b>	-		
15.Coesão e Apoio	<b>-.262**</b>	<b>-.236**</b>	-.063	<b>-.271**</b>	<b>-.200**</b>	<b>-.130**</b>	<b>-.221**</b>	<b>.361**</b>	<b>.331**</b>	<b>.286**</b>	<b>.338**</b>	<b>.470**</b>	<b>.410**</b>	<b>-.537**</b>	-	
16.Problemas Internalização	<b>.536**</b>	<b>.562**</b>	<b>.423**</b>	<b>.141**</b>	<b>.398**</b>	<b>.331**</b>	<b>.376**</b>	<b>-.418**</b>	<b>-.450**</b>	<b>-.313**</b>	<b>-.357**</b>	<b>-.176**</b>	<b>-.307**</b>	<b>.366**</b>	<b>-.261**</b>	-

Nota. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ; as correlações sinalizadas a negrito são consideradas significativas. DRE=Dificuldades de Regulação Emocional; Rel. = Percepção da Qualidade da Relação.

**Quadro 2.**

*Comparação entre o grupo clínico e não clínico quanto às dificuldades de regulação emocional, percepção da qualidade da relação com pais e pares, bem-estar, conflito, coesão e apoio (N=635).*

	Grupo Clínico (n=130)	Grupo Não Clínico (n=584)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Estratégias	25.92 (8.24)	16.54 (6.78)	165.79	<b>-11.96**</b>	.000
Não Aceitação	16.96 (6.38)	11.92 (5.29)	167.94	<b>-8.33**</b>	.000
Consciência	16.73 (5.14)	15.38 (4.73)	700	<b>-2.90**</b>	.004
Impulsos	16.18 (5.99)	11.68 (4.98)	166.96	<b>-7.89**</b>	.000
Objetivos	18.17 (4.84)	14.46 (5.03)	693	<b>-7.61**</b>	.000
Clareza	14.15 (4.09)	10.98 (3.87)	695	<b>-8.23**</b>	.000
DRE (total)	107.22 (25.10)	80.90 (20.89)	152.24	<b>-10.52**</b>	.000
Rel. Pais	8.48 (1.61)	9.06 (1.20)	156.95	<b>3.80**</b>	.000
Rel. Pares	12.17 (1.70)	13.20 (1.34)	181	<b>3.70**</b>	.000
Bem-estar Emocional	11.83 (3.69)	14.57 (2.66)	157.34	<b>7.95**</b>	.000
Bem-estar Social	14.32 (6.33)	17.95 (5.44)	166.76	<b>5.95**</b>	.000
Bem-estar Psicológico	21.17 (6.95)	25.38 (6.04)	168.84	<b>6.30**</b>	.000
Bem-estar (total)	47.20 (15.01)	57.97 (12.30)	158.54	<b>7.40**</b>	.000
Conflito	15.54 (6.53)	11.25 (5.06)	158.14	<b>-6.90**</b>	.000
Coesão e Apoio	37.21 (8.46)	40.35 (7.22)	166.35	<b>3.86**</b>	.000

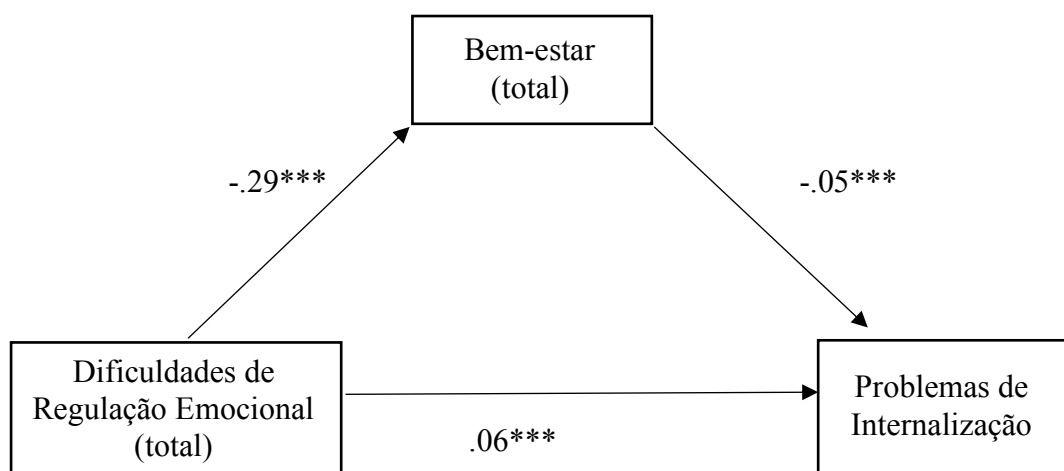
*Nota. df=degree of freedom/ grau de liberdade; \*p<.05; \*\*p<.01; as diferenças significativas encontram-se a negrito; DRE=Dificuldades de Regulação Emocional; Rel.= Percepção da Qualidade da Relação.*

### Papel mediador do bem-estar

Os resultados do primeiro modelo de mediação revelaram que a relação entre as dificuldades de regulação emocional e os problemas de internalização foi mediada, parcialmente, pelo bem-estar (confirma-se H7), sendo o efeito indireto de pequena dimensão, ainda que significativo ( $\beta = .01$ ,  $SE = .00$ ,  $p < .001$ , IC 95% [.01, .02]). O modelo de mediação é adequado e explicou 31% da variabilidade dos problemas de internalização ( $F(2, 720) = 162.53$ ,  $p < .001$ ). Em concreto, verifica-se que existe uma relação negativa entre as dificuldades de regulação emocional e o bem-estar, que, por sua vez, apresenta uma relação também negativa com os problemas de internalização, ou seja, quanto mais dificuldades de regulação emocional são sentidas, menor o bem-estar e maiores os problemas de internalização. De referir, ainda, a relação positiva entre as dificuldades de regulação emocional e os problemas de internalização (Figura 2).

### Figura 2.

*Ilustração dos efeitos diretos das Dificuldades de Regulação Emocional para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.*



*Nota.* Os coeficientes representados são estandardizados. Efeito total ( $\beta = .07$ ,  $p < .001$ ).

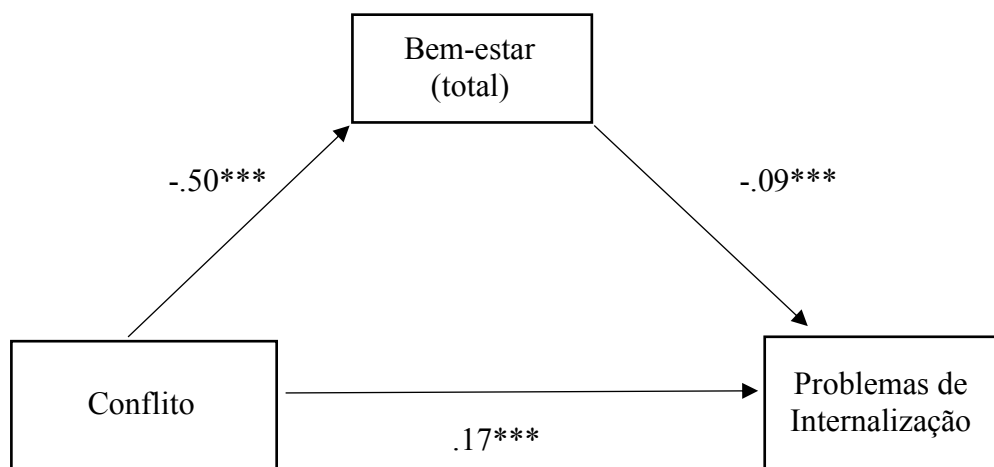
\*\*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$

Os resultados do segundo modelo de mediação revelaram que a relação entre o conflito familiar e os problemas de internalização foi mediada, parcialmente, pelo bem-estar (confirma-se H8.1), sendo o efeito indireto significativo, apesar de ser de pequena dimensão ( $\beta = .04$ ,  $SE = .01$ ,  $p < .001$ , IC 95% [.03, .07]). O modelo de mediação é adequado e explicou 26% da variabilidade dos problemas de internalização ( $F(2, 720) = 123.42$ ,  $p < .001$ ). Especificamente,

existe uma relação negativa entre o conflito e o bem-estar, que, por seu turno, apresenta uma relação também negativa com os problemas de internalização, isto é, quanto maior o conflito familiar, menor o bem-estar e maiores os problemas de internalização. De salientar, ainda, a relação positiva entre o conflito e os problemas de internalização (Figura 3).

**Figura 3.**

*Ilustração dos efeitos diretos do Conflito para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.*



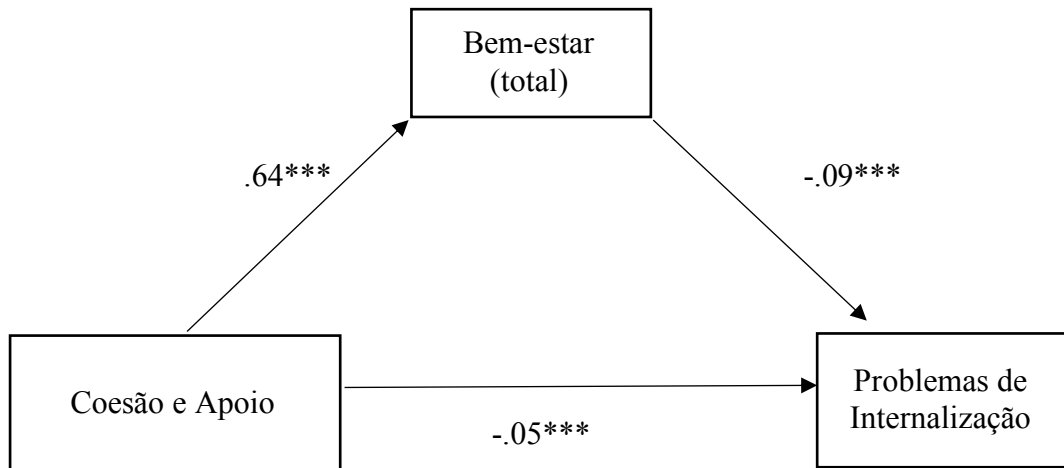
*Nota:* os coeficientes representados são estandardizados. Efeito total ( $\beta = .21, p < .001$ ).

$*** p < .001$

Os resultados do terceiro modelo de mediação revelaram que a relação entre a coesão e apoio familiar e os problemas de internalização foi mediada, parcialmente, pelo bem-estar (confirma-se H8.2), sendo o efeito indireto de pequena dimensão, ainda que significativo ( $\beta = -.06, SE = .01, p < .001, IC\ 95\% [-.08, -.04]$ ). O modelo de mediação é adequado e explicou 19% da variabilidade dos problemas de internalização ( $F(2, 720) = 83.99, p < .001$ ). Em específico, verifica-se que existe uma relação positiva entre a coesão e apoio familiar e o bem-estar, que, por sua vez, apresenta uma relação negativa com os problemas de internalização, ou seja, quanto maior a coesão e apoio familiar, maior o bem-estar e menor os problemas de internalização. De destacar, também, a relação negativa entre a coesão e apoio e os problemas de internalização (Figura 4).

#### Figura 4.

*Ilustração dos efeitos diretos da Coesão e Apoio para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.*



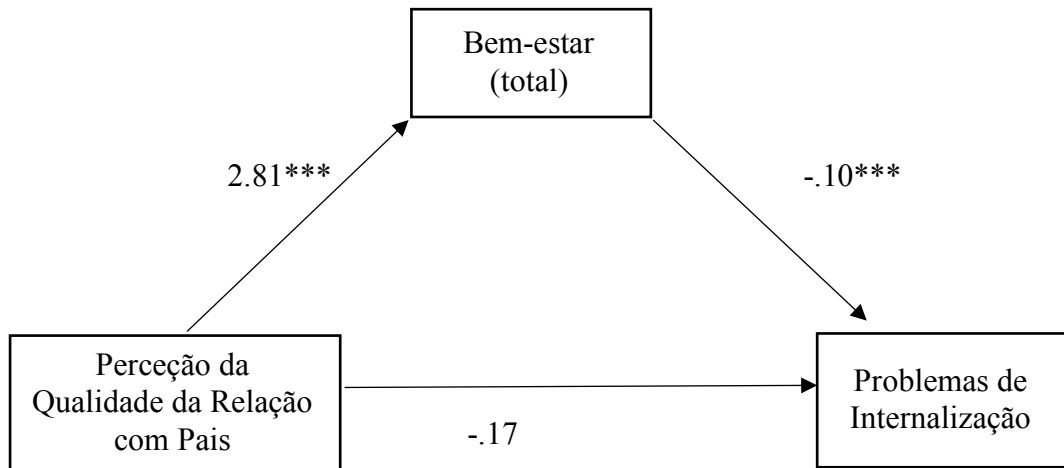
*Nota:* os coeficientes representados são estandardizados. Efeito total ( $\beta = -.11, p < .001$ ).

\*\*\*  $p < .001$

Os resultados do quarto modelo de mediação mostraram que houve uma mediação total, uma vez que não existe relação direta entre a percepção da qualidade da relação com os pares e os problemas de internalização com a inclusão da variável bem-estar (confirma-se H9). Constatou-se, igualmente, que o efeito indireto é significativo ( $\beta = -.27, SE = .05, p < .001, IC\ 95\% [-.37, -.18]$ ). O modelo de mediação é adequado e explicou 18% da variabilidade dos problemas de internalização ( $F(2, 720) = 78.85, p < .001$ ). Concretamente, verifica-se que existe uma relação positiva entre a percepção da qualidade da relação com pais e o bem-estar, que, por sua vez, apresenta uma relação negativa com os problemas de internalização, isto é, quanto maior a percepção da qualidade da relação com os pais, maior o bem-estar e menores os problemas de internalização (Figura 5).

### Figura 5.

*Ilustração dos efeitos diretos da Percepção da Qualidade da Relação com os Pais para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.*



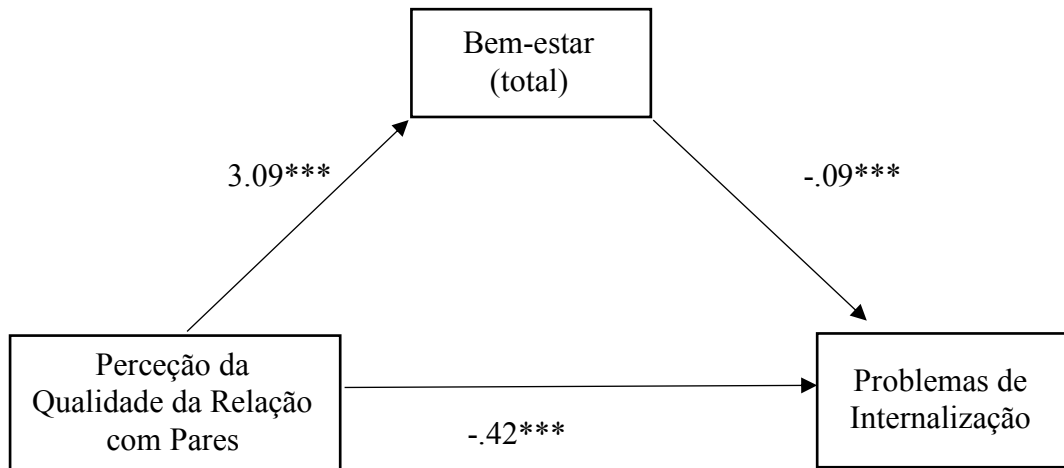
*Nota:* os coeficientes representados são estandardizados. Efeito total ( $\beta = -.44, p < .001$ ).

\*\*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$

Os resultados do quinto modelo de mediação revelaram que a relação entre a percepção da qualidade da relação com os pais e os problemas de internalização foi mediada, parcialmente, pelo bem-estar (confirma-se H10), sendo o efeito indireto significativo ( $\beta = -.27, SE = .07, p < .001, IC\ 95\% [-.42, -.15]$ ). O modelo de mediação é adequado e explicou 21% da variabilidade dos problemas de internalização ( $F(2, 720) = 93.60, p < .001$ ). Especificamente, verifica-se que existe uma relação positiva entre a percepção da qualidade da relação com pais e o bem-estar, que, por seu turno, apresenta uma relação negativa com os problemas de internalização, isto é, quanto maior a percepção da qualidade da relação com os pais, maior o bem-estar e menores os problemas de internalização. De evidenciar, ainda, a relação negativa entre a percepção da qualidade da relação com os pais e os problemas de internalização (Figura 6).

**Figura 6.**

*Ilustração dos efeitos diretos da Percepção da Qualidade da Relação com os Pares para os Problemas de Internalização através do mediador Bem-estar.*



*Nota:* os coeficientes representados são estandardizados. Efeito total ( $\beta = -.69, p < .001$ ). \*\*\*  $p < .001$ .

## Capítulo IV – Discussão dos resultados

Os objetivos principais deste estudo consistiram em compreender a relação entre as dificuldades de regulação emocional, o bem-estar, a percepção da qualidade da relação com os pais e pares, o clima familiar e os problemas de internalização; explorar possíveis diferenças entre os adolescentes com maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização, relativamente às outras variáveis em estudo; e testar o possível efeito mediador do bem-estar nas relações entre as dificuldades de regulação emocional, clima familiar e percepção da qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização. Pretendia-se, assim, com este estudo ampliar o conhecimento científico acerca dos constructos mencionados acima, particularmente, na área da saúde mental na etapa da adolescência.

### **Relação entre dificuldades de regulação emocional, bem-estar, clima familiar, percepção da qualidade da relação com os pais e pares e problemas de internalização dos adolescentes**

Os resultados do presente estudo revelaram a existência de relações significativas entre todas as variáveis do estudo, confirmando-se as hipóteses colocadas.

Constatou-se que, quanto maiores as dificuldades de regulação emocional, menores os níveis de bem-estar, convergindo com o estudo de Freire e Tavares (2011), que verificou que os indivíduos que não apresentavam dificuldades de regulação emocional e utilizavam estratégias adaptativas apresentavam maiores níveis de bem-estar, manifestando felicidade e satisfação com a vida. As dificuldades de regulação emocional relacionaram-se, de igual modo, com níveis mais elevados de conflito e menores níveis de apoio e coesão no contexto familiar. Estes resultados apoiam estudos anteriores que afirmam que o conflito entre os vários elementos da família pode ser disruptivo para o funcionamento familiar e deteriorar o clima emocional, sendo o clima caracterizado por um ambiente de tensão entre os vários familiares, menos positivo e desprovido de coesão (Fosco & Grych, 2012; Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007). Por sua vez, um ambiente familiar caracterizado por coesão, apoio e harmonia, onde os vários elementos conseguem resolver os conflitos de forma ajustada, potencia estratégias de regulação emocional mais adaptadas. O apoio familiar percebido também se relaciona com a regulação emocional dos indivíduos, pois, de acordo com Katz e Hunter (2007), os adolescentes que têm relações calorosas, providas de aceitação e com uma boa percepção de suporte, tendem a apresentar estratégias de regulação emocional mais adaptativas. Deste modo, as crianças que apresentam esta percepção de responsividade e ambiente caloroso sentem-se seguras e com

confiança para expressarem as suas emoções e sentimentos (Kliewer et al., 2004). Tal suporta os resultados do presente estudo: quanto maiores os níveis de dificuldades de regulação emocional, menor é a perceção da qualidade da relação com os pais, mas também com os pares. Recorde-se que, de acordo com Gaspar et al. (2006), os adolescentes que se apresentavam em risco de desenvolverem perturbações mentais tendiam a utilizar estratégias disfuncionais de regulação emocional, evitando a procura de suporte social.

No mesmo sentido, um clima familiar caracterizado por elevados níveis de conflito e baixos níveis de coesão interfere, de forma negativa, com o ajustamento psicológico dos adolescentes e com o seu bem-estar. O presente estudo demonstrou que, quanto maiores os níveis de coesão e apoio familiar, maiores os níveis de bem-estar, confirmando estudos anteriores (Belardinelli et al., 2008; Consulo, 2017; Sullivan & Miklowitz, 2010). Do mesmo modo, os adolescentes com níveis mais elevados de bem-estar relataram uma perceção mais positiva da qualidade da relação com os pais e os pares. Verificou-se, ainda, que maiores níveis de coesão e apoio estão associados a uma maior perceção da qualidade da relação com os pais. Estes resultados convergem com os de Leme, Prette e Coimbra (2015) e Matos e Carvalhosa (2001), que demonstraram que níveis mais elevados de bem-estar estavam associados a níveis mais elevados da perceção de suporte social, nomeadamente fornecido pela própria família, através de um ambiente familiar provido de relações positivas e com maiores níveis de afeto.

De modo semelhante, foram encontradas relações significativas entre o clima familiar e a perceção da qualidade da relação com os pares. Quanto maiores os níveis de conflito no seio familiar, menor a perceção da qualidade da relação com os pares e quanto maiores os níveis de coesão e apoio, maior a perceção da qualidade da relação com os pares. Matos e Carvalhosa (2001) também verificaram que uma boa perceção das relações familiares se relaciona com o suporte do grupo social, pois os indivíduos que manifestavam uma relação harmoniosa, com afeto e coesão entre os seus membros, tendiam a perceber maior suporte do grupo social.

No que se refere aos problemas de internalização, verificou-se que estes estavam associados a maiores dificuldades de regulação emocional sentidas pelos adolescentes, confirmando resultados de estudos anteriores (Coutinho et al., 2009; Silk et al., 2003), bem como a menores níveis de bem-estar (Ferreira, 2015; Melo & Mota, 2014). Neste sentido, importa compreender que, segundo Keyes (2002), baixos níveis de bem-estar subjetivo estão associados a uma avaliação menos positiva da satisfação geral da sua vida (bem-estar emocional), a uma avaliação mais negativa sobre a qualidade das relações com os outros e com o meio envolvente (bem-estar social), e ainda uma menor aceitação pessoal e sentido de vida (bem-estar psicológico). Estes são, de facto, aspetos também frequentemente encontrados em

pacientes com problemas de internalização nos adolescentes (Khazanov & Ruscio, 2016), o que revela a relativa sobreposição que existe entre o *continuum* de saúde mental e de doença mental.

Constatou-se, analogamente, que níveis mais elevados de conflito, no seio das relações familiares estão associados a maiores problemas de internalização e, por sua vez, níveis mais elevados de coesão e apoio no clima familiar a menores problemas de internalização. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores (Paixão et al., 2018; Teodoro, Hess, Saraiva, & Cardoso, 2004). O que reforça a importância do contexto e das relações familiares no surgimento de problemas de internalização, dado que a boa qualidade das relações no seio do ambiente familiar, provida de harmonia e afeto, tem influência no desenvolvimento dos filhos e, conseqüentemente no aparecimento destes problemas (Pratta & Santos, 2007).

### **Diferenças entre grupo clínico e não clínico quanto a problemas de internalização**

Foram encontradas diferenças significativas entre os adolescentes de maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização, relativamente a todas as variáveis em estudo.

Em específico, os adolescentes do grupo clínico relataram maiores dificuldades de regulação emocional. Este resultado vai ao encontro dos resultados dos autores Turk et al. (2005) e Coutinho et al. (2009), os quais demonstraram que indivíduos de uma população clínica, nomeadamente com perturbações humor e ansiedade, apresentavam dificuldades na gestão das próprias emoções, assim como uma limitada compreensão das mesmas. Apresentavam, também, dificuldades em identificar emoções negativas, em controlá-las, em seguir comportamentos dirigidos por objetivos, nos momentos em que experimentam emoções negativas e apresentavam ainda reações negativas face à sua experiência emocional.

Os adolescentes do grupo não clínico registaram maiores níveis de bem-estar, o que vai ao encontro dos resultados de estudos anteriores que compararam adolescentes com e sem problemas de ansiedade e depressão (Derdikman-Eiron et al., 2011), e adolescentes que nunca beneficiaram de acompanhamento psicológico e adolescentes com acompanhamento psicológico (Ferreira, 2015).

Em relação ao ambiente familiar, os adolescentes do grupo clínico apresentaram maiores níveis de conflito e menores de coesão e apoio familiar. Teodoro et al. (2014) também haviam encontrado estes resultados junto de adolescentes com problemas de internalização e externalização, sugerindo que o ambiente familiar tem relevância no ajustamento socioemocional dos seus filhos. Atendendo a que um clima familiar positivo assume, como base, a coesão afetiva entre pais e filhos, o apoio, a confiança, a comunicação empática e a

abertura, estes poderão ser considerados fatores protetores do ajustamento psicológico dos filhos. Neste sentido, a presença de uma relação crítica e agressiva pode estar associada a elevados níveis de conflito, e por sua vez a problemas de internalização dos adolescentes (López et al., 2008).

Na comparação entre estes dois grupos, também se comprovou que os adolescentes com menor risco de apresentarem problemas de internalização evidenciaram níveis mais elevados da percepção da qualidade da relação com os pais e pares. Batista e Oliveira (2004), também demonstraram que os adolescentes que revelavam sintomatologia depressiva apresentavam uma percepção de suporte mais inadequado, comparativamente aos outros participantes, pois estes indivíduos tendiam a perceber o suporte familiar como mais controlador e como menos afetivo. Zhou et al. (2013) também salientam que o apoio social percebido está relacionado com os sintomas de depressão e ansiedade. A influência de um grupo de pares é de extrema importância no desenvolvimento do indivíduo, especificamente na etapa da adolescência, uma vez que há uma relação entre aceitação por parte dos pares e o ajustamento psicossocial do indivíduo, na medida em que há um salto progressivo para uma maior autonomia, na qual se estabelecem relações de lealdade, apoio emocional, compreensão e intimidade.

### **O papel mediador do bem-estar**

Os resultados do presente estudo demonstraram que o bem-estar desempenha um efeito mediador parcial na relação entre as dificuldades de regulação emocional e os problemas de internalização. Tendo em conta a direção dos efeitos diretos obtidos, pode afirmar-se que, quanto mais dificuldades de regulação emocional são sentidas, menor o bem-estar e maiores os problemas de internalização. Uma vez que não existe investigação prévia sobre o efeito mediador do bem-estar nesta relação, estes resultados providenciam novos conhecimentos para o tratamento e compreensão do desajustamento socioemocional nos adolescentes, no sentido em que as dificuldades de regulação emocional estão relacionadas com os problemas de internalização, mas pode haver uma diminuição deste impacto através do desenvolvimento de competências e estratégias que promovam o bem-estar global nos adolescentes.

São, ainda, retiradas novas implicações para o estudo das dificuldades de regulação emocional, dado que desempenham um papel crítico no desenvolvimento e manutenção dos problemas de internalização dos adolescentes, sendo de extrema importância identificar e compreender os défices que promovem a desregulação emocional (Schäfer et al., 2016). De igual modo, importa ressaltar a seleção de estratégias adequadas e flexibilidade na sua aplicação para uma regulação emocional adaptativa, já que estratégias de regulação emocional

desadaptativas são indicadas como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Aldao et al., 2010).

Verificou-se, de igual forma, que o bem-estar desempenha um efeito mediador parcial na relação entre o clima familiar e os problemas de internalização. Tendo em consideração os efeitos diretos, níveis mais elevados de conflito familiar estão associados a menor bem-estar dos adolescentes, o que, por sua vez, se associa a maiores problemas de internalização. Do mesmo modo, níveis elevados de coesão e apoio no seio familiar atuam como potenciadores do bem-estar, o que, por seu turno, se alia a menos problemas de internalização nos adolescentes. Estes resultados permitem a compreensão mais aprofundada das relações entre os constructos analisados, pois há uma associação entre o conflito e a coesão e o apoio familiar com os problemas de internalização; porém, estas associações podem sofrer alterações com a influência do bem-estar. Neste sentido, a promoção do bem-estar global nos indivíduos irá influenciar a relação entre os conflitos familiares e o desenvolvimento de problemas de internalização, como também terá impacto num ambiente familiar provido de coesão e apoio e a promoção de um ajustamento psicossocial dos indivíduos.

Um clima familiar conflituoso e pouco coeso influencia o desajustamento psicológico, como também o bem-estar dos adolescentes (Sullivan & Miklowitz, 2010). Saliente-se, neste sentido, a importância de características positivas no ambiente familiar que podem atenuar o desenvolvimento de problemas de internalização nos adolescentes, como um ambiente familiar com a presença de apoio e menores níveis de conflito (Paixão et al., 2018). O apoio parental é de extrema importância no ajustamento dos adolescentes, sendo muitas vezes apontado como um potenciador de bem-estar.

Constatou-se que o bem-estar mediou totalmente a relação entre a perceção da qualidade da relação com os pais e os problemas de internalização, tendo por base os efeitos diretos que indicam que, quanto maior a perceção da qualidade da relação com os pais, maior o bem-estar e menores os problemas de internalização. Este resultado é de extrema importância, pois a introdução do bem-estar na relação entre a perceção da qualidade da relação com os pais e os problemas de internalização acrescenta valor explicativo ao modelo, tornando-o mais complexo e próximo da realidade. Neste sentido, os problemas de internalização podem ser preditores pela perceção da qualidade da relação com os pais apenas através da diminuição dos níveis de bem-estar dos adolescentes. Estes dados reforçam a importância da qualidade destas relações em ambos os constructos (Herrenkohl et al., 2012), uma vez que a manutenção da saúde familiar depende da boa qualidade das interações entre os seus elementos e da relação destes com o meio envolvente (Pratta & Santos, 2007).

Demonstrou-se, ainda, que o bem-estar desempenha um efeito mediador parcial na relação entre a percepção da qualidade da relação com os pares e os problemas de internalização. Segundo os efeitos diretos, quanto maior a percepção da qualidade da relação com os pares, maior o bem-estar e menores os problemas de internalização. Tais resultados sugerem que a relação entre a percepção da qualidade da relação com os pares e os problemas de internalização também pode ser explicada com a introdução da variável bem-estar, ou seja, promover o bem-estar pode reduzir os problemas de internalização ou proteger os adolescentes de os desenvolverem no futuro (Zhou et al., 2013). É importante salientar, nesta linha de ideias, que a percepção de apoio social é de extrema importância para os jovens e apresenta uma relação com os problemas de internalização (Antunes & Fontaine, 2008), sendo inclusive considerado por alguns autores como o fator de maior relevância para o bem-estar dos adolescentes (Jiménez-Iglesias, Camacho, Rivera, Moreno, & Matos, 2017).

É de destacar que, segundo sabemos, não existe investigação prévia sobre o efeito mediador do bem-estar nos constructos analisados e os problemas de internalização, pelo que estes resultados inovadores providenciam novos conhecimentos em relação ao (des)ajustamento socioemocional nos adolescentes. De facto, a maioria das investigações atuais sobre o bem-estar aposta em constructos mediadores que influenciam o bem-estar (e.g., Huang, Shi, & Liu, 2018; Roemer & Harris, 2018; Yu, & Luo, 2018) e não no bem-estar como mediador. No presente estudo, o bem-estar revelou-se, assim, como um constructo bastante importante na vida dos indivíduos, devendo, por isso, ser considerado no âmbito do diagnóstico, tratamento e prevenção de problemas de internalização nos adolescentes.

### **Limitações e sugestões para estudos futuros**

Como principais limitações na presente investigação, salienta-se, relativamente à recolha de dados, o facto de a amostragem não ter sido aleatória, para além de constituída apenas por participantes residentes na área da Grande Lisboa e Arquipélago dos Açores e, por isso, não representativa da total população portuguesa, constituindo um entrave à generalização dos resultados para o país. Acrescenta-se também como limitação o reduzido número da amostra considerada clínica, como também o modo de dedução desta, uma vez que neste estudo o grupo clínico diz respeito ao grupo de participantes que apresentaram uma pontuação elevada numa das escalas dos Sintomas Emocionais e/ou dos Problemas de Relacionamento com os Colegas, e não no sentido de ter sido realizado ou reportado algum tipo de diagnóstico clínico.

No que diz respeito aos instrumentos de medida, o facto de a percepção da qualidade da relação com os pais e pares ter sido avaliada através da junção de itens isolados é uma limitação,

devendo estudos futuros utilizar instrumentos mais robustos para a avaliação do suporte social percebido. Os resultados podem, ainda, ter sido enviesados por respostas de desejabilidade social, ou respostas ao acaso, dado que foram utilizados apenas questionários de autorrelato. Uma vez que o contexto de aplicação foi em sala de aula, em grupo, os participantes podem não ter investido no preenchimento do protocolo, existindo, em paralelo, a hipótese de terem surgido dúvidas que não foram explicadas, por ausência de pedido de esclarecimento.

Estudos futuros deverão explorar o papel do bem-estar como mediador da relação entre outras variáveis, como, por exemplo, a comunicação e estratégias de *coping*, e explorar a influência de outros indicadores que contribuem para o bem-estar subjetivo dos adolescentes. Será, também, importante a replicação deste estudo com recurso à comparação entre a população clínica e não clínica, sendo os participantes da população clínica adolescentes com diagnóstico médico de perturbações de internalização. Neste caso, a recolha de dados deverá ocorrer em instituições específicas (e.g., centros de saúde, hospitais), e não na comunidade escolar.

Para além de uma investigação longitudinal, que permita verificar a estabilidade das relações encontradas no presente estudo e procurar relações de causalidade, seria igualmente importante a realização de um estudo misto, de forma a aprofundar algumas variáveis que podem interferir com os problemas de internalização dos adolescentes, como os estilos de comunicação utilizados no contexto familiar ou outras estratégias de regulação emocional utilizadas.

### **Implicações para a prática**

Os resultados deste estudo podem ser relevantes para a intervenção com adolescentes, quer no sentido de prevenção dos problemas de internalização, quer da promoção do seu bem-estar no contexto de intervenção psicoterapêutica. Neste sentido, será relevante promover estratégias de regulação emocional mais adaptativas, ajudar a conceptualizar as dificuldades e encontrar alternativas mais viáveis de autorregulação; promover o espírito de pertença a um grupo e a criar relações de suporte adequadas; promover o bem-estar a vários níveis, nomeadamente emocional, social e psicológico; bem como promover relações familiares com elevados níveis de coesão e apoio, devolvendo estratégias para a resolução de conflitos no seio do ambiente familiar.

Os resultados também providenciam informações relevantes para o desenho de programas de prevenção da psicopatologia nos adolescentes, bem como de promoção de comportamentos saudáveis e do bem-estar global. Deste modo, parece ser relevante o foco em

diferentes dimensões, por exemplo, a literacia emocional, a consciencialização das diferentes manifestações das emoções, expressão e diferenciação emocional, facilitação da adoção de atitudes e comportamentos ajustados perante situações emocionais intensas, potenciar o sentido de pertença a um grupo, promover o conhecimento interpessoal, fornecer estratégias de resolução de problemas, como também promover interações familiares positivas.

## Capítulo V- Conclusão

A adolescência é um período muito importante no processo de desenvolvimento dos indivíduos. Nesta etapa provida de alterações biológicas, psicológicas, culturais e psicossociais, há uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de internalização, nomeadamente, a ansiedade e a depressão.

A presente investigação permitiu dar mais um passo na produção científica na área da saúde mental na adolescência, sendo este um domínio sobre o qual ainda há muito por explorar. Neste sentido, destaca-se como um dos principais resultados a função mediadora do bem-estar entre as dificuldades de regulação emocional, o clima familiar e a perceção da qualidade da relação com os pais e pares com a variável dos problemas de internalização. Saliente-se que o bem-estar é um constructo muito relevante no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, tendo impacto em vários âmbitos e contextos do quotidiano destes. É, desta forma, de extrema importância promovê-lo junto dos adolescentes, com o intuito de melhorar o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida destes.

Destaque-se, também, que, quando comparados os adolescentes com maior e menor risco de apresentarem problemas de internalização (grupo clínico e não clínico, respetivamente), o grupo clínico evidenciou maiores dificuldades de regulação emocional, menor perceção da qualidade da relação com os pais e pares, maior conflito e menor coesão e apoio no seio das interações familiares. Estes resultados, para além de apelarem para as diferenças existentes entre estes grupos, evidenciam a importância de trabalhar estes constructos nos grupos e populações clínicas, uma vez que têm impacto na sua realidade.

Foi, igualmente, registada a existência de associações entre as diversas variáveis, verificando-se que os problemas de internalização se associam às dificuldades de regulação emocional, ao clima familiar (nomeadamente o conflito e coesão e apoio), à perceção da qualidade da relação com os pais e com os pares, como também com o bem-estar. Este último, por sua vez, também está relacionado com as dificuldades de regulação emocional, com o clima familiar e com a perceção da qualidade da relação com os pais e com os pares. As relações encontradas revelam, assim, o impacto destas variáveis no (des)ajustamento socioemocional dos jovens, como também a importância da relação entre elas.

Os resultados apresentados podem ser considerados um relevante contributo para a investigação, uma vez que são fenómenos recentemente estudados e valorizados na prevenção da saúde e do bem-estar dos adolescentes. Para além disso, fornecem informações relevantes para o desenho de programas de prevenção da psicopatologia e da promoção de

comportamentos saudáveis, como também no âmbito da prática clínica para a intervenção com adolescentes. Todavia, necessitam de ser aprofundados, constituindo-se, assim, como potenciadores de estudos futuros nesta área.

## Referências bibliográficas

- Abela, J. R. Z. & Hankin, B. L. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Adams, R. E. & Laursen, B. (2007). The correlates of conflict: Disagreement is not necessarily detrimental. *Journal of Family Psychology, 21*, 445-458.
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 15*, 11–25.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Alsaker F. & Dick-Niederhauser A. (2008). Depression and suicide. In: Jackson, S., Goosens, L., (Eds). *Handbook of adolescent development* (pp. 308-36). Hove: Public Press.
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antunes, A. & Fontaine, A. M. (2008). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia (Ribeirão Preto), 15*(32), 355-366.
- Bagwell, C., Schmidt, M., Newcomb, A. & Bukowski, W. (2001). Friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child and Adolescent Development, 91*, 25-49.
- Bariola, E., Gullone, E. & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*, 198-212.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*, 1247–1263. doi:10.1037/0003-066X.55.11.1247
- Barrett, P. M. (1998). O tratamento da ansiedade das crianças: Análise de alguns aspectos relativos aos acontecimentos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 2*, 97-127.
- Batista, M. N. & Oliveira, A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 14*(3), 58-67.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide among young people. *Austral NZ J Psychiat*, 34, 420–36.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Behrendt, S. (2014). lm.beta: Add Standardized Regression Coefficients to lm-Objects. R package version 1.5-1. <https://CRAN.R-project.org/package=lm.beta>.
- Belardinelli, C., Hatch, J. P., Olvera, R. L., Fonseca, M., Caetano, S. C., Nicoletti, M., Pliszka, S., & Soares, J. C. (2008) Family environment patterns in families with bipolar children. *Journal of Affective Disorders*, 107, 299-305. doi:10.1016/j.jad.2007.08.011
- Benetti, S. P. C. (2006). Conflito Conjugal: Impacto no Desenvolvimento Psicológico da Criança e do Adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 261-268.
- Benetti, S. P. C, Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R. A., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *PsicoUSF*, 15(3), 321-332. doi: 10.1590/S1413-82712010000300006
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: the link between Subjective Well-Being, Internal Resources and Parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 67-79.
- Bernik, M. (2000). Relevância médico-social do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(1), 5-8.
- Berthoz, S., Ouhayoun, B., Parage, N., Kirzenbaum, M., Bourgey, M., & Allilaire, J.F. (2000). Étude préliminaire des niveaux de conscience émotionnelle chez des patients déprimés et des controles [Preliminary study of the levels of emotional awareness in depressed patients and controls]. *Annales Médico-Psychologiques*, 158(8), 665–672.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Buckholdt, K. E., Kitzmann, K. M., & Cohen, R. (2014a). Parent emotion coaching buffers the psychological effects of poor peer relations in the classroom. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(1), 23-41. doi:10.1177/0265407514562560
- Caldas de Almeida, J. M. & Xavier, M. (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório*. Universidade Nova de Lisboa.
- Cardoso, B. M. (2010). *Problemas emocionais e de comportamento e relações familiares em adolescentes*, Tese de Mestrado, São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
- Chang, K. D., Blasey, C., Ketter, T. A., & Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3(2), 73-78.

- Cicchetti, D., Ackerman, B. P. & Izard (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. *Journal of Education, Technologies, and Health*, 32 (11), 185-196.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Contradt, E. & Ablow, J. (2010). Infant physiological response to the still-face paradigm: contributions of maternal sensitivity and infants' early regulatory behavior. *Infant Behavior & Development*, 33, 251– 265. doi:10.1016/j.infbeh.2010.01.001
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L. Boeldt, D., Corley, R. C. Ehringer, M. A., et al. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 109–123.
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J.S. & Dierker, L.C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 173-183.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–44.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., ... Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological psychiatry*, 52(6), 529–42.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com os sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (4), 145-51.
- Creed, P.A., Patton, W., Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment*, 10, 42-61.
- Cunsolo, S. (2017). Subjective wellbeing during adolescence: a literature review on key factors relating to adolescent's subjective wellbeing and education outcomes. *Studi sulla Formazione*, 20, 81-94.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 145–50.

- Davidson, L. M., Demaray, M. K., Malecki, C. K., Ellonen, N., & Korkiamäki, R. (2008). United States and Finnish Adolescents' Perceptions of Social Support. *School Psychology International, 29*(3), 363–375.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G., Bkken, I. J. & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial function in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trondelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*, 261- 267.
- Dickey, W., & Blumberg, S. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(9), 1159–1167.
- Eastabrook, J. M., Flynn, J. J., & Hollenstein, T. (2014). Internalizing symptoms in female adolescents: Associations with emotional awareness and emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies, 23*(3), 487–496.
- Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F. & Silva, P.C. (2011). Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e adolescência: um estudo retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa, 24*(6), 925-934.
- Ferreira, C. (2015). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*, Tese de Mestrado, Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 18*(2), 7-34.
- Fosco, G., M. & Grych, J. H. (2012). Capturing the Family Context of Emotion Regulation: A Family Systems Model Comparison Approach. *Journal of Family Issues, 34* (4), 557-578.
- Fox, J. & Weisberg, S. (2011). *An {R} Companion to Applied Regression*, Second Edition. Thousand Oaks CA: Sage. URL: <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>.
- Francisco, R. (2015). *Inventário de Clima Familiar: Versão Portuguesa* (versão para investigação). Universidade Católica Portuguesa.
- Frank, E. & Harrell J., with contributions from Charles Dupont and many others. (2018). Hmisc: Harrell Miscellaneous. R package version 4.1-1. <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>.

- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Garcia, C. (2010). Conceptualization and measurement of *coping* during adolescence: A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42, 166–85. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.
- Gauy, F.V., & Rocha, M. M. (2014). Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas em Psicologia*, 22, 783-793.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467-483.
- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18, 253–273.
- Goodman, A., Lamping, D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social Personal Relationships*, 2, 351-375.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Gratz, K. M., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T. & Lejuez, C. W. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115* (4), 850-855.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224–237.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 36*, 281–291.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348–362.
- Hambour, V. K., Zimmer-Gembeck, M. J., Clear, S., Rowe, S., & Avdagic, E. (2018). Emotion regulation and mindfulness in adolescents: Conceptual and empirical connection and associations with social anxiety symptoms. *Personality and Individual Differences, 134*, 7-12. doi:10.1016/j.paid.2018.05.037
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*, 773–796. doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773
- Hartput, W. (1999). The company they keep: friendships and their developmental significance. Em: R. Muuss & H. Porton (Orgs.) *Adolescent Behavior* (pp.144-157). USA: McGraw-Hill College.
- Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Kosterman, R., & Hawkins, J. D. (2012). Family Influences Related to Adult Substance Use and Mental Health Problems: A Developmental Analysis of Child and Adolescent Predictors. *Journal of Adolescent Health, 51*, 129-135. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.003
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*, 314-321.
- Huang, J., Shi, H., & Liu, W. (2018). Emotional Intelligence and Subjective Well-being: Altruistic Behavior as a Mediator. *Social Behavior and Personality, 46*(5), 749-758.
- Issler, C., Sant'Anna, M., Kapczinski, F., & Lafer, B. (2004). Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(3), 31-36.

- Jiménez-Iglesias, A., Camacho, I., Rivera, F., Moreno, C., & Matos, M. G. (2017). Social support from developmental contexts and adolescent substance use and well-being: a comparative study of Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, *20*, 1-10.
- Katz, L. F. & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development*, *16*(2), 343-360. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00388.x
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121-140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, *43*, 207-222.
- Khazanov, G. K. & Ruscio, A. M. (2016). Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 991-1015.
- Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walker, J. M., Atiyeh, C., ... Mejia, R. (2004). Violence exposure and adjustment in innercity youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver – child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 477 – 487. doi: 10.1207/s15374424jccp3303\_5
- Kocayoruk E., Altintas, E., & Mehmer, A. I. (2015). The perceived Parental support, Autonomous- Self and Well-being of Adolescents: A cluster-Analysis Approach. *Journal Child Fam Stud*, *24*, 1819-1828.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *34*, 49–61.
- La Greca, A. M., & López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 83–94.
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M. & Wilson, S. (2002). Continuity, stability and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, *4*(73), 1151-1165.
- Larson, R. & Richards, M. (1994). Family emotions: Do young adolescents and their parents experience the same states? *Journal of Research on Adolescence*, *4*(4), 567-583.
- Laursen, B. & Mooney, K. S. (2008). Relationship network quality: adolescent adjustment and perceptions of relationships with parents and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(1), 47-53.
- Lee, S., Ma, Y. & Tsang, A. (2011). A community study of generalized anxiety disorder with vs. without health anxiety in Hong Kong. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 376-380.

- Leme, V., Prette, Z. & Coimbra, S. (2015). Social Skills, Social Support and Well-Being in Adolescents of Different Family Configurations. *Paidéia*, 25(60), 9-18.
- Leusin, J. F., Petrucci, G. W. & Borsa, J. C. (2018). Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 19(1), 49-61.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747–766.
- Lopez, B., Turner, R. & Saavedra, L. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 275-294.
- López, E., Pérez, S., Ochoa, G. & Ruiz, D. (2008). Clima Familiar, Clima Escolar y Satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Manfro, G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 26-29.
- Marinho, M. L. & Caballo, V. (2002). Comportamento anti-social infantil e seu impacto para a competência social. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3 (2), 141-147.
- Martin, K. M., & Huebner, E. S. (2007). Peer victimization and prosocial experiences and emotional well-being of middle school students. *Psychology in the Schools*, 44, 199–208. doi:10.1002/pits.20216
- Martins, P. O., Trindade, Z. A. & Almeida, A. M. O. (2003). O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16(3), 555-568.
- Matos, A.P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *PSYCHOLOGICA*, 53, 131-156.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. F. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43-53.
- Masters, M. R., Zimmer-Gembeck, M. & Farrell, L. J. (2018). Transactional associations between adolescents' emotion dysregulation and symptoms of social anxiety and depression: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 00(0), 1-25.

- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 685-703.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(9), 544-554.
- Melo, E. M., Faria, H. P., Melo, A. M., Chaves, A. B. & Machado, P. (2005). Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *21* (1), 39-48.
- Melo, O. S. & Mota, C. P. (2014). Protótipos de vinculação amorosa: Bem-estar psicológico e psicopatologia em jovens de famílias intactas e divorciadas. *Análise Psicológica*, *3*, 307-322.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 85-90.
- Meyer, D., Zeileis, A. & Hornik, K. (2006). The Strucplot Framework: Visualizing Multi-Way Contingency Tables with vcd. *Journal of Statistical Software*, *17*(3), 1-48. URL <http://www.jstatsoft.org/v17/i03/>.
- Mirisola, A. & Seta, L. (2016). pequod: Moderated Regression Package. R package version 0.0-5. <https://CRAN.R-project.org/package=pequod>.
- Monti, J.M. & Monti, D. (2000). Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Medicine Reviews*, *4*(3), 263-276.
- Moore, M. C. & Carr, A. (2000). Depression and Grief. In *What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and Their Families*, edited by A. Carr, 203-32. Florence, Ky.: Taylor & Francis/Routledge.
- Morawska, A., & Thompson, E. (2009). Parent Problem Checklist: Measure of parent conflict. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(3), 260-269.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, *16*, 361-388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Muris, P., Meesters, C.M.G. & Van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived practices rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *12*, 171-183.

- Nunes, S. A. N. (2012). *Contribuições da qualidade do vínculo de apego e das práticas parentais nos problemas externalizantes e internalizantes dos filhos*, Tese de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Oliva, A., Parra, A. (2004). *Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.). Familia y desarrollo psicológico* (pp. 96-123). Madrid: Pearson.Prentice-Hall.
- Oppenheimer, C. W., Ladouceur, C. D., Waller, J. M., Ryan, N. D., Allen, K. B., Sheeber, L., Forbes, E. E., Dahl, R.E., & Silk, J. S. (2016). Emotion Socialization in Anxious Youth: Parenting Buffers Emotional Reactivity to Peer Negative Evens. *Journal Abnormal Child Psychology*, 44, 1267-1278.
- Paixão, R. F., Patias, N. D. & Dell’Aglío. D. D. (2018). Relações entre Violência, clima Familiar e Transtornos Mentais na Adolescência. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 109-122.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. (2nd ed.). New York: Open University Press.
- Palomar-Lever, J. & Victorio-Estrada, A. (2014), Determinants of Subjective Well-Being in Adolescent Children of Recipients of the Oportunidades Human Development Program in Mexico. *Social Indicators Research*, 118(1), 103-124.
- Parsons, C. (2003). Caring for adolescents and families in crisis. *Nursing Clinics of North America*, 38(1), 111-122. doi: 10.1016/ S0029-6465(02)00071-3
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(2), 247-256.
- Ranøyen, I., Klöckner, C. A., Wallander, J., & Jozefiak, T. (2015). Associations Between Internalizing Problems in Adolescent Daughters Versus Sons and Mental Health Problems in Mothers Versus Fathers (The HUNT Study). *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 2008–2020.
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Revelle, W. (2017) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.7.3.

- Rimehaug, T. & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: the HUNT2 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 713-721.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chan, W. (2009). One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 405-415.
- Roemer, A. & Harris, C. (2018). Perceived organizational support and well-being: The role of psychological capital as a mediator. *SA Journal of Industrial Psychology*, *44*, 1-11.
- Rosa, M. F. (2013). *Estilos parentais e problemas psicológicos em adolescentes*, Tese de Mestrado, Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., & de Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *26(4)*, 643-652.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *158*, 760-765. doi:10.1001/archpedi.158.8.760
- Sarriera, J. C., Bedin, L., Abs, D., Calza T., & Casas, F. (2005), Relationship between social support, life satisfaction and subjective well-being in Brazilian adolescents. *Universitas Psychologica*, *14(2)*, 459-474.
- Sawyer, M. G., Miller-Lewis, L. R., & Clark, J. J. (2006). The mental health of 13-17 year-olds in Australia: Findings from the national survey of mental health and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, *36(2)*, 185-194.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*. doi:10.1007/s10964-016-0585-0
- Scholte, R. H. J., Lieshout, C. F. M., & Aken, M. A. G. (2001). Perceived relational support in adolescence: Dimensions, configurations, and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, *11* (1), 71-94.
- Silk, J. S., Steinberg, L., Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, *74*, 1869-80.
- Sullivan, A. E., & Miklowitz, D. J. (2010) Family functioning among adolescents with bipolar disorder. *Family Psychology*, *24*, 60-67.

- Teodoro, M., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, *11*(3), 27-39.
- Teodoro, M., Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. H. (2010). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *23*(2), 324-333.
- Teodoro, M., Hess, A., Saraiva, L. & Cardoso, B. (2014). Problemas Emocionais e de Comportamento e Clima Familiar em Adolescentes e seus Pais. *Psico*, *45*(2), 168-175.
- Thompson, R. A., Lewis, M. D., & Calkins, S. D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, *2*(3), 124–131.
- Tingley D., Yamamoto T., Hirose, K., Keele, L., & Imai, K. (2014). mediation: R Package for Causal Mediation Analysis. *Journal of Statistical Software*, *59*(5), 1-38. URL <http://www.jstatsoft.org/v59/i05/>.
- Turk, C., L., Heimberg, R. G., Luterek, J., A., Mennin, D., S., & Fresco, D., M., (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 89-106.
- Ulrich-French, S. & Smith, A. L. (2006). Perceptions of relationships with parents and peers in youth sport: Independent and combined prediction of motivational outcomes. *Psychology of Sport and Exercise*, *7*, 193-214.
- Venables, W. N. & Ripley, B. D. (2002) Modern Applied Statistics with S. Fourth Edition. Springer, New York. ISBN 0-387-95457-0.
- Venta, A., Sharp, C., & Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment*, *24*(1), 240-248.
- Vitolo, Y. L., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. (2005). Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Revista de Saúde Pública*, *39*, 716-724.
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, *8*, 1-5.
- Wei, T. & Simko, V. (2017). R package "corrplot": Visualization of a Correlation Matrix (Version 0.84). Available from <https://github.com/taiyun/corrplot>.
- Westenberg, P. M., Siebelink, B. M., & Treffers, A. (2000). *Psychosocial developmental theory in relation to anxiety and its disorders*. In W.K. Silverman & A. Treffers (Eds.), *Anxiety Disorders in Children: Research, Assessment, and Intervention*. (pp. 72-89). Cambridge: Cambridge University Press.

- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.
- Wood, A. & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*, 213-217.
- World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health.
- Yap, M. B. H., Schwartz, O. S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., & Allen, N.B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence, 20*(4), 1014-1043.
- Yu, Y. & Luo J. (2018). Dispositional Optimism and Well-being in College Students: Self-efficacy as a Mediator. *Social Behavior and Personality, 46*(5), 783-792.
- Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., & Cai, T. (2013). Perceived Social Support as Moderator of Perfectionism, Depression, and Anxiety in College Students. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 41*(7), 1141–1152.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development, 35*, 1–17.
- Zolog, T. C., Jané-Ballabriga, M. C., Bonillo-Martin, A., Canals-Sans, J., Hernandez-Martinez, C., Romero-Acosta, K., & Domenech-Llaberia, E. (2011). Age, gender and negative life events in anxiety and depression self-reports at preadolescence and early adolescence. *Ansiedad y Estrés, 17*(2-3), 113-124.

## **Anexos**

## **Anexo A**



**CATOLICA**

**CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR  
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING**

---

LISBOA

**PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

**N.º** \_\_\_ / \_\_\_

**2018**

## Consentimento Informado

### *Saúde, bem-estar e (des)ajustamento socioemocional em adolescentes*

A investigação para a qual pedimos a sua colaboração está a ser realizada por um grupo de investigadores do CRC-W (*Catolica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing*), da Universidade Católica Portuguesa, em parceria com a Direção-Geral de Saúde.

Temos como objetivo compreender a forma como os adolescentes atualmente lidam com os desafios da adolescência e identificar fatores que possam contribuir para o seu bem-estar e saúde em geral. Para tal, reunimos um conjunto de questões elaboradas especificamente para os jovens que responderão de acordo com a sua experiência e opinião pessoais.

A participação no estudo é voluntária e os dados disponibilizados são anónimos e confidenciais. Os resultados não serão analisados individualmente, mas sim em termos gerais, juntamente com as respostas dos outros participantes. Não haverá quaisquer consequências para quem se recusar participar.

---

Tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim.

Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Rúbrica (*por favor não indicar o nome ou outro dado que permita a sua identificação*): \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Se tiver dúvidas ou questões sobre o estudo pode contactar-nos:

Rita Francisco, [ritafrancisco@ucp.pt](mailto:ritafrancisco@ucp.pt)

*Investigadora Principal/Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas (UCP)*

Beatriz Raposo, [Raposo\\_Bia@hotmail.com](mailto:Raposo_Bia@hotmail.com)

Mónica Sesifredo, [sesifredo.m@gmail.com](mailto:sesifredo.m@gmail.com)

*Alunas do Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde (FCH-UCP)*

É muito importante que leia atentamente e **responda a todas as questões**. Deixar questões em branco inutiliza todo o questionário e impossibilita que as suas respostas sejam incluídas na investigação.

**Quando não tiver a certeza acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.**

**1. Sexo**

Feminino  Masculino

**2. Idade**

\_\_\_ anos

**3. Ano de escolaridade**

\_\_\_\_\_º ano

**4. Peso e altura (aproximados)**

\_\_\_\_\_ kg    \_\_\_\_\_ cm

**5. Zona de Residência Habitual**

Norte     Centro     Grande Lisboa     Arq. Madeira  
 Algarve     Alentejo     Arq. Açores     Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**6. Com quem habita?**

\_\_\_\_\_

**7. Irmãos**

Número de irmãos \_\_\_\_

**8. Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?**

Nunca teve     Teve no passado     Tem atualmente

**9. Pais – Estado Civil**

**9.1. Pai**

Casado/União de Facto  
 Divorciado/Separado  
 Viúvo  
 Solteiro  
 Não sei

**9.2. Mãe**

Casada/União de Facto  
 Divorciada/Separada  
 Viúva  
 Solteira  
 Não sei

**10. Profissão dos Pais**

**10.1. Pai** \_\_\_\_\_

**10.2. Mãe** \_\_\_\_\_

**11. Nível de Escolaridade dos Pais**

**11.1. Pai**

Até 4º ano  
 5º a 6º ano  
 7º a 9º ano  
 10º a 12º ano  
 Licenciatura  
 Mestrado/Doutoramento

**11.2. Mãe**

Até 4º ano  
 5º a 6º ano  
 7º a 9º ano  
 10º a 12º ano  
 Licenciatura  
 Mestrado/Doutoramento

## 12. Como considera ser a sua relação com...

### 12.1. ...o seu Pai

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

### 12.3. ...os seus Amigos

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

### 12.5. ...o(a) seu(sua) Namorado(a) (Se não tiver namorado(a), passe à questão seguinte)

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

### 12.2. ...a sua Mãe

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

### 12.4. ...os seus Colegas de Turma

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

## 13. Assinale com um X a pessoa com quem conversa quando tem um problema (Pode escolher mais do que uma opção)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mãe                   | <input type="checkbox"/> Amigo(a)   |
| <input type="checkbox"/> Pai                   | <input type="checkbox"/> Namorado(a)  |
| <input type="checkbox"/> Madrasta              | <input type="checkbox"/> Professor(a)   |
| <input type="checkbox"/> Padrasto              | <input type="checkbox"/> Treinador(a)   |
| <input type="checkbox"/> Irmão/Meio-irmão      | <input type="checkbox"/> Psicólogo(a)   |
| <input type="checkbox"/> Irmã/Meia-irmã        | <input type="checkbox"/> Padre/Pastor   |
| <input type="checkbox"/> Outro familiar: _____ | <input type="checkbox"/> Outra pessoa: _____ <input type="checkbox"/> Ninguém |

## 14. Quantos dias por semana normalmente fica com os seus amigos/colegas depois das aulas?

- 0 dias     1 dia     2 dias     3 dias     4 dias     5 dias     6 dias

## 15. Os meus colegas da escola aceitam-me como sou...

- A maior parte das vezes é verdade
- Não é verdadeiro nem falso
- A maior parte das vezes é falso

## 16. Hábitos de Vida

### 16.1. Nos últimos 7 dias, quantos dias praticou atividade física num total de pelo menos 60 minutos por dia (p.e., ginástica, desporto, jogar futebol, ir a pé para a escola, limpar o pó, varrer, etc)?

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 dias | <input type="checkbox"/> 4 dias |
| <input type="checkbox"/> 1 dia  | <input type="checkbox"/> 5 dias |
| <input type="checkbox"/> 2 dias | <input type="checkbox"/> 6 dias |
| <input type="checkbox"/> 3 dias | <input type="checkbox"/> 7 dias |

**16.2 No seu tempo livre, durante a semana, quantas horas por dia costuma ver televisão, incluindo vídeo e DVD?**

- Nenhuma     Cerca de meia hora a 1h/dia     Cerca de 1 a 3h/dia     4 ou mais horas/dia

**16.3 Nas várias épocas do ano como gosta de ocupar os seus tempos livres?**

- Ouvir música     Ir à praia  
 Jogar às cartas, jogos de vídeo ou computador     Dormir  
 Conversar com os amigos     Ler  
 Ver televisão ou vídeo     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**17. Nos últimos 6 meses, com que frequência sentiu o seguinte? (Assinale 1 resposta por cada linha)**

	Diariamente	Às vezes	Nunca
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar deprimido(a) (com tristeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Uso de Substâncias**

**18.1 Quantas vezes fuma tabaco?**

- Todos os dias     Pelo menos 1 vez por semana     Eu não fumo

**18.2 Com que frequência bebe alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho ou bebidas destiladas (whisky, vodka, shots, etc.)? Tente responder em relação a todas as vezes que bebeu, mesmo em pequenas quantidades.**

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca
Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas destiladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18.3 Já alguma vez ficou embriagado (“apanhou uma bebedeira”)?**

- Não, nunca     Sim, uma vez     Sim, 2 a 3 vezes     Sim, mais de 4 vezes

**18.4 Já alguma vez experimentou algum destes produtos?**

- Medicamentos para ficar mais calmo ou mais ativo (sem receita médica)  
 Estimulantes (“speeds”)  
 Heroína  
 Haxixe  
 Cocaína  
 Ecstasy  
 Cola sintética ou solvente  
 LSD

Outro produto. Qual? \_\_\_\_\_

### 18.5 Quantas vezes consumiu drogas no último mês?

Nenhuma       Uma vez       Mais do que uma vez       Consumo regularmente

## 19. Violência

### 19.1 Quantas vezes foi provocado na escola, nos últimos 2 meses?

- Não fui provocado na escola, nos últimos 2 meses
- Aconteceu apenas uma a duas vezes
- Duas ou 3 vezes num mês
- Cerca de uma vez por semana
- Diversas vezes por semana

### 19.2 Quantas vezes tomou parte em provocações a outro(s) aluno(s) nos últimos 2 meses?

- Não fui provocado na escola, nos últimos 2 meses
- Aconteceu apenas uma a duas vezes
- Duas ou 3 vezes num mês
- Cerca de uma vez por semana
- Diversas vezes por semana

### 19.3 Quantas vezes se envolveu em lutas no último ano?

- Não, nunca
- Sim, 1-3 vezes
- Sim, mais de 4 vezes

### 19.4 Nos últimos 30 dias, quantas vezes andou com uma arma, como por exemplo uma navalha ou pistola?

- Não andei com uma arma nos últimos 30 dias
- 1 dia
- 2 ou 3 dias
- 4 ou 5 dias
- 6 ou mais dias

## 20. Comportamentos sexuais

### 20.1 Quantas anos tinha quando teve a sua primeira relação sexual?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca tive  | <input type="checkbox"/> 14 anos         |
| <input type="checkbox"/> 11 ou menos | <input type="checkbox"/> 15 anos         |
| <input type="checkbox"/> 12 anos     | <input type="checkbox"/> 16 anos         |
| <input type="checkbox"/> 13 anos     | <input type="checkbox"/> 17 anos ou mais |

### 20.2 A última vez que teve relações sexuais, que método usaram para prevenir a gravidez?

- Nunca tive relações sexuais
  - Não foi usado nenhum método para prevenir a gravidez
- Se **sim** que método usaram:
- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pílula       | <input type="checkbox"/> Coito interrompido  |
| <input type="checkbox"/> Preservativo | <input type="checkbox"/> Outro método        |
| <input type="checkbox"/> Espermicida  | <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza |

### 20.3 Já alguma vez teve relações sexuais porque tinha bebido álcool demais ou tomado drogas?

- Sim     Não

## 21. Ambiente escolar

21.1. Na sua opinião, o que é que os seus professores pensam acerca da sua capacidade escolar comparada com a dos seus colegas?

- Nenhuma
- Boa
- Média
- Inferior à média

21.2. Atualmente o que sente pela escola?

- Gosto muito
- Gosto um pouco
- Não gosto muito
- Não gosto nada

## 22. Atividades extracurriculares

Assinale com um X as atividades extracurriculares em que participa (Pode escolher mais do que uma opção)

- Desportos de equipa** (por exemplo, basquetebol, voleibol, futebol)
- Desportos individuais** (por exemplo, atletismo, ginástica, judo, *surf*, golfe)
- Serviço Comunitário** (por exemplo, voluntariado num Hospital ou no Jardim Zoológico)
- Escutismo**
- Grupos de jovens da Igreja**
- Jornal/Clube de Escrita/Rádio escolar**
- Dança**
- Teatro**
- Música/Banda/Coro**
- Outra** (por favor, escreva qual: \_\_\_\_\_)

## 23. Atualmente está a fazer dieta, ou alguma outra coisa para perder peso?

- Não, o meu peso está bom
- Não, mas preciso de perder peso
- Não, eu preciso é de ganhar peso
- Sim

## EDRE

(Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Fernandes, Coutinho & Ferreirinha, 2007)

Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada:

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>1. Percebo com clareza os meus sentimentos.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------

<b>16. Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17. Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18. Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19. Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20. Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21. Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22. Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>23.</b> Quando estou em baixo, sinto que sou fraco.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24.</b> Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25.</b> Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>26.</b> Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>27.</b> Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>28.</b> Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## MHC-SF

(Keyes, 2008; versão portuguesa de Cherpe, Matos & André, 2009)

Por favor, responda às questões seguintes sobre a forma como se tem sentido durante o último mês. Assinale o número que melhor representa quantas vezes experienciou ou sentiu o seguinte. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, escolha, de forma honesta e sincera, a primeira resposta em que pensar.

Nunca	1 ou 2 vezes	Cerca de 1 a 2 vezes por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**Durante o último mês, quantas vezes (se) sentiu:**

<b>1. feliz</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>2. interessado pela vida</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>3. satisfeito</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>4. que tinha alguma coisa importante para contribuir para a sociedade</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>5. que pertencia a uma comunidade (como a um grupo social, à sua escola ou ao seu bairro)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>6. que a nossa sociedade se está a tornar um lugar melhor para pessoas como você</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

---

## SDQ-Por (A11-17)

(Goodman, 1999; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, s.d.)

Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com um círculo, um dos seguintes números:

Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
1	2	3

Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda baseando-se na forma como as coisas lhe têm corrido nos últimos seis meses.

1. Tento ser simpático(a) com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	1	2	3
16. Fico nervoso(a) em situações novas. Facilmente fico inseguro(a)	1	2	3
17. Sou simpático(a) para os mais pequenos	1	2	3
18. Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	1	2	3
19. As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	1	2	3
20. Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	1	2	3
21. Penso nas coisas antes de as fazer	1	2	3
22. Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	1	2	3
23. Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	1	2	3
24. Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	1	2	3
25. Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	1	2	3

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva \_\_\_\_\_

Em geral, pensa que tem dificuldades numa ou mais das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

- Não       Sim, dificuldades pequenas       Sim, dificuldades grandes       Sim, dificuldades muito grandes

Se respondeu “**Sim**”, por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?  
 Menos de 1 mês       1 – 5 meses       6 – 12 meses       Mais de 1 ano
- Essas dificuldades incomodam-no(a) ou fazem-no(a) sofrer?  
 Nada       Pouco       Muito       MUITÍSSIMO

- Essas dificuldades perturbam o seu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>MUITÍSSIMO</b>
Em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na aprendizagem na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas brincadeiras/tempo livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são um problema para os que estão à sua volta (família, amigos, professores, etc.)?  
 Nada       Pouco       Muito       MUITÍSSIMO

**EF**

(Diener &amp; Biswas-Diener, 2009; versão portuguesa de Raposo, Sesifredo &amp; Francisco, 2018)

Abaixo estão 8 afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Usando a escala abaixo de 1-7, indique a sua concordância com cada item, indicando a sua resposta para cada afirmação.

Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

são importantes para mim	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>6.</b> Eu considero-me uma boa pessoa e tenho uma vida boa	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>7.</b> Sou otimista acerca do meu futuro	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8.</b> As pessoas respeitam-me	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**SCORE - 15 (C)**

(Stratton et al., 2010; versão portuguesa de Vilaça et al., 2014)

Solicitamos que nos descreva a forma como vê a sua família neste momento. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que vivem em sua casa. Como diria que cada afirmação **descreve a sua família?**

Descreve-nos Muito bem	Descreve-nos Bem	Descreve-nos Em parte	Descreve-nos Mal	Descreve-nos Muito mal
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>1.</b> Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
---	----------	----------	----------	----------	----------

## ICF

(Teodoro, Allgayer & Land, 2009; versão portuguesa de Francisco, 2015)

Este questionário aborda um tema sobre o qual todos nós temos muito a dizer: **a nossa família**. Gostaríamos de lhe pedir que pense sobre o(s) membro(s) da sua família e sobre a forma como eles, geralmente, se relacionam.

Abaixo estão algumas frases que descrevem situações e sentimentos que podem ou não ocorrer no dia-a-dia de qualquer família. Leia cada frase e responda se se aplica ou não à sua família, utilizando os seguintes números:

Discordo completamente	Discordo um pouco	Concordo mais ou menos	Concordo muito	Concordo completamente
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Lembre-se de que **não** existem respostas certas ou erradas. Apenas pretendemos saber como as coisas têm estado na sua família **ultimamente**.

### Na minha família...

1. Procuramos ajudar as pessoas da nossa família quando percebemos que estão com problemas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. As proibições são constantes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

16. Os mais velhos mandam mais	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17. As pessoas sentem-se próximas umas das outras	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18. O(s) filho(s) tem(têm) pouco poder nas decisões familiares	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19. Temos prazer e alegria em passar tempo juntos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20. Algumas pessoas resolvem os problemas de forma autoritária	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21. Ajudamo-nos financeiramente uns aos outros	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
22. As pessoas ajudam-me a fazer as coisas quando não tenho tempo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## **Anexo B**



CATOLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR  
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING

LISBOA

Exmo. Sr. Diretor da Escola XXXX,

Professor Dr. XXXX

O *Catolica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing* (CRC-W), da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a colaboração da Escola XXXX na recolha de dados para efeitos de elaboração de um estudo sobre a saúde e bem-estar dos adolescentes portugueses. Este projeto de investigação, que está a ser desenvolvido em parceria com a Direção-Geral de Saúde, é coordenado pela Professora Doutora Rita Francisco, e pretende compreender a forma como os adolescentes atualmente lidam com os desafios da adolescência e identificar fatores que possam contribuir para o seu bem-estar e saúde em geral. Tem como objetivo definir as áreas-chave de um programa de prevenção do desajustamento e de promoção da saúde e bem-estar eficaz e ajustado às necessidades dos adolescentes, a ser implementado numa fase posterior nas escolas que manifestarem esse interesse.

Para a realização do projeto descrito, solicitamos a colaboração da Escola para a mobilização de 6 turmas (1 turma de cada ano de escolaridade, do 7º ao 12º ano), às quais seja possível aplicar o protocolo de investigação (em anexo). Este deverá ser aplicado em grupo, por um elemento da equipa do projeto, sendo para tal necessário cerca de 20 a 30 minutos.

Em anexo segue, igualmente, a respetiva autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação, para a realização do estudo em meio escolar.

Desde já nos disponibilizamos para prestar qualquer esclarecimento adicional ([ritafrancisco@ucp.pt](mailto:ritafrancisco@ucp.pt)) e agradecemos a Vossa colaboração.

A coordenadora do projeto de investigação e do CRC-W,

---

(Rita Francisco)

Professora Auxiliar da FCH

Lisboa, XXX de XXXX de 2018

## **Anexo C**



CATOLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR  
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING

LISBOA

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

O *Catolica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing* (CRC-W), da Universidade Católica Portuguesa, está a realizar um estudo em parceria com a Direção-Geral de Saúde, coordenado pela Professora Doutora Rita Francisco, que visa compreender a forma como os adolescentes atualmente lidam com os desafios da adolescência e identificar fatores que possam contribuir para o seu bem-estar e saúde em geral.

A participação em atividades de investigação na área da Psicologia ajuda-nos a conhecer melhor as populações para as podemos ajudar quando surgem dificuldades ou quando as queremos prevenir. Desta forma, a participação do seu educando neste estudo é fundamental para o desenho de uma intervenção preventiva e promotora de bem-estar global, adaptada às necessidades dos adolescentes de hoje em dia, da qual poderá vir a beneficiar num futuro próximo.

Este projeto foi já devidamente avaliado e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) – Ministério da Educação, e consiste no preenchimento de um questionário pelos alunos, anónimo e confidencial, na própria escola. Os dados disponibilizados não serão analisados individualmente, mas sim em termos gerais, juntamente com as respostas dos outros participantes. Não haverá quaisquer consequências para quem se recusar participar.

Muito obrigada pela colaboração!

A coordenadora do projeto de investigação e do CRC-W,

\_\_\_\_\_  
(Professora Doutora Rita Francisco)

Para qualquer esclarecimento, contactar [ritafrancisco@ucp.pt](mailto:ritafrancisco@ucp.pt)

✂

-----  
**Por favor, entregue este destacável ao(à) Diretor(a) de Turma, no prazo de 1 semana.**

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação do(a)  
aluno(a) \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo  
acima referido.

Data

Assinatura do Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_