



UC/FPCE — 2011

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**Tradução da Entrevista A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) e Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes Portugueses**

Andreia Sofia Batista Aires da Costa  
(e-mail: dreia-costa@sapo.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Matos

**Tradução da Entrevista A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) e Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes Portugueses**

Resumo

A adolescência é um período desenvolvimental no qual ocorrem alterações funcionais significativas. Devido à escassez de entrevistas semiestruturadas traduzidas para Português de Portugal para esta fase desenvolvimental pretendeu-se com este estudo realizar a tradução e adaptação da A-LIFE. Foi ainda objectivo desta investigação avaliar o funcionamento psicossocial dos adolescentes tendo sido utilizada uma das secções desta entrevista.

Os resultados obtidos revelam que os adolescentes com psicopatologia apresentam valores mais elevados de invalidação no funcionamento psicossocial. A relação entre o total do funcionamento psicossocial (A-LIFE) e o total dos sintomas depressivos (CDI) revela uma associação positiva moderada ( $r = .526$ ,  $\rho = .000$ ). No grupo da população clinicamente referenciada a *anedonia* ( $r = .711$ ,  $\rho = .002$ ) e *auto-estima negativa* ( $r = .718$ ,  $\rho = .002$ ) apresentam relações alta e positivas com o domínio das relações interpessoais.

A secção do funcionamento psicossocial da A-LIFE demonstrou resultados promissores que despertam o interesse e curiosidade para futuros estudos e intervenções, sendo importante o aumento do tamanho da amostra, para que esta seja mais representativa da população de adolescentes Portugueses.

Palavras-chave: Adolescentes, A-LIFE, funcionamento psicossocial, estudo preliminar.

## **Translation of the Interview A-LIFE (Adolescents Longitudinal Interval *Follow-up* Evaluation) and Preliminary Study of the Psychosocial Functioning in a Sample of Portuguese Adolescents**

### Abstract

Adolescence is a developmental period where significant functional changes occur. Due to lower number of existent semi-structured interviews translated into Portuguese of Portugal for this stage, this study intended to translate and adapt the interview A-LIFE. It was also the purpose of this research, the evaluation of the adolescents psychosocial functioning using one of the sections of this interview.

The results showed that adolescents with psychopathology have higher levels of impairment in psychosocial functioning. The association between the total of psychosocial functioning (A-LIFE) and total of depressive symptoms (CDI) shows a moderate positive association ( $r = .526$ ,  $p = .000$ ). Within the clinical sample, adolescents with the presence of *anhedonia* ( $r = .711$ ,  $p = .002$ ) and *negative self-esteem* ( $r = .718$ ,  $p = .002$ ) demonstrate higher levels of impairment in the domain of interpersonal relations.

The section of the psychosocial functioning of A-LIFE demonstrated promising results that arouse interest and curiosity for future research and interventions, as it is important to increase the sample size to make it more representative of the Portuguese adolescents population.

**Key Words:** Adolescents, A-LIFE, psychosocial functioning, preliminary study.

## **Agradecimentos**

À minha mãe, pelo apoio incondicional e por nunca ter deixado de acreditar em mim...

Ao meu pai, irmão e avós, pelo apoio, confiança e dedicação...

Ao Cajó, pelo apoio, força e paciência...

À Xana, Telmo e Mariana pela partilha, apoio, trabalho e amizade...

A todos os colegas e amigos que percorreram comigo esta longa caminhada...

À Professora Doutora Ana Paula Matos pela orientação e por me ensinar que *“o que não deu certo pode ser só uma etapa de aprendizagem para o que ainda está por vir”*...

À Dr.<sup>a</sup> Sónia Cherpe pelo convívio, ensinamento e partilha...

À Mestre Vanda Clemente, pela amizade, partilha e compreensão...

A todos aqueles que se disponibilizaram para participar nesta investigação...

**O meu muito obrigada!**

## Índice

Introdução .....	7
<b>I – Enquadramento Conceptual</b> .....	8
1. A-LIFE ( <i>Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation</i> ; Keller et al., 1993).....	8
2. Revisão de Estudos com a A-LIFE.....	13
3. Ansiedade e Depressão na Adolescência.....	16
4. Funcionamento Psicossocial nos Adolescentes.....	17
<b>II – Objectivos</b> .....	19
<b>III - Metodologia</b> .....	20
1. Procedimentos da Investigação .....	20
2. Caracterização da Amostra .....	20
3. Descrição dos Instrumentos.....	22
<i>Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)</i> .	22
<i>Children’s Depression Inventory (CDI)</i> .....	23
<i>Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)</i> .....	24
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> .....	24
<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i> .....	24
<b>IV - Resultados</b> .....	25
Estudo 1. Comparação entre um grupo da população geral e um grupo da população clinicamente referenciada.....	25
Estudo 2. Análise das variáveis em estudo em função das variáveis sociodemográficas (género e idade) .....	28
2.2. <i>Género</i> .....	28
2.2. <i>Idade</i> .....	30
Estudo 3. Análise das variáveis em estudo em função das variáveis de adaptação .....	33
3.1. <i>Rendimento Escolar</i> .....	33
3.2. <i>Reprovações</i> .....	35
3.3. <i>Doenças Físicas Actuais</i> .....	35
Estudo 4. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo.....	38
4.1. <i>Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva (CDI)</i> .....	39
4.2. <i>Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa (MASC)</i> .....	40

4.3. <i>Relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL)</i> .....	41
4.4. <i>Relação entre o funcionamento psicossocial e a psicopatologia parental (BSI)</i> .....	42
Estudo 5. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo, em função do grupo da população .....	43
5.1. <i>Diferenças na relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva (CDI, nos grupos da população</i> .....	44
5.2. <i>Diferenças na relação do funcionamento psicossocial com a sintomatologia ansiosa (MASC), nos grupos da população</i> .....	44
5.3. <i>Diferenças na relação do funcionamento psicossocial com os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL), nos grupos da população</i> .....	45
Estudo 6. Estudo comparativo entre adolescentes com bom funcionamento, funcionamento moderado, funcionamento pobre e funcionamento muito pobre .....	46
<b>V - Discussão</b> .....	47
<b>VI - Conclusões</b> .....	55
Bibliografia .....	57
Anexos .....	61

## Introdução

A adolescência é um período de risco para o desenvolvimento de psicopatologia. Numerosos estudos reportam a ocorrência de primeiros episódios depressivos na adolescência como preditores de recorrência da Depressão na idade adulta, assim como o desenvolvimento de dificuldades no funcionamento psicossocial (Goodyer, 1995; Meisels, 2000). Estas dificuldades incluem rupturas nos relacionamentos interpessoais, gravidez precoce, baixa escolaridade, actividades ocupacionais pobres e desemprego e, ainda, o aumento dos gestos e tentativas de suicídio resultantes de um contexto de desenvolvimento socioeconómico comprometido.

Os estudos realizados com amostras de adolescentes portuguesas têm vindo a evoluir ao longo dos anos. A tradução, adaptação e aferição de instrumentos de avaliação para a população portuguesa tem vindo a ser desenvolvida com sucesso. Porém, a existência de entrevistas semi-estruturadas que visam estudos de avaliação em *follow-up* é ainda escassa.

Proveniente de uma investigação internacional (Arnarson & Craighead, 2009, 2011) acerca da “Prevenção da Depressão na Adolescência”, surgiu a necessidade de traduzir e adaptar a entrevista *Adolescents Longitudinal Follow-up Interview - A-LIFE* (Keller M. B. et al., 1993) para a população Portuguesa. A A-LIFE é uma entrevista semi-estruturada, dividida em secções que avaliam variáveis complementares.

O processo de investigação foi realizado em dois momentos distintos, mas igualmente importantes. Num primeiro momento, foi realizada a tradução e adaptação da entrevista A-LIFE. Num segundo momento foi realizado um estudo preliminar da análise do funcionamento psicossocial, numa amostra de adolescentes Portugueses.

O processo de tradução foi realizado por etapas, de forma a criar uma versão Portuguesa da A-LIFE o mais fiel possível à versão original. As limitações e dificuldades decorrentes deste processo foram variadas, sendo que o produto final resultou de um processo longo e moroso.

Após a tradução e adaptação da entrevista, esta foi aplicada numa amostra reduzida, de forma a avaliar quatro domínios do funcionamento psicossocial adolescente. Os domínios do trabalho, relações interpessoais, actividades recreativas e satisfação foram analisados de forma a realizar um estudo preliminar de compreensão do funcionamento psicossocial do adolescente.

Para que as qualidades psicométricas da A-LIFE possam ser melhor estudadas é indispensável o aumento futuro do tamanho da amostra e do intervalo temporal do estudo. Desta forma, o estudo realizado nesta dissertação pretende ser um *motor de arranque* para o desenvolvimento de mais e novos estudos quer para a compreensão do funcionamento psicossocial e do curso das doenças psiquiátricas em adolescentes quer para a validação da entrevista A-LIFE.

## I – Enquadramento conceptual

A realização desta tese de mestrado está integrada na investigação sobre “Prevenção da Depressão na Adolescência” que teve início no ano lectivo 2008/2009 e decorre no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo – Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Desta fazem parte a identificação do perfil de risco dos adolescentes, a realização de entrevistas diagnósticas complementares e o estudo da implementação de um programa de prevenção da Depressão.

O conteúdo desta tese vai de encontro aos aspectos que se prendem com a tradução e aplicação da entrevista A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) e o estudo preliminar do funcionamento psicossocial nos adolescentes. Ainda que etiologicamente relacionados, houve necessidade de separar os objectivos da investigação dos desta dissertação, de forma a rentabilizar o tempo e recursos disponíveis.

A escassez de estudos com a LIFE, na sua versão para adolescentes - A-LIFE, leva à reduzida existência de estudos psicométricos com a mesma. Porém, a validade e fiabilidade da entrevista tem sido amplamente testada em estudos realizados com adultos. Por isso, é natural que ao longo deste trabalho surja informação relativa à LIFE, nomeadamente aspectos que se prendem com o conteúdo, descrição e aplicação da entrevista, visto serem os mesmos utilizados na versão para adolescentes.

### 1. A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*; Keller et al., 1993)

#### *Descrição*

A *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE) foi desenvolvida como método complementar de diagnóstico e avaliação do curso das perturbações psiquiátricas. É uma entrevista semi-estruturada, da qual fazem parte um caderno de instruções, uma folha de cotação e um conjunto de materiais de treino (Keller et al., 1987).

Apesar do vasto número de entrevistas que já permitem a análise do estado psiquiátrico do doente, nenhuma faz uma avaliação criteriosa do seu funcionamento psicossocial. A LIFE colmatou este défice através do desenvolvimento de uma avaliação quantitativa do funcionamento psicossocial.

Esta entrevista é suficientemente rigorosa para permitir a identificação dos episódios de recaída de doenças psiquiátricas. A informação do curso psiquiátrico do indivíduo inclui se existiu recaída, duração do episódio, recuperação, aparecimento de novas doenças psiquiátricas e ainda o impacto destas no funcionamento psicossocial (Keller et al., 1987).

Não é objectivo da LIFE avaliar os acontecimentos de vida ou

relacioná-los com factores psicossociais ou psicopatológicos. Todas as áreas do funcionamento são avaliadas de forma fenomenológica sem conclusões etiopatogénicas.

O objectivo desta entrevista não é o diagnóstico, mas sim avaliações sucessivas dos sintomas, em períodos de tempo relevantes, e da gravidade destes. Estes parâmetros devem por isso ser incluídos nos estudos de *follow-up* efectuados com a A-LIFE.

Os resultados permitem compreender o curso de cada perturbação durante o período de avaliação em *follow-up*. O número e a duração dos intervalos de *follow-up* poderão ser variáveis. As avaliações podem ser gravadas para que se possa avaliar o papel mediador do tratamento na evolução da doença psiquiátrica

### *Conteúdo e Cotação*

A LIFE é dividida em secções. Estas secções permitem obter informação acerca da psicopatologia; dos gestos e tentativas de suicídio; do abuso de álcool e drogas; das doenças não psiquiátricas; do tratamento, através da informação da medicação prescrita semanalmente e do tipo de terapia; do funcionamento psicossocial, que permite avaliar áreas como o trabalho, tarefas domésticas, desempenho escolar, relações interpessoais, funcionamento sexual, satisfação e actividades recreativas, assim como o funcionamento global e a gravidade geral da doença.

A LIFE permite a caracterização do curso de cada perturbação com base na avaliação do estado psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings, PSRs*). Os *PSRs* são atribuídos, pelo entrevistador, separadamente para cada perturbação permitindo assim a quantificação dos sintomas psiquiátricos (Warshaw, 1994).

**A. Psicopatologia:** esta secção permite a compreensão dos sintomas afectivos e não afectivos presentes em cada perturbação, durante o início e/ou desenvolvimento no período de *follow-up* (Keller et al., 1987).

Encontra-se dividida em três partes:

- a) Perturbações afectivas *major*, que inclui a perturbação depressiva *major*, mania e perturbações esquizoafectivas do tipo depressivo e do tipo maníaco. Estas são avaliadas com recurso a uma escala de seis pontos, com uma nomenclatura e definição atribuída a cada valor<sup>1</sup>.
- b) Perturbações depressivas crónicas, que inclui perturbação depressiva intermitente e *minor* com duração de pelo menos dois anos;

---

<sup>1</sup> O quadro da escala de seis pontos para a avaliação do estado psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas perturbações afectivas *major*, pode ser consultado no Anexo A.

- c) Outras condições, que incluem todas as não afectivas presentes no DSM-IV (APA, 1996).

As avaliações de b) e c) são realizadas com recurso a uma escala de três pontos<sup>2</sup>.

**B. Doenças Não Psiquiátricas:** existem 21 categorias de codificação de doenças não psiquiátricas. As datas das hospitalizações e de consultas no ambulatório são registadas tendo em conta o código, a categoria e a doença. Paralelamente, é feito o registo de toda a medicação tendo por base os códigos presentes na tabela de medicação anexa à entrevista. Quando o acesso ao registo médico não é possível, esta secção é preenchida com os dados relatados pelo doente. A gravidade da doença não psiquiátrica não é quantificada (Keller et al., 1987).

**C. História do Tratamento Psiquiátrico:** a situação semanal do tratamento do sujeito (internamento, consulta externa, sem tratamento) é registada na folha inicial da entrevista. O tipo e a dosagem da medicação; o número de tratamentos realizados com terapia electroconvulsiva; a duração, os modelos e técnicas psicoterapêuticos aplicados são detalhados semanalmente através da informação relatada pelo doente, pelos familiares e/ou pelos médicos/psicólogos. A duração, estratégias e modelos psicoterapêuticos aplicados são igualmente sumariados. Esta descrição do tratamento permite relacionar as características do doente com o tratamento, assim como analisar a eficácia do tratamento em posteriores estudos experimentais (Keller et al., 1987).

**D. Funcionamento Psicossocial:** o funcionamento do doente é analisado de forma transversal em diversas áreas como: trabalho, emprego, tarefas domésticas e desempenho escolar; relações interpessoais com a família (filhos, marido/esposa e outros familiares importantes); relações interpessoais com amigos; funcionamento sexual (satisfação e frequência); actividades recreativas, satisfação e ajustamento social global (Keller et al., 1987).

Estas áreas são quantificadas com escalas ordinais, de cinco até oito pontos, de forma a cobrir as áreas de funcionamento do sujeito, com descrições detalhadas de cada ponto da escala. As pontuações do sujeito são combinadas com as pontuações dos avaliadores/entrevistadores. As pontuações do trabalho, emprego, desempenho escolar e tarefas domésticas representam invalidação decorrente da presença de psicopatologia, ao passo que as outras áreas do funcionamento são baseadas no grau de ajustamento social usual do sujeito (Keller et al., 1987).

---

<sup>2</sup> O quadro da escala de três pontos para a avaliação do estado psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas perturbações depressivas crónicas e outras condições pode ser consultado no Anexo A.

O entrevistador acede ao pior grau de funcionamento do sujeito em cada área, com base numa avaliação mensal da pior semana de cada mês. É fornecida a relação do funcionamento psicossocial com o estado psiquiátrico, incluindo uma descrição detalhada do funcionamento psicossocial do sujeito no intervalo entre episódios, e o registo da relação entre o grau de psicopatologia e o funcionamento psicossocial, durante os períodos da presença de perturbação (Keller et al., 1987).

**E. Gravidade Geral da Doença (GGD):** a escala GGD de 100 pontos é considerada fiável na classificação do grau de funcionamento e de psicopatologia. Tal como outros itens da entrevista, a escala GGD é preenchida semestralmente, com base na pior semana de cada mês. A GGD é amplamente usada nos estudos psiquiátricos, foi escolhida de forma a permitir aos investigadores obter uma base de comparação com outros estudos (Keller et al., 1987).

**F. Narrativa:** a narrativa é um resumo detalhado do curso psiquiátrico da doença mental e do funcionamento psicossocial. À medida que o número de avaliações *follow-up* aumenta, estas vão servir de medida de referência para os episódios anteriores. No caso de ocorrer mudança do avaliador, o novo avaliador poderá usar a narrativa para se familiarizar com o caso. A narrativa permite, ainda, a oportunidade de registar informação não classificada ao longo do percurso do sujeito (Keller et al., 1987).

#### *Procedimentos de Administração*

Os estudos de *follow-up* são geralmente realizados em intervalos longos de tempo, o que por vezes dificulta a recolha de informação acerca da evolução da perturbação uma vez que esta informação depende do auto-relato do sujeito em avaliação e este poderá revelar dificuldades mnésicas na recuperação da informação. A LIFE é realizada semestralmente e tem como objectivo avaliar a situação do doente tendo em conta a pior semana correspondente a cada mês. Para isso, o entrevistador pede ao entrevistado que recorde os pontos de mudança tal como, por exemplo, aniversários ou festas de forma a conseguir identificar o período e as alterações sintomáticas associadas ao mesmo (Keller et al., 1987).

Apesar da aplicação estar prevista para períodos intervalares de seis meses, esta pode ser aplicada em intervalos mais curtos. Podem ser feitas avaliações intermédias no caso do doente desenvolver um novo episódio ou existir uma tentativa de suicídio. No caso de um doente se atrasar ou faltar a uma entrevista de *follow-up*, a próxima entrevista deverá tentar colmatar os dados em falta (Keller et al., 1987).

Geralmente, os estudos longitudinais que usam a LIFE são de avaliações semestrais ou anuais, visto que são estudos que decorrem ao longo de vários anos. Os resultados obtidos (Keller et al., 1987) recomendam

a realização da entrevista com intervalos de tempo menores e um maior número de avaliadores para o aumento da precisão. Porém, existem limites e constrangimentos associados à participação dos sujeitos, o que muitas vezes impede a realização de intervalos inferiores. Assim como os recursos subjacentes à investigação.

O entrevistador prepara a entrevista através da leitura de narrativas anteriores, da análise das classificações obtidas nos estados psiquiátricos e no funcionamento psicossocial. A entrevista com o sujeito dura cerca de 45 a 60 minutos, porém, todo processo poderá demorar de 2 a 4h, dependendo da informação e preparação anterior. Entrevistas mais breves serão possíveis no caso de avaliações mais frequentes (Keller et al., 1987).

No início da entrevista, o entrevistador ajuda o entrevistado a descrever o seu estado desde a última entrevista e obtém uma visão geral acerca dos últimos seis meses. Posteriormente, é avaliado o curso de psicopatologia ulterior através dos “pontos de mudança” ocorridos no período de seis meses. Após o registo dos dados, o entrevistador codifica a entrevista. Esta codificação pode ser feita no momento da realização da mesma (Keller et al., 1987).

Por último, é avaliado o funcionamento psicossocial do sujeito. O entrevistador começa por recordar ao sujeito o registo do seu funcionamento psicossocial (em cada área) realizado na entrevista anterior, de forma a obter uma visão geral do funcionamento psicossocial actual (Keller et al., 1987).

#### *Particularidades da Administração em Adolescentes*

O doente é habitualmente a fonte de informação básica. No entanto, os entrevistadores contam com a revisão dos registos clínicos anteriores, o relato de familiares e amigos, psicoterapeutas e pessoal médico quando necessário. No caso particular dos adolescentes, a informação recolhida junto dos pais pode ser fundamental. Os estudos realizados com adolescentes denotam que, com o aumento da idade, a informação recolhida com os pais apresenta maior concordância com a informação recolhida com os filhos. É de salientar, que as alterações desenvolvimentais inerentes a esta faixa etária requerem algum cuidado e precaução na recolha de informação (Keller et al., 1987).

O entrevistador usa o julgamento clínico para analisar as discrepâncias da informação, à excepção dos itens que vão de encontro à percepção que o doente apresenta das situações (Keller et al., 1987).

#### *Papel dos Entrevistadores*

A LIFE deve ser administrada por entrevistadores treinados, com experiência em entrevistas clínicas estruturadas e critérios de diagnóstico.

Foi realizado um estudo de fidelidade (Keller et al., 1987) que contou com 24 entrevistadores provenientes de cinco centros de pesquisa diferentes,

que observaram e gravaram entrevistas com 15 doentes. Os doentes que participaram no estudo de *follow-up* foram convidados a participar nesse estudo, à excepção de doentes que anteriormente não foram colaboradores ou que tinham pouca informação. Os sujeitos foram seguidos no estudo por um período de 12 meses (Keller et al., 1987).

Dos 24 entrevistadores, 11 gravaram as avaliações de *follow-up*, conduziram todas as entrevistas de *follow-up* realizadas anteriormente, com 14 dos 15 doentes. Para limitar a variação da informação, é dado aos entrevistadores toda a informação registada anteriormente, antes da visualização da gravação, para que o entrevistador se possa basear não apenas na informação registada mas também no relato do doente. Foi usada uma versão reduzida da entrevista de forma à gravação não ter mais de meia hora (Keller et al., 1987).

Os entrevistadores classificaram todas as gravações imediatamente após a sua visualização, excepto as que eles mesmos realizaram (Keller et al., 1987).

Foi encontrado um intervalo de confiança entrevistador-observador muito elevado em quase todas as medidas de psicopatologia e de funcionamento psicossocial. Os resultados indicam que quando dada a mesma informação a investigadores bem treinados, a classificação inter-avaliadores é realizada com um elevado grau de concordância. Os desvios e critérios de variação dos entrevistadores são reduzidos (Keller et al., 1987).

## 2. Revisão de Estudos com A-LIFE

Os estudos de *follow-up* realizados com a A-LIFE são ainda muito escassos. Um estudo recente foi realizado no âmbito da consulta de medicina geral no noroeste de Londres (Gledhill, 2010). A idade, género, gravidade dos sintomas, episódios anteriores de Depressão, factores familiares, eventos de vida e comorbilidade psiquiátrica, foram identificados como factores de risco de psicopatologia com influência nos resultados em amostras clínicas e comunitárias.

O estudo foi desenvolvido em seis meses, com adolescentes entre os 13 e os 18 anos, com perturbação depressiva no momento da consulta de clínica geral, tendo em conta: 1) as taxas de recuperação num período de seis meses, 2) o tempo de recuperação desde a consulta de medicina geral e a data de início do episódio depressivo (de forma a facilitar a comparação com outras populações comunitárias e clínicas) e 3) a identificação de factores de risco que possam estar associados com a recuperação (Gledhill, 2010).

Foram usadas um vasto número de escalas com o intuito de avaliar a sintomatologia depressiva. Foi utilizada a entrevista diagnóstica K-SADS e foi ainda realizada uma lista dos eventos significativos ocorridos no ano anterior. Aos seis meses, os adolescentes com perturbação depressiva foram entrevistados com a entrevista A-LIFE, de forma a facilitar a compreensão do curso da perturbação afectiva e da comorbilidade psiquiátrica (Gledhill,

2010).

O curso dos sintomas foi avaliado através da avaliação dos pontos de mudança, ancorados a eventos significativos como aniversários e testes. A gravidade dos sintomas foi analisada semanalmente, com a escala de medida de avaliação do estado psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings - PSR*) de três pontos. A recuperação é considerada completa quando o adolescente se encontra sem sintomas durante um período igual ou superior a oito semanas (Gledhill, 2010).

Os resultados sugerem a ausência de diferenças significativas respeitantes à idade, composição familiar e estatuto socioeconómico quando se comparam os adolescentes com perturbação depressiva com os adolescentes normais. Após seis meses, mais de 50% dos adolescentes permaneceram no episódio da perturbação e não recuperaram, sendo que a média de recuperação é de cerca de 13 meses. A duração do episódio foi prevista através da combinação de factores demográficos, clínicos e sociais. Um maior tempo de recuperação foi associado a um maior número de sintomas físicos e a uma diminuição dos acontecimentos de vida positivos. Da mesma forma, um maior tempo de recuperação está associado a idades mais precoces, sintomatologia depressiva mais grave e o menor relato de acontecimentos de vida positivos anteriores à consulta de clínica geral (Gledhill, 2010).

Estes resultados demonstram a pertinência dos estudos de *follow-up* e a utilização de instrumentos de medida adequados à caracterização do curso psiquiátrico.

Estudos evidenciam a existência de um elevado grau de invalidação no funcionamento psicossocial em crianças e adolescentes com Perturbação Bipolar. Um estudo realizado no âmbito do percurso e resultados da doença bipolar nos jovens (*COBY – Course and Outcome of Bipolar Youth*) (Goldstein e al., 2009), identificou a entrevista A-LIFE como uma medida útil na avaliação do funcionamento psicossocial. O estudo compreendia uma amostra de 446 crianças e adolescentes, com idades entre os 7 e os 17 anos de idade, que apresentavam Perturbação Bipolar.

Os adolescentes foram entrevistados com recurso às escalas de avaliação do funcionamento psicossocial presentes na A-LIFE. Os sujeitos com idades inferiores a 12 anos foram entrevistados juntamente com os pais (Goldstein et al., 2009).

Os resultados revelam a presença de invalidação ligeira a moderada nos domínios do trabalho (inclui desempenho escolar), das relações interpessoais e dos domínios globais de funcionamento nos jovens com Perturbação Bipolar. Os predictores mais elevados da invalidação do funcionamento psicossocial, para além da idade e início da doença mental, foram: a presença de episódios de humor, a gravidade da sintomatologia afectiva, sintomas psicóticos e a presença de comorbilidade com Perturbação do Comportamento. As crianças e adolescentes que se encontravam num episódio de Perturbação Bipolar demonstraram níveis de invalidação do

funcionamento psicossocial mais elevados do que aqueles que se encontram em remissão parcial ou em recuperação, em todos os domínios do funcionamento e demonstram menores níveis de satisfação. Ainda assim, as crianças e adolescentes que se encontravam em remissão parcial ou em recuperação relatam invalidação do funcionamento psicossocial significativa (Goldstein et al., 2009).

Os resultados observados revelaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas no total do funcionamento psicossocial, entre géneros ( $t = 1.5, p = .1, d = .19$ ) (Goldstein et al., 2009).

O grau de invalidação no funcionamento psicossocial encontrado através da entrevista A-LIFE foi de encontro aos estudos realizados com adolescentes com Perturbação Dismórfica Corporal (Phillips et al. 2006 cit in Goldstein et al. 2009).

O estudo longitudinal (N=200) dos adolescentes com Perturbação Dismórfica Corporal (Phillips et al., 2006) foi conduzido durante um ano e os sujeitos tinham idades superiores a 12 anos.

Os resultados obtidos (Phillips et al., 2006) revelam percentagens muito baixas de remissão (9%) da Perturbação Dismórfica Corporal e apenas 21% dos sujeitos apresentaram remissão parcial. Os sujeitos que apresentaram remissão parcial ou completa da sintomatologia, evidenciaram uma probabilidade de recaída de 15%. No que concerne ao funcionamento psicossocial, as pontuações obtidas na escala de gravidade geral da doença (GGD), revelam a presença de sintomatologia grave ou elevada invalidação no funcionamento.

Os estudos realizados revelam que a A-LIFE é uma boa medida da análise do curso da sintomatologia psiquiátrica. A utilidade da entrevista tem vindo a ser verificada, não apenas na avaliação do curso da sintomatologia psiquiátrica, mas também na análise do funcionamento psicossocial do adolescente.

### **3. Ansiedade e Depressão na Adolescência**

O estudo dos problemas de internalização em crianças e adolescentes foram inicialmente estudados com base nos modelos aplicados a adultos. No entanto, com o aparecimento da psicopatologia desenvolvimental, surgiram também os estudos longitudinais que permitiram recolher informação acerca do funcionamento adaptativo e não adaptativo dos adolescentes (Zahn-Waxler, 2000).

A diferenciação entre a sintomatologia ansiosa e as perturbações de ansiedade, está intimamente ligada à presença ou ausência de invalidação no funcionamento. A inclusão de critérios de invalidação no funcionamento propicia a caracterização das perturbações de ansiedade nos adolescentes (Zahn-Waxler, 2000). A sintomatologia ansiosa surge frequentemente associada a esta faixa etária, porém, é importante compreender até que ponto esta é funcional ou não.

A idade de aparecimento de determinadas perturbações de ansiedade em crianças tem sido salientada (Costello and Angold, 1995 cit in Zahn-Waxler, 2000). A ansiedade de separação surge mais frequentemente durante a primeira e média infância e tende a diminuir ao longo da idade (Zahn-Waxler, 2000).

A Depressão pode ser um sinal, um sintoma ou uma perturbação. Anteriormente, a existência de Depressão como uma perturbação emocional nos mais novos, era um tema controverso (Shaffi, 1992). Ao longo dos anos e após a realização de variados estudos, confirmou-se não só a presença de Depressão nos adolescentes, como também a existência de um paralelo com a Depressão na idade adulta. De acordo com Carlson (cit in Shaffi, 1992), os sintomas de Depressão nos adolescentes são difíceis de distinguir da normal agitação desta faixa etária.

Estudos longitudinais de prevalência da Depressão nesta faixa etária, sugerem que a maior parte das crianças e adolescentes recuperam dos episódios depressivos porém, com taxas de recaída bastante elevadas. Não há diferenças entre os géneros, ainda que alguns estudos indiquem maiores taxas de reaparecimento de novos episódios no sexo feminino. A presença de comorbilidade com perturbações não afectivas parece estar associada a um percurso da Depressão mais severo, no entanto, a comorbilidade com doenças externalizantes surge associada a menores taxas de Depressão, verificadas em períodos de *follow-up* (Lewinsohn, 1999).

Os factores associados ao desenvolvimento da Depressão na infância e na adolescência são ainda escassamente conhecidos. Porém, a exposição a acontecimentos de vida negativos tem vindo a ser apontada como factor de risco para o desenvolvimento de Depressão e de outros tipos de psicopatologia (Goodyer, 1995). Acrescem ainda as dificuldades no relacionamento interpessoal, o défice nas competências interpessoais e um estilo cognitivo caracterizado por atribuições e expectativas pessimistas.

Em contrapartida, existem factores protectores que reduzem significativamente o impacto negativo dos acontecimentos de vida. Estes incluem, o suporte familiar e dos amigos, estratégias de *coping*, auto-conceito positivo, estratégias de resolução de problemas e linhas de orientação positivas (Spence, 2003).

Estudos epidemiológicos e longitudinais sugerem que a idade e o género estão relacionados com o desenvolvimento de Depressão. O risco de Depressão começa no início da adolescência e vai progredindo de forma linear até aos 20 anos de idade (Kessler, Avenevoli, & Marikangas, 2001 cit in Shortt, 2006). Apesar de não haver consenso entre os autores, alguns têm apontado os 13-15 anos como as idades mais propícias ao desenvolvimento de Depressão (Saluja et al., 2004; Barbosa e cols., 1996; Hankin et al., 1998).

Outros estudos (Arnarson & Craihead, 2009; Arnarson & Craihead, 2011), referem que a taxa de Depressão aumenta significativamente aos 15 anos de idade, causando grande invalidação ao nível social, académico, familiar e ainda dificuldades cognitivas e emocionais.

Na pré-adolescência o sexo masculino, apresenta sintomas depressivos ligeiramente mais elevados do que o sexo feminino. Porém, durante a adolescência, o sexo feminino, apresentam valores de sintomatologia depressiva, duas vezes superiores aos do sexo masculino (Shortt, 2006).

A relação dos géneros com a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva, tem vindo a ser estudada (Criknin, et al, 1997, cit in Zahn-Waxler, 2000). O sexo feminino denota mais problemas de internalização do que o sexo masculino (Zahn-Waxler, 2000). Outro estudo (March, 1997), tem vindo a denotar uma maior presença de sintomatologia ansiosa no sexo feminino, comparativamente com o sexo masculino.

A presença de sintomatologia depressiva tem, de facto, impacto no funcionamento psicossocial adolescente, suscitando dificuldades nas diversas áreas: trabalho, relações interpessoais, actividades recreativas e satisfação .

#### 4. Funcionamento Psicossocial nos Adolescentes

O conceito *funcionamento psicossocial* é em muitos aspectos similar ao termo “competência”, que inclui uma variedade de constructos relacionados com o sucesso pessoal em alcançar as tarefas desenvolvimentais características da idade e do contexto cultural. Masten e Curtis (2000) descrevem vários modelos que identificam a associação entre competência/funcionamento psicossocial e psicopatologia. Problemas no funcionamento psicossocial levam ao desenvolvimento de psicopatologia e a presença de psicopatologia é um factor de risco para o desenvolvimento de funcionamento psicossocial comprometido (Lewinsohn, 2003).

O comprometimento no funcionamento psicossocial, inerente à existência de psicopatologia parece ser evidente. Porém, será que este também surge em adolescentes normais?

A satisfação no seu funcionamento psicossocial é um factor importante na saúde e comportamento adolescente. Esta satisfação permite a criação de estratégias de coping eficazes e de técnicas de resolução de problemas úteis, na prevenção de psicopatologia.

Medidas de avaliação do funcionamento e da qualidade de vida, têm vindo a ser desenvolvidas. Algumas destas medidas são de natureza global, permitem retirar conclusões acerca do funcionamento em variados domínios, como o trabalho, desempenho escolar, as relações interpessoais e as tarefas domésticas. Um exemplo disso é a A-LIFE.

Estudos no âmbito do funcionamento psicossocial, com recurso à A-LIFE têm vindo a ser realizados.

Um estudo recente de McCabe (2011), associou a sintomatologia depressiva a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial. Os sintomas associados com a Depressão podem causar uma invalidação significativa no funcionamento emocional, físico, comportamental, cognitivo

e interpessoal (McCabe, 2011). O grau de invalidação no funcionamento psicossocial em crianças/adolescentes com sintomatologia depressiva, aumenta proporcionalmente ao agravamento da sintomatologia. Crianças/adolescentes em risco de Depressão ou com a presença de sintomatologia depressiva, demonstram perturbações no funcionamento psicossocial, com um afecto negativo superior e um afecto positivo e auto-conceito inferiores (McCabe, 2011).

Segundo Lewinsohn (2003) a nota total do funcionamento psicossocial em adolescentes deprimidos tem vindo a demonstrar valores de invalidação elevados. Assim, como têm vindo a denotar valores de correlação altos ( $r = .72$ ), sendo que sintomatologia depressiva mais severa está positivamente associada com um funcionamento psicossocial mais pobre (Judd, 2000).

Os valores do funcionamento psicossocial de adolescentes deprimidos revelam uma menor invalidação em períodos assintomáticos (Judd, 2000).

No que se refere á relação entre a psicopatologia parental e o funcionamento psicossocial dos filhos, os dados revelam que a presença de Depressão nos pais tem um papel importante no funcionamento psicossocial dos filhos. A Depressão nos pais está associada a uma invalidação em vários domínios do funcionamento dos filhos. A Depressão materna surge associada a sintomas físicos ( $\beta = .14$ ,  $p = .07$ ) mais elevados, enquanto que a Depressão paterna surge associada a stressores *major* ( $\beta = .27$ ,  $p = .07$ ), competência sociais pobres ( $\beta = -.17$ ,  $p = .08$ ) e maior probabilidade de tentativas de suicídio (Lewinsohn, 2005).

## II - Objectivos

A investigação sobre as perturbações psiquiátricas na adolescência, tem vindo a evoluir nas últimas décadas. As medidas de psicopatologia aplicadas na idade adulta têm vindo a ser adaptadas a crianças e adolescentes, assim como, outras medidas psicométricas (observação directa, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, testes projectivos e escalas de auto-resposta) têm vindo a ser desenvolvidas no sentido de dar resposta a esta faixa etária.

O objectivo geral deste estudo é compreender as diferenças do funcionamento psicossocial em função das variáveis em estudo. No presente estudo foram usadas as variáveis sociodemográficas (idade e género), variáveis de adaptação (rendimento escolar, reprovações e doenças físicas actuais), a sintomatologia depressiva subclínica (CDI), a sintomatologia ansiosa (MASC), os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL) e a psicopatologia parental (BSI).

Deste objectivo geral, decorre um objectivo específico que consiste em estudar, numa amostra de adolescentes Portugueses, o funcionamento

psicossocial através da utilização de uma secção da *Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation – A-LIFE* (Keller M. B. et al., 1993).

Um segundo objectivo específico é o estudo da associação do funcionamento psicossocial dos adolescentes, medido pela *Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)* (Keller et al., 1993) com sintomatologia depressiva subclínica (CDI, Children's Depression Inventory, Kovacs, 1983), ansiedade (MASC, Multidimensional Anxiety Scale for Children, March et al., 1997), problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL, Child Behavior Checklist, Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991) e psicopatologia parental (BSI, Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1993) comparando o grupo da amostra clinicamente referenciada com o grupo da amostra da população geral, assim como unicamente na amostra total.

O terceiro e último objectivo específico refere-se a um estudo de comparação de 4 grupos com diferentes graus de funcionamento psicossocial em função do tipo de amostra e do género. Os 4 grupos vão ser divididos em função do total do funcionamento psicossocial obtido na amostra. De 0-8 será considerado um funcionamento psicossocial muito bom, de 8-12 moderado, de 12-16 pobre e de 16-20 muito pobre.

As hipóteses propostas resultam dos contributos de investigações prévias e constituem linhas orientadoras para futuras investigações, apesar de não pretenderem ser redutoras da interpretação dos resultados.

H1: Prevê-se a existência de diferenças no funcionamento psicossocial entre o grupo da população clinicamente referenciada e o grupo da população geral.

H2: O funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa estão correlacionados de forma significativa.

H3: Prevê-se que a sintomatologia depressiva esteja positivamente correlacionada com uma maior invalidação do funcionamento psicossocial.

H4: Supõe-se que a presença de psicopatologia parental possa estar associada a um funcionamento psicossocial mais baixo nos filhos.

H5: Pressupõe-se que a existência de problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores, surja associada a níveis de funcionamento psicossocial mais baixos.

### **III - Metodologia**

#### **1. Procedimentos da Investigação**

Os procedimentos da investigação foram realizados em dois momentos distintos. O primeiro momento estendeu-se por longo período, no qual foi realizada a tradução e adaptação da entrevista A-LIFE (Keller M. B.

et al., 1993). Num segundo momento iniciou-se o estudo do funcionamento psicossocial numa amostra de adolescentes Portugueses. Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao SPSS 19.0 e posteriormente discutidos com base numa revisão bibliográfica extensa e cuidada.

## 2. Caracterização da amostra

Com base nos objectivos propostos, a amostra foi recolhida com adolescentes entre os 12 e os 18 anos (Quadro 1). A amostra da população total foi recolhida num grupo da população geral (N = 25) e num grupo de população clinicamente referenciada (N = 16). A recolha da amostra da população clinicamente referenciada foi efectuada no Hospital Pediátrico de Coimbra, na consulta de psicologia geral, consulta de psicologia do sono e unidade de jovens. O grupo de adolescentes da população clinicamente referenciada, foram previamente diagnosticados com perturbações do sono (N = 2), perturbações de ansiedade (N = 2), Depressão (N = 5), problemas escolares (N = 4) e problemas familiares (N = 3).

Na recolha da amostra foram tidos em conta determinados critérios como: a idade; o consentimento informado dos pais/encarregados de educação do adolescente e consentimento do próprio adolescente. Os casos de não preenchimento do protocolo na sua totalidade foram excluídos do estudo.

A amostra recolhida é constituída por 41 adolescentes, dos quais 16 são do sexo masculino (39%) e 25 do sexo feminino (61%). A amostra encontra-se dividida num grupo da população geral (N = 25) e num grupo da população clinicamente referenciada (N = 16). O grupo da população clinicamente referenciada é caracterizado por 8 adolescentes do sexo masculino e 8 do sexo feminino. O grupo da população geral, por 8 adolescentes do sexo masculino e 17 do sexo feminino.

A média de idades é de 13.56 (DP = 1,825) para o sexo masculino e de 13.68 (DP = 1.492) para o sexo feminino. A média do ano de escolaridade é de 7.40 (DP = 1.298) para o sexo masculino e de 7.84 (DP = 1.463) para o sexo feminino.

A amostra foi ainda caracterizada no que diz respeito ao rendimento escolar, presença de reprovações e doenças físicas actuais.

O rendimento escolar foi dividido em insuficiente, suficiente, satisfatório, bom e muito bom. O número de adolescentes que indicou um rendimento escolar insuficiente (N = 1) e muito bom (N = 2) foi baixo, sendo o suficiente (N = 12), o satisfatório (N = 18) e o bom (N = 8), as respostas mais comuns. O sexo masculino apresenta em média um rendimento escolar de 2.63 (DP = .957) enquanto que o sexo feminino apresenta uma média de 3.16 (DP = .800).

A presença de reprovações surge maioritariamente no sexo feminino (N = 6), na amostra total o número de reprovações é baixo (N = 9), comparativamente com a amostra de adolescentes sem reprovações (N = 32). O mesmo se verifica na presença de doenças físicas actuais que surge mais associada ao sexo feminino (N = 5). Porém, o total de adolescentes sem

doenças físicas actuais (N = 34) é muito superior comparativamente com os adolescentes com doenças físicas actuais (N = 7).

**Quadro 1. Características Gerais da Amostra de Adolescentes em função do género**

		Masculino		Feminino		Totais	
		N	%	N	%	N	%
		16	39.0	25	61.0	41	100
População	Geral	8	19.5	17	41.5	25	61.0
	Clinicamente	8	19.5	8	19.5	16	39.0
	Referenciada						
Idade	12	6	14.6	8	19.5	14	34.1
	13	4	9.8	4	9.8	8	19.5
	14	2	4.9	4	9.8	6	14.6
	15	1	2.4	7	17.1	8	19.5
	16	2	4.9	1	2.4	3	7.3
	17	-	-	1	2.4	1	2.4
	18	1	2.4	-	-	1	2.4
Ano de	6	3	7.5	5	12.5	8	20.0
	7	7	17.5	6	15.0	13	32.5
Escolaridade	8	3	7.5	8	20.0	11	27.5
	9	1	2.5	1	2.5	2	5.0
	10	-	-	4	10.0	4	10.0
	11	1	2.5	1	2.5	2	5.0
Rendimento Escolar	Insuficiente	1	2.4	-	-	1	2.4
	Suficiente	7	17.1	5	12.2	12	29.3
	Satisfatório	6	14.6	12	29.3	18	43.9
	Bom	1	2.4	7	17.1	8	19.5
	Muito Bom	1	2.4	1	2.4	2	4.9
Reprovações	Sim	3	7.3	6	14.6	9	22.0
	Não	13	31.7	19	46.3	32	78.0
Doenças Físicas Actuais	Sim	2	4.9	5	12.2	7	17.1
	Não	14	34.1	20	48.8	34	82.9
		M	DP	M	DP	M	DP
Idade		13.56	1.825	13.68	1.492	13.63	1.594
Escolaridade		7.40	1.298	7.84	1.463	7.68	1.403
Rendimento Escolar		2.63	.957	3.16	.800	2.95	.893
Reprovações		1.81	.403	1.76	.436	1.78	.419
Doenças Físicas Actuais		1.88	.342	1.80	.408	1.83	.381

O presente estudo abarca, ainda, adolescentes de duas amostras distintas da população (grupo da amostra da população geral e grupo da amostra da população clinicamente referenciada). As características destas

duas amostras foram também, analisadas estatisticamente<sup>3</sup>.

### 3. Descrição dos Instrumentos

*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)* (Keller M. B. et al., 1993; tradução e adaptação Matos, A.P., Cherpe, S. D. & Costa A. S., 2011)

A A-LIFE (Keller M. B. et al., 1993) foi desenvolvida através da LIFE (Keller M. B. et al., 1987). A A-LIFE encontra-se dividida em várias secções, sendo a escala da avaliação do funcionamento psicossocial a mais relevante no contexto deste estudo.

O funcionamento do adolescente é avaliado de forma transversal em quatro domínios: (1) trabalho, com escalas relativas ao emprego, tarefas domésticas e desempenho escolar; (2) relações interpessoais, das quais fazem parte escalas relativas ao relacionamento com a família (pais, irmãos, namorado(a), padrasto/madrasta e outros familiares significativos) e com amigos; (3) actividades recreativas (p.ex.: ler, escrever, ver televisão, jogar computador, desporto) e (4) satisfação global.

Os resultados reflectem o grau de funcionamento do adolescente durante a pior semana do mês anterior. As escalas variam de 1 a 5, sendo 1) muito bom, 2) bom, 3) moderado, invalidação ligeira, 4) pobre, invalidação moderada e 5) muito pobre, invalidação grave. O total resulta da soma da cotação máxima atingida em cada um dos domínios. No caso dos domínios do trabalho e das relações interpessoais, será escolhido o valor da escala que apresenta resultados mais elevados (p.ex.: no domínio do trabalho o adolescente apresenta, 2 na escala de emprego, 4 nas tarefas domésticas e 3 no desempenho escolar, o valor seleccionado será o das tarefas domésticas, visto que é a escala que apresenta valores de funcionamento com maior invalidação).

O total varia de 4 a 20, sendo até 8 considerado um bom funcionamento, de 8 a 12, um funcionamento moderado, de 12 a 16 um funcionamento pobre e de 16 a 20 um funcionamento muito pobre.

*Children's Depression Inventory (CDI)* (Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Dias & Gonçalves, 1999)

O CDI foi desenvolvido por Kovacs (1983), sendo um questionário de auto-resposta constituído por 27 itens que procuram avaliar os sintomas depressivos subclínicos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade. É um dos instrumentos mais comuns e mais citado na literatura da Depressão infantil e juvenil. De acordo

<sup>3</sup> O quadro com as características das duas amostras pode ser consultado no Anexo B.

com a sua estrutura factorial, o CDI quantifica um leque de sintomas depressivos que incluem o humor negativo, a incapacidade de sentir prazer (anedonia), os problemas interpessoais, a ineficácia e a auto-estima negativa. Para responder a cada item, a criança/adolescente deverá escolher uma de três hipóteses, classificadas com 0 (ausência de sintoma), 1 (sintoma moderado) e 2 (sintoma presente), sendo que os valores mais elevados traduzem maior severidade dos sintomas e a pontuação total varia entre 0 e 54. As afirmações (itens) representam, portanto, sintomas característicos de sujeitos não deprimidos (população geral), moderadamente deprimidos e muito deprimidos. A versão portuguesa deste instrumento apresenta valores elevados de consistência interna, com coeficientes de *Cronbach* de .84 e .80, de acordo com estudos apresentados por Dias e Gonçalves (1999).

***Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*** (March *et al.*, 1997; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A.P., André, R. S., 2009)

A MASC é um instrumento que visa avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e 19 anos. De acordo com o estudo de March *et al.* (1997) foram encontrados quatro factores, dos quais três apresentam dois subfactores: a) sintomas físicos (12 itens), que inclui os subfactores tensão impaciência e queixas somáticas; b) evitamento de perigo (9 itens), que inclui os subfactores perfeccionismo e ansiedade antecipatória; c) ansiedade social (9 itens), que inclui os subfactores de medo de humilhação e de desempenho; d) ansiedade de separação (9 itens). Ao responder aos itens, a criança ou o adolescente deverá quantificar a frequência com que experiencia cada situação: 1 - Nunca ou quase nunca verdadeiro; 2 - Raramente verdadeiro; 3 - Às vezes verdadeiro e 4 - Frequentemente verdadeiro. A versão original da escala apresenta níveis satisfatórios de consistência interna, variando entre .88 e .89, para o resultado total e o coeficiente de *Cronbach* obtido por Cherpe, S., Matos, A.P., André, R. S. (2009) foi de .84.

***Child Behavior Checklist (CBCL)*** (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; versão portuguesa de Fonseca e *col.*, 1994)

O CBCL pretende descrever e avaliar os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores. Possui uma primeira parte que abarca questões sobre a quantidade e qualidade do envolvimento do sujeito em várias actividades e situações de interacção social. A segunda parte compreende itens relativos a diversos problemas internalizantes e externalizantes. Os pais devem indicar se a característica descrita em cada item se aplica ou não à criança/adolescente em questão (considerando como referência temporal os últimos 6 meses), utilizando a seguinte escala de tipo *Likert*: 0 (não verdadeira), 1 (às vezes verdadeira) e 2 (muitas vezes verdadeira). Os estudos psicométricos efectuados na versão

Portuguesa (Fonseca e *col.*, 1994) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, superiores a .70 em cinco das nove escalas, com valores de *alpha* entre .73 (queixas somáticas) e .83 (agressividade).

**Brief Symptom Inventory (BSI)** (Derogatis, 1983; tradução e adaptação de Canavarro, M. C., 1995)

A sintomatologia psicopatológica dos pais dos adolescentes foi avaliada através da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1983), traduzida e adaptada por Canavarro (1995). É um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert* que vai desde 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (Ideação Paranóide) e .81 (Depressão).

#### IV - Resultados

##### **Estudo 1: Comparação entre um grupo da população geral e um grupo da população clinicamente referenciada**

O presente estudo tem como objectivo averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra da população geral e a amostra da população clinicamente referenciada quanto ao funcionamento psicossocial (A-LIFE), à sintomatologia depressiva (CDI), à sintomatologia ansiosa (MASC) e aos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL). Assim, recorreu-se ao teste *t de Student*<sup>4</sup> (Quadros 3, 4, 5 e 6).

---

<sup>4</sup> O teste *t* compara as médias de uma variável quantitativa numa variável dicotómica. Nas amostras independentes, a comparação de médias pode ser feita entre dois grupos de sujeitos (casos) na mesma variável (teste *t*) ou num grupo de variáveis (testes simultâneos) (Pestana & Gageiro, 2005).

Os resultados apresentados no Quadro 2 permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -3.657$ ;  $\rho = .001$ ] na nota total do funcionamento psicossocial entre a amostra da população geral ( $M = 7.64$ ,  $DP = 1.777$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 9.94$ ;  $DP = 2.205$ ).

O domínio das relações interpessoais apresenta igualmente valores estatisticamente significativos [ $t(39) = -3.180$ ;  $\rho = .003$ ] entre a amostra da população geral ( $M = 2.08$ ,  $DP = .759$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 3.00$ ;  $DP = 1.095$ ).

Não existem diferenças estatisticamente significativas no domínio do trabalho [ $t(39) = -1.552$ ;  $\rho = .129$ ], das actividades recreativas [ $t(39) = -1.538$ ;  $\rho = .132$ ] e da satisfação [ $t(39) = -2.494$ ;  $\rho = .017$ ].

**Quadro 2. Diferenças do Funcionamento Psicossocial (A-LIFE) comparando o grupo da população geral com o grupo da população clinicamente referenciada**

	Geral		Clinicamente Referenciada		t	$\rho$
	M	DP	M	DP		
Nota Total do Funcionamento Psicossocial	7.64	1.777	9.94	2.205	-3.675	.001*
Domínio do Trabalho	2.28	.678	2.63	.719	-1.552	.129
Domínio das Relações Interpessoais	2.08	.759	3.00	1.095	-3.180	.003*
Domínio das Actividades Recreativas	1.64	.810	2.06	.929	-1.538	.132
Domínio da Satisfação	1.64	.700	2.25	.856	-2.494	.017*

\*  $\rho < .05$

Os resultados apresentados no Quadro 3 permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(24.254) = -2.198$ ;  $\rho = .038$ ] no total da sintomatologia depressiva, entre a amostra da população geral ( $M = 8.96$ ;  $DP = 5.087$ ) e amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 13.56$ ;  $DP = 7.321$ ). O factor do CDI *anedonia* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -2.153$ ;  $\rho = .038$ ], entre a amostra da população geral ( $M = 2.32$ ;  $DP = 1.345$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 3.31$ ;  $DP = 1.580$ ). O factor do CDI *auto-estima negativa* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -2.118$ ;  $\rho = .047$ ], entre a amostra da população geral ( $M = .92$ ;  $DP = 1.115$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 2.13$ ;  $DP = 2.094$ ).

**Quadro 3. Diferenças da sintomatologia depressiva (CDI) comparando o grupo da população geral com o grupo da população clinicamente referenciada**

	Geral		Clinicamente Referenciada		t	p
	M	DP	M	DP		
CDI_Total	8.96	5.087	13.56	7.321	-2.198	.038*
CDI_Humor_Negativo	.68	.945	1.38	1.310	-1.973	.056
CDI_Problemas_Interpessoais	.68	.748	.75	1.125	-.240	.812
CDI_Ineficácia	2.40	1.500	2.81	1.515	-.856	.397
CDI_Anedonia	2.32	1.345	3.31	1.580	-2.153	.038*
CDI_Auto-Estima_Negativa	.92	1.115	2.13	2.094	-2.118	.047*

\*  $p < .05$

Os resultados apresentados no Quadro 4 permitem verificar que ao nível do total da sintomatologia ansiosa (MASC), não existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(22.746) = -.349$ ;  $p = .731$ ] entre a amostra da população geral (M = 48.44; DP = 12.135) e a amostra da população clinicamente referenciada (M = 50.31; DP = 19.168). Assim como não existem diferenças estatisticamente significativas dos factores da MASC *sintomas físicos* [ $t(39) = -1.675$ ;  $p = .102$ ], *ansiedade social* [ $t(39) = -.615$ ;  $p = .542$ ], *ansiedade de separação* [ $t(39) = .356$ ;  $p = .724$ ], *evitamento perigo* [ $t(39) = 1.794$ ;  $p = .081$ ], *tensão impaciência* [ $t(39) = -1.405$ ;  $p = .168$ ], *queixas somáticas* [ $t(39) = -1.725$ ;  $p = .092$ ], *humilhação rejeição* [ $t(39) = -.094$ ;  $p = .926$ ], *desempenho público* [ $t(39) = -1.204$ ;  $p = .236$ ], *perfeccionismo* [ $t(39) = 1.290$ ;  $p = .205$ ] e *coping ansioso* [ $t(39) = 1.831$ ;  $p = .075$ ] entre as duas amostras.

**Quadro 4. Diferenças da sintomatologia ansiosa (MASC) comparando o grupo da população geral com o grupo da população clinicamente referenciada**

	Geral		Clinicamente Referenciada		t	p
	M	DP	M	DP		
MASC_Total	48.44	12.135	50.31	19.168	-.349	.731
MASC_Sintomas_Físicos	9.84	6.101	13.56	8.107	-1.675	.102
MASC_Ansiedade_Social	13.00	4.975	14.13	6.732	-.615	.542
MASC_Ansiedade_de_Separação	7.84	4.679	7.25	5.893	.356	.724
MASC_Evitamento_Perigo	17.76	3.609	15.38	4.897	1.794	.081
MASC_Tensão_Impaciência	5.56	3.525	7.31	4.423	-1.405	.168
MASC_Queixas_Somáticas	4.28	3.103	6.25	4.203	-1.725	.092
MASC_Humilhação_Rejeição	7.76	3.443	7.88	4.365	-.094	.926
MASC_Desempenho_Público	5.24	2.278	6.25	3.088	-1.204	.236
MASC_Perfeccionismo	8.36	1.551	7.63	2.094	1.290	.205
MASC_Coping_Ansioso	9.40	2.398	7.75	3.376	1.831	.075

\*  $p < .05$

Os resultados obtidos (Quadro 5) revelam diferenças estatisticamente significativas, entre amostra da população geral e a amostra da população clinicamente referenciada, em três dos nove factores do CBCL.

O factor *hiperactividade atenção*, medido através do CBCL, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(33) = -2.225$ ;  $\rho = .033$ ], entre a amostra da população geral ( $M = 3.04$ ;  $DP = 2.336$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 5.00$ ;  $DP = 2.404$ ). O factor *depressão* apresenta igualmente diferenças estatisticamente significativas [ $t(32) = -2.172$ ;  $\rho = .037$ ], entre a amostra da população geral ( $M = 2.25$ ;  $DP = 2.132$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 4.20$ ;  $DP = 2.936$ ). Por último, o factor *isolamento*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(33) = -2.328$ ;  $\rho = .026$ ], entre a amostra da população geral ( $M = 2.76$ ;  $DP = 1.451$ ) e a amostra da população clinicamente referenciada ( $M = 4.20$ ;  $DP = 2.098$ ).

**Quadro 5. Diferenças dos problemas de comportamento percebidos pelos pais/cuidadores (CBCL) comparando o grupo da população geral com o grupo da população clinicamente referenciada**

	Geral		Clinicamente Referenciada		t	p
	M	DP	M	DP		
CBCL_Oposição_Imaturidade	5.20	3.291	7.40	5.296	-1.492	.145
CBCL_Agressividade	2.08	1.552	2.30	2.406	-.322	.749
CBCL_Hiperactividade_Atenção	3.04	2.336	5.00	2.404	-2.225	.033*
CBCL_Depressão	2.25	2.132	4.20	2.936	-2.172	.037*
CBCL_Problemas_Sociais	2.76	1.763	3.20	2.098	-.632	.532
CBCL_Queixas_Somáticas	2.00	1.958	1.80	2.098	.268	.791
CBCL_Isolamento	2.76	1.451	4.20	2.098	-2.328	.026*
CBCL_Ansiedade	2.08	1.754	3.60	2.716	-1.638	.127
CBCL_Obsessivo_Esquizóide	2.88	1.943	3.40	3.062	-.498	.627

\*  $p < .05$

### **Estudo 2: Análise das variáveis em estudo em função das variáveis sociodemográficas (género e idade)**

O presente estudo tem como objectivo averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas no funcionamento psicossocial, (A-LIFE), na sintomatologia depressiva (CDI), na sintomatologia ansiosa (MASC) e nos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL) em função do género e da idade. Assim, recorreu-se ao teste *t de Student* (Quadros 6,7 e 8) para a análise do género, e à *ANOVA uma via*<sup>5</sup> para a análise da idade (Quadros 9,10,11 e 12).

<sup>5</sup> A análise da variância estuda o efeito de uma ou mais variáveis qualitativas, numa variável dependente quantitativa (univariada) ou num conjunto de variáveis quantitativas (multivariada) (Pestana & Gageiro, 2005).

### 2.1. Género

Os resultados apresentados no Quadro 6 revelam a ausência de diferenças significativas entre os géneros na nota total do funcionamento psicossocial [ $t(39) = 1.362$ ;  $\rho = .181$ ].

O domínio do trabalho apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 3.202$ ;  $\rho = .003$ ], entre o género masculino ( $M = 2.81$ ;  $DP = .655$ ) e o género feminino ( $M = 2.16$ ;  $DP = .624$ ). Os restantes domínios das relações interpessoais [ $t(39) = -.324$ ;  $\rho = .748$ ], actividades recreativas [ $t(39) = .407$ ;  $\rho = .686$ ] e satisfação [ $t(39) = 1.169$ ;  $\rho = .250$ ] não apresentam valores significativos.

**Quadro 6. Diferenças do funcionamento psicossocial em função do género**

	Masculino		Feminino		t	$\rho$
	M	DP	M	DP		
Total do Funcionamento Psicossocial	9.13	2.680	8.16	1.864	1.362	.181
Domínio do Trabalho	2.81	.655	2.16	.624	3.202	.003*
Domínio das Relações Interpessoais	2.38	1.025	2.48	1.005	-.324	.748
Domínio das Actividades Recreativas	1.88	1.088	1.76	.723	.407	.686
Domínio da Satisfação	2.06	.929	1.76	.723	1.169	.250

\*  $\rho < .05$

Os resultados obtidos (Quadro 7) denotam a ausência de diferenças estatisticamente significativas, na nota total da sintomatologia depressiva [ $t(39) = -.702$ ;  $\rho = .487$ ] entre os géneros. Os factores do CDI, *humor negativo* [ $t(39) = -.619$ ;  $\rho = .540$ ], *problemas interpessoais* [ $t(39) = .240$ ;  $\rho = .812$ ], *ineficácia* [ $t(39) = -.206$ ;  $\rho = .838$ ], *anedonia* [ $t(39) = -.488$ ;  $\rho = .628$ ] e *auto-estima negativa* [ $t(39) = -.817$ ;  $\rho = .419$ ], apresentam igualmente valores estatisticamente não significativos.

**Quadro 7. Diferenças da sintomatologia depressiva (CDI) em função do género**

	Masculino		Feminino		t	$\rho$
	M	DP	M	DP		
CDI_Total	9.88	6.098	11.32	6.625	-.702	.487
CDI_Humor_Negativo	.81	1.109	1.04	1.172	-.619	.540
CDI_Problemas_Interpessoais	.75	1.000	.68	.852	.240	.812
CDI_Ineficácia	2.50	1.414	2.60	1.581	-.206	.838
CDI_Anedonia	2.56	1.504	2.80	1.528	-.488	.628
CDI_Auto-Estima_Negativa	2.80	1.586	1.56	1.710	-.817	.419

\*  $\rho < .05$

Os resultados apresentados no Quadro 8 revelam diferenças estatisticamente significativas, na nota total da sintomatologia ansiosa [ $t(39) = -3.571$ ;  $p = .001$ ], entre o género masculino ( $M = 39.94$ ;  $DP = 12.979$ ) e feminino ( $M = 55.08$ ;  $DP = 13.410$ ). O sexo feminino apresenta valores totais de sintomatologia ansiosa mais elevados, comparativamente ao sexo masculino.

Os resultados obtidos permitem verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, em cinco dos dez factores da MASC.

O factor *sintomas físicos*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -3.716$ ;  $p = .001$ ], entre o género masculino ( $M = 6.81$ ;  $DP = 4.969$ ) e feminino ( $M = 14.16$ ;  $DP = 6.823$ ). O factor *evitamento perigo*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -2.486$ ;  $p = .017$ ], entre o género masculino ( $M = 14.88$ ;  $DP = 3.500$ ) e feminino ( $M = 18.08$ ;  $DP = 4.300$ ). O factor *tensão impaciência*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -2.597$ ;  $p = .013$ ], entre o género masculino ( $M = 4.38$ ;  $DP = 3.117$ ) e feminino ( $M = 7.44$ ;  $DP = 4.001$ ). O factor *queixas somáticas*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -4.434$ ;  $p = .000$ ], entre o género masculino ( $M = 2.44$ ;  $DP = 2.250$ ) e feminino ( $M = 6.72$ ;  $DP = 3.410$ ). Por último, o factor *coping ansioso*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = -2.756$ ;  $p = .006$ ], entre o género masculino ( $M = 7.31$ ;  $DP = 2.243$ ) e feminino ( $M = 9.68$ ;  $DP = 2.926$ ). Em qualquer um dos factores, o sexo feminino apresenta valores de ansiedade mais elevados, comparativamente ao sexo masculino.

Os factores da MASC, *ansiedade social* [ $t(39) = -1.614$ ;  $p = .115$ ], *ansiedade de separação* [ $t(39) = -1.048$ ;  $p = .301$ ], *humilhação rejeição* [ $t(39) = -1.094$ ;  $p = .280$ ], *desempenho público* [ $t(39) = -1.900$ ;  $p = .065$ ] e *perfeccionismo* [ $t(39) = -1.479$ ;  $p = .147$ ], não apresentam diferenças estatisticamente significativas, entre os géneros.

**Quadro 8. Diferenças da sintomatologia ansiosa em função do género**

	Masculino		Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
MASC_Total	39.94	12.979	55.08	13.410	-3.571	.001*
MASC_Sintomas_Físicos	6.81	4.969	14.16	6.823	-3.716	.001*
MASC_Ansiedade_Social	11.69	5.225	14.56	5.760	-1.614	.115
MASC_Ansiedade_de_Separação	6.56	5.703	8.28	4.713	-1.048	.301
MASC_Evitamento_Perigo	14.88	3.500	18.08	4.300	-2.496	.017*
MASC_Tensão_Impaciência	4.38	3.117	7.44	4.001	-2.597	.013*
MASC_Queixas_Somáticas	2.44	2.250	6.72	3.410	-4.434	.000*
MASC_Humilhação_Rejeição	7.00	3.559	8.32	3.891	-1.094	.280
MASC_Desempenho_Público	4.69	2.496	6.24	2.587	-1.900	.065
MASC_Perfeccionismo	7.56	1.548	8.40	1.893	-1.479	.147
MASC_Coping_Ansioso	7.31	2.243	9.68	2.926	-2.756	.006*

\*  $p < .05$

## 2.2. Idade

Os resultados obtidos (Quadro 9) na nota total do funcionamento psicossocial, não apresentam diferenças estatisticamente significativas [ $F(3,73) = .226$ ;  $\rho = .877$ ], entre as idades. O mesmo se verifica relativamente aos domínios do trabalho [ $F(3,73) = .341$ ;  $\rho = .796$ ], das relações interpessoais [ $F(3,73) = 1.459$ ;  $\rho = .242$ ], das actividades recreativas [ $F(3,73) = 1.073$ ;  $\rho = .373$ ] e da satisfação [ $F(3,73) = .308$ ;  $\rho = .819$ ].

**Quadro 9. Diferenças do funcionamento psicossocial em função da idade**

	Idades									
	12 Anos (N = 14)		13 Anos (N = 8)		14-15 Anos (N = 14)		16-18 Anos (N = 5)		F	$\rho$
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Total_FP	8.29	1.437	8.75	2.765	8.43	2.227	9.20	3.493	.226	.877
D_Trabalho	2.36	.745	2.25	1.135	2.50	.519	2.60	.548	.341	.796
D_Relações Interpessoais	2.21	.802	3.00	1.309	2.50	1.019	2.00	.707	1.459	.242
D_Actividades_ Recreativas	1.86	.770	1.63	.744	1.64	.633	2.40	1.673	1.073	.373
D_Satisfação	1.86	.535	1.88	.991	1.79	.893	2.20	1.095	.308	.819

\*  $\rho < .05$

Os resultados obtidos (Quadro 10) na nota total da sintomatologia depressiva (CDI), não apresentam diferenças estatisticamente significativas [ $F(3,73) = 2.398$ ;  $\rho = .084$ ], entre as idades.

O único factor do CDI que apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3,73) = 2.965$ ;  $\rho = .044$ ], entre as idades, é o *humor negativo*. Foi realizado o *Post Hoc*<sup>6</sup> para determinar a natureza das diferenças entre os patamares das idades, referente ao factor do CDI, *humor negativo*. O teste *Turkey HSD* revela que os adolescentes com 12 anos ( $M = .43$ ;  $DP = .646$ ) apresentam valores mais baixos no factor *humor negativo*, comparativamente com os adolescentes de 13 anos ( $M = 1.75$ ;  $DP = 1.581$ ).

**Quadro 10. Diferenças da sintomatologia depressiva (CDI) em função da idade**

	Idades									
	12 Anos (N = 14)		13 Anos (N = 8)		14-15 Anos (N = 14)		16-18 Anos (N = 5)		F	$\rho$
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
CDI_T	7.86	2.958	14.88	8.132	11.57	6.790	10.00	6.892	2.398	.084
CDI_HN	.43	.646	1.75	1.581	1.14	1.099	.60	.894	2.965	.044*
CDI_PI	.43	.646	1.38	1.408	.64	.745	.60	.548	2.122	.114

<sup>6</sup> Quando se testa a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se aos testes *Post-hoc*, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2005).

CDI_I	2.21	1.251	2.75	1.488	2.93	1.730	2.20	1.643	.650	.588
CDI_A	2.21	1.188	3.25	1.282	2.86	1.562	2.80	2.387	.894	.453
CDI_AE	.79	1.251	2.38	1.923	1.43	1.604	1.40	2.074	1.642	.196

\*  $\rho < .05$

Os resultados obtidos (Quadro 11) na nota total da sintomatologia ansiosa (MASC), não apresentam diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.37) = .305$ ;  $\rho = .821$ ], entre as idades.

O factor da *ansiedade de separação*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.37) = 5.092$ ;  $\rho = .005$ ], entre as idades. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar o sentido das diferenças entre os patamares das idades. O teste *Turkey HSD* revela que os adolescentes com 12 anos ( $M = 11.29$ ;  $DP = 4.462$ ) apresentam valores mais elevados no factor *ansiedade de separação* comparativamente aos adolescentes de 14 e 15 anos ( $M = 5.07$ ;  $DP = 3.198$ ). Os restantes patamares não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao factor *ansiedade de separação*.

**Quadro 11. Diferenças da sintomatologia ansiosa (MASC) em função da idade**

	Idades									
	12 Anos (N = 14)		13 Anos (N = 8)		14-15 Anos (N = 14)		16-18 Anos (N = 5)		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
MASC_T	52.36	10.26	47.13	18.31	47.50	15.87	48.20	21.60	.305	.821
MASC_SF	9.57	5.003	9.50	8.246	13.50	7.036	12.80	10.81	.969	.418
MASC_AS	13.79	4.353	14.00	7.690	13.36	5.329	11.80	7.727	.172	.914
MASC_AS	11.29	4.462	7.00	5.806	5.07	3.198	5.40	5.367	5.092	.005*
MASC_EP	17.71	3.099	16.63	5.528	15.57	4.831	18.20	3.271	.771	.517
MASC_TI	5.14	2.107	4.88	3.871	7.86	4.312	7.00	6.042	1.597	.207
MASC_QS	4.43	3.298	4.63	4.502	5.64	3.296	5.80	4.868	.346	.792
MASC_HR	7.71	3.221	9.13	4.390	7.64	3.608	6.40	5.177	.549	.652
MASC_DP	6.07	2.401	4.88	3.482	5.71	2.494	5.40	2.702	.350	.790
MASC_P	8.43	1.342	8.00	1.512	7.29	2.232	9.40	1.140	2.174	.108
MASC_CA	9.29	1.939	8.63	4.307	8.29	3.148	8.80	2.280	.269	.847

\*  $\rho < .05$

Os resultados do Quadro 12 permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, em três dos nove factores do CBCL.

O factor *depressão* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.31) = 7.223$ ;  $\rho = .001$ ], entre as idades. Foi realizado o *Post Hoc* entre os patamares das idades quanto ao factor *depressão* do CBCL. O teste *Turkey HSD* revela que os adolescentes com 12 anos ( $M = 2.07$ ;  $DP = 1.141$ ) apresentam valores mais baixos, comparativamente aos adolescentes com 16, 17 e 18 anos ( $M = 6.75$ ;  $DP = 3.862$ ). Verifica-se o mesmo nos adolescentes com 14 e 15 anos ( $M = 1.82$ ;  $DP = 1.888$ ), comparativamente aos adolescentes com 16, 17 e 18 anos ( $M = 6.75$ ;  $DP = 3.862$ ).

O factor *problemas sociais* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.31) = 5.316$ ;  $\rho = .005$ ], entre as idades. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar a natureza das diferenças entre os patamares das idades, referente ao factor *problemas sociais* do CBCL. O teste *Turkey HSD*, para o factor *problemas sociais* revela que os adolescentes com 13 anos ( $M = 4.60$ ;  $DP = 2.074$ ) apresentam valores mais elevados, comparativamente com os adolescentes de 14 e 15 anos ( $M = 2.08$ ;  $DP = 1.240$ ). Os adolescentes com 14 e 15 anos ( $M = 2.08$ ;  $DP = 1.240$ ), apresentam valores mais baixos, comparativamente com os adolescentes de 16, 17 e 18 anos ( $M = 4.75$ ;  $DP = 1.258$ ).

Por último, o factor *queixas somáticas* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.31) = 8.142$ ;  $\rho = .000$ ], entre as idades. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar a natureza das diferenças entre os patamares das idades, referente ao factor *queixas somáticas* do CBCL. O teste *Turkey HSD*, para o factor *queixas somáticas* revela que os adolescentes com 12 anos ( $M = 1.14$ ;  $DP = .770$ ) apresentam valores mais baixos, comparativamente com os adolescentes de 13 anos ( $M = 3.80$ ;  $DP = 2.683$ ) e com os adolescentes de 16, 17 e 18 anos ( $M = 4.50$ ;  $DP = 2.646$ ). Os adolescentes com 13 anos ( $M = 3.80$ ;  $DP = 2.683$ ) apresentam valores mais elevados, comparativamente com os adolescentes de 14 e 15 anos ( $M = 1.25$ ;  $DP = 1.215$ ). Por último, os adolescentes de 14 e 15 anos ( $M = 1.25$ ;  $DP = 1.215$ ) apresentam valores mais baixos, comparativamente com os adolescentes de 16, 17, e 18 anos ( $M = 4.50$ ;  $DP = 2.646$ ).

**Quadro 12. Diferenças dos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL) em função da idade**

	Idades									
	12 Anos		13 Anos		14-15 Anos		16-18 Anos		F	$\rho$
	(N = 14)		(N = 8)		(N = 14)		(N = 5)			
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
CBCL_OI	4.36	3.713	8.60	5.683	6.17	2.887	6.50	5.000	1.564	.218
CBCL_A	1.64	1.550	2.80	2.490	2.33	1.435	2.50	2.887	.658	.584
CBCL_HA	3.07	2.464	5.80	1.789	2.92	1.379	4.75	4.425	2.352	.091
CBCL_D	2.07	1.141	4.00	2.449	1.82	1.888	6.75	3.862	7.223	.001*
CBCL_PS	2.43	1.697	4.60	2.074	2.08	1.240	4.75	1.258	5.316	.005*
CBCL_QS	1.14	.770	3.80	2.683	1.25	1.215	4.50	2.646	8.142	.000*
CBCL_I	3.21	1.578	3.40	2.702	3.00	1.859	3.25	1.258	.066	.978
CBCL_A	2.36	2.205	3.80	1.924	1.75	1.545	3.75	3.202	1.663	.195
CBCL_OE	2.57	2.243	4.40	1.673	2.58	2.234	4.25	2.872	1.367	.271

\*  $\rho < .05$

### Estudo 3: Análise das variáveis em estudo em função das variáveis de adaptação

O presente estudo tem como objectivo averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas no funcionamento psicossocial, (A-

Tradução da Entrevista A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) e  
Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes  
Portugueses  
Andreia Sofia Batista Aires da Costa (e-mail: dreia-costa@sapo.pt)

LIFE), na sintomatologia depressiva (CDI) e na sintomatologia ansiosa (MASC) quanto às variáveis de adaptação. Assim, recorreu-se à *ANOVA uma via* para a análise do rendimento escolar (Quadros 13, 14 e 15) e ao teste *t de Student* para a análise das reprovações e das doenças físicas actuais (Quadros 16, 17 e 18).

### 3.1. Rendimento Escolar

Os resultados obtidos (Quadro 13) permitem verificar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de rendimento escolar e os domínios e nota total do funcionamento psicossocial.

O domínio do trabalho, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.36) = 3.397$ ;  $\rho = .028$ ], entre os níveis do rendimento escolar. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar a natureza destas diferenças. O teste *Turkey HSD*, revela que os adolescentes com um rendimento escolar suficiente ( $M = 2.83$ ;  $DP = .389$ ) apresentam valores de invalidação mais elevados comparativamente com os adolescentes com um rendimento escolar satisfatório ( $M = 2.17$ ;  $DP = .707$ ).

O domínio da satisfação, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.36) = 3.819$ ;  $\rho = .011$ ], entre os níveis do rendimento escolar. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar a natureza destas diferenças. O teste *Turkey HSD*, revela que os adolescentes com um rendimento escolar suficiente ( $M = 2.42$ ;  $DP = .793$ ) apresentam valores de invalidação mais elevados comparativamente aos adolescentes com um rendimento escolar bom ( $M = 1.72$ ;  $DP = .752$ ).

A nota total do funcionamento psicossocial, não apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.36) = 2.963$ ;  $\rho = .045$ ], entre os níveis do rendimento escolar.

**Quadro 13. Diferenças do funcionamento psicossocial em função do rendimento escolar**

	Rendimento Escolar									
	Suficiente		Satisfatório		Bom		Muito Bom		F	$\rho$
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
F_P_T	9.92	2.503	7.89	1.745	7.75	2.053	7.50	.707	2.963	.045
D_T	2.83	.389	2.17	.707	2.13	.641	2.50	.707	3.397	.028*
D_RI	2.58	1.084	2.33	1.085	2.25	.707	2.50	.707	.222	.880
D_AR	2.08	1.084	1.67	.767	1.88	.835	1.50	.707	.629	.601
D_S	2.42	.793	1.72	.752	1.50	.535	1.00	.000	3.819	.011*

\*  $\rho < .05$

\*\*N = 1 para rendimento escolar insuficiente

A nota total da sintomatologia depressiva (CDI), não apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $F(3.36) = 1.470$ ;  $\rho = .239$ ], entre os níveis do rendimento escolar (Quadro 14). O mesmo se verifica, nos factores *humor negativo* [ $F(3.36) = .964$ ;  $\rho = .429$ ], *problemas interpessoais* [ $F(3.36) = .834$ ;  $\rho = .484$ ], *ineficácia* [ $F(3.36) = 2.229$ ;  $\rho = .102$ ], *anedonia*

[F(3.36) = 1.161;  $\rho$  = .338] e *auto-estima negativa* [F(3.36) = 1.009;  $\rho$  = .400].

**Quadro 14. Diferenças na sintomatologia depressiva (CDI) em função do rendimento escolar**

	Rendimento Escolar									
	Suficiente		Satisfatório		Bom		Muito Bom		F	$\rho$
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
CDI_T	13.00	7.097	10.22	5.579	7.25	4.400	10.00	9.899	1.470	.239
CDI_HN	1.17	1.030	.78	1.166	.50	.756	1.50	.707	.946	.429
CDI_PI	.83	.718	.44	.616	.63	.916	1.00	1.414	.834	.484
CDI_I	2.83	1.749	2.89	1.183	1.38	1.408	2.50	2.121	2.229	.102
CDI_A	3.33	1.723	2.39	1.461	2.50	1.195	2.00	1.414	1.161	.338
CDI_AN	1.92	1.929	1.33	1.782	.63	.518	1.00	1.414	1.009	.400

\*  $\rho$  < .05

\*\* N = 1 para rendimento escolar insuficiente

Os resultados obtidos no Quadro 15 revelam a presença de diferenças estatisticamente significativas, entre os níveis do rendimento escolar e o factor *coping ansioso* da MASC [F(3.36) = 3.005;  $\rho$  = .043]. Foi realizado o *Post Hoc* para determinar a natureza destas diferenças. O teste *Turkey HSD*, revela que os adolescentes com um rendimento escolar suficiente (M = 7.58; DP = 2.937) apresentam valores mais baixos no *coping ansioso* comparativamente aos adolescentes com um rendimento escolar bom (M = 11.13; DP = 2.475).

A nota total da sintomatologia ansiosa (MASC), não apresenta diferenças estatisticamente significativas [F(3.36) = .356;  $\rho$  = .785], entre os níveis do rendimento escolar.

**Quadro 15. Diferenças na sintomatologia ansiosa (MASC) em função do rendimento escolar**

	Rendimento Escolar									
	Suficiente		Satisfatório		Bom		Muito Bom		F	$\rho$
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
MASC_T	46.67	18.36	49.83	14.88	53.13	13.72	44.00	4.243	.356	.785
MASC_SF	11.25	7.759	11.94	8.047	10.25	4.528	9.50	9.192	.137	.937
MASC_ASO	13.33	6.827	14.17	5.159	12.00	6.118	13.00	5.657	.254	.858
MASC_AS	7.08	5.900	6.83	4.731	10.63	4.868	5.00	2.243	1.273	.298
MASC_EP	15.00	4.918	16.89	3.270	20.25	3.196	16.50	6.364	2.855	.051
MASC_TI	6.83	4.914	6.39	3.943	5.13	2.532	6.00	5.657	.290	.832
MASC_QS	4.42	3.476	5.56	4.422	5.13	2.416	3.50	3.536	.329	.804
MASC_HR	7.50	4.523	8.06	3.670	7.25	3.808	8.50	2.121	.119	.948
MASC_DP	5.83	2.980	6.11	2.324	4.75	2.915	4.50	3.536	.612	.612
MASC_P	7.42	2.429	8.06	1.434	9.13	.991	9.00	1.414	1.726	.179
MASC_CA	7.58	2.937	8.83	2.358	11.13	2.475	7.50	4.950	3.005	.043*

\*  $\rho$  < .05

### 3.2. *Reprovações*

A presença de reprovações parece não estar significativamente relacionada com uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total [ $t(39) = .362, p = .719$ ] ou com qualquer um dos domínios que o constituem ( $p > .05$ ), tal como o total da sintomatologia depressiva [ $t(39) = .956, p = .345$ ] e o total da sintomatologia ansiosa [ $t(39) = 1.039, p = .305$ ]. Os factores que constituem o CDI e a MASC apresentam igualmente valores estatisticamente não significativos ( $p > .05$ ).

### 3.3. *Doenças Físicas Actuais*

De acordo com o Quadro 16, a nota total do funcionamento psicossocial apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.872; p = .007$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 10.57; DP = 2.829$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 8.12; DP = 1.887$ ). Os adolescentes com doenças físicas actuais apresentam maior invalidação no funcionamento psicossocial total.

O domínio das relações interpessoais apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.131; p = .039$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 3.14; DP = 1.464$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 2.29; DP = .836$ ). Os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam maior invalidação no domínio das relações interpessoais.

Por último, o domínio das actividades recreativas apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.755; p = .009$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 2.57; DP = 1.272$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 1.65; DP = .691$ ). Assim como no domínio das relações interpessoais, os adolescentes com doenças físicas actuais apresentam maior invalidação no domínio das actividades recreativas.

**Quadro 16. Diferenças do funcionamento psicossocial em função das doenças físicas actuais**

	Doenças Físicas Actuais					
	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
Funcionamento Psicossocial_Total	10.57	2.820	8.12	1.887	2.872	.007*
Domínio_Trabalho	2.43	.787	2.41	.701	.057	.955
Domínio_Relações_Interpessoais	3.14	1.464	2.29	.836	2.131	.039*
Domínio_Actividades_Recreativas	2.57	1.272	1.65	.691	2.755	.009*
Domínio_Satisfação	2.43	1.134	1.76	.699	1.492	.180

\*  $p < .05$

Os resultados obtidos no Quadro 17 revelam que a nota total da sintomatologia depressiva (CDI), apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.962$ ;  $p = .005$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 16.71$ ;  $DP = 6.676$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 9.53$ ;  $DP = 5.679$ ). Assim, os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva.

O factor do CDI *anedonia*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 3.047$ ;  $p = .004$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 4.14$ ;  $DP = 1.574$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 2.41$ ;  $DP = 1.328$ ). Os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores de sintomatologia mais elevados no factor *anedonia*.

Por último, o factor *auto-estima negativa* apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 4.744$ ;  $p = .000$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 3.57$ ;  $DP = 1.813$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = .94$ ;  $DP = 1.229$ ). Assim como, no factor *anedonia*, os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores de sintomatologia mais elevados no factor *auto-estima negativa*.

**Quadro 17. Diferenças na sintomatologia depressiva (CDI) em função das doenças físicas actuais**

	Doenças Físicas Actuais				t	p
	Sim		Não			
	M	DP	M	DP		
CDI_Total	16.71	6.676	9.53	5.679	2.962	.005*
CDI_Humor_Negativo	1.71	1.254	.79	1.067	2.020	.050
CDI_Problemas_Interpessoais	.57	.535	.74	.963	-.434	.667
CDI_Ineficácia	3.29	1.704	2.41	1.438	1.421	.163
CDI_Anedonia	4.14	1.574	2.41	1.328	3.047	.004*
CDI_Auto-Estima_Negativa	3.57	1.813	.94	1.229	4.744	.000*

\*  $p < .05$

Os resultados obtidos no Quadro 18 indicam a presença de diferenças estatisticamente significativas para a nota total da sintomatologia ansiosa e em cinco dos dez factores da MASC.

A nota total da sintomatologia ansiosa (MASC), apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.551$ ;  $p = .015$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 61.57$ ;  $DP = 18.238$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 46.62$ ;  $DP = 13.241$ ). Assim, os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores mais elevados de sintomatologia ansiosa.

O factor *sintomas físicos*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 4.160$ ;  $p = .000$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 19.89$ ;  $DP = 8.896$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 9.53$ ;  $DP = 5.281$ ). Os adolescentes com doenças físicas

actuais, apresentam valores no factor *sintomas físicos*, muito elevados, comparativamente com os adolescentes sem doenças físicas actuais.

O factor *ansiedade social*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.574$ ;  $\rho = .014$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 18.14$ ;  $DP = 6.517$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 12.47$ ;  $DP = 5.059$ ). Os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores mais elevados de *ansiedade social*.

O factor *tensão impaciência*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 3.982$ ;  $\rho = .000$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 10.86$ ;  $DP = 4.741$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 5.29$ ;  $DP = 3.050$ ). Os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam sintomas de *tensão impaciência* cerca de duas vezes superiores, aos adolescentes sem doenças físicas actuais.

O factor *queixas somáticas*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 3.575$ ;  $\rho = .001$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 9.00$ ;  $DP = 4.761$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 4.24$ ;  $DP = 2.840$ ). As *queixas somáticas* são mais frequentes nos adolescentes com doenças físicas actuais, comparativamente com os adolescentes sem doenças físicas actuais.

Por último, o factor *desempenho público*, apresenta diferenças estatisticamente significativas [ $t(39) = 2.627$ ;  $\rho = .012$ ], entre os adolescentes com doenças físicas actuais ( $M = 7.86$ ;  $DP = 2.911$ ) e os adolescentes sem doenças físicas actuais ( $M = 5,18$ ;  $DP = 2.367$ ).

**Quadro 18. Diferenças na sintomatologia ansiosa (MASC) em função das doenças físicas actuais**

	Doenças Físicas Actuais					
	Sim		Não		t	$\rho$
	M	DP	M	DP		
MASC_Total	61.57	18.238	46.62	13.241	2.551	.015*
MASC_Sintomas_Físicos	19.89	8.896	9.53	5.281	4.160	.000*
MASC_Ansiedade_Social	18.14	6.517	12.47	5.059	2.574	.014*
MASC_Ansiedade_de_Separação	5.86	4.220	7.97	5.271	-.994	.326
MASC_Evitamento_Perigo	17.71	4.461	16.65	4.270	.598	.553
MASC_Tensão_Impaciência	10.86	4.741	5.29	3.050	3.982	.000*
MASC_Queixas_Somáticas	9.00	4.761	4.24	2.840	3.575	.001*
MASC_Humilhação_Rejeição	10.29	4.192	7.29	3.538	1.977	.055
MASC_Desempenho_Público	7.86	2.911	5.18	2.367	2.627	.012*
MASC_Perfeccionismo	8.57	1.272	7.97	1.883	.803	.427
MASC_Coping_Ansioso	9.14	3.934	8.68	2.705	.384	.703

\*  $\rho < .05$

#### **Estudo 4. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo.**

Este estudo tem como objectivo averiguar a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, problemas internalizantes e

externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores e psicopatologia parental) e o funcionamento psicossocial. Para tal foram usadas correlações de *r* de Pearson<sup>7</sup> (Quadros 19, 20, 21 e 22).

#### 4.1. Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva (CDI) (Quadro 19)

A relação entre o total do funcionamento psicossocial, avaliado pela A-LIFE, e o total dos sintomas depressivos, avaliados pelo CDI, foi investigada utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*, através do qual se evidencia uma correlação positiva moderada ( $r = .526$ ,  $\rho = .000$ ). Assim, uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total está significativamente relacionada com valores mais elevados de sintomatologia depressiva.

A análise da relação dos domínios do funcionamento psicossocial com o valor total da sintomatologia depressiva, evidenciou a presença de relações estatisticamente significativas. O total da sintomatologia depressiva apresenta relações positivas moderadas com o domínio das relações interpessoais ( $r = .615$ ,  $\rho = .000$ ) e com o domínio da satisfação ( $r = .466$ ,  $\rho = .002$ ).

Os factores *anedonia* ( $r = .627$ ,  $\rho = .000$ ) e *auto-estima negativa* ( $r = .529$ ,  $\rho = .000$ ), possuem relações positivas e moderadas com o total do funcionamento psicossocial. Isto é, valores mais elevados de *anedonia* e *auto-estima negativa* surgem associados a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total.

O domínio do trabalho e o factor dos *problemas interpessoais* medido pelo CDI ( $r = .353$ ,  $\rho = .024$ ) apresentam uma relação baixa positiva. Isto significa, que uma maior invalidação no domínio do trabalho surge positivamente associada com a presença de *problemas interpessoais*, embora esta associação seja baixa.

No domínio das relações interpessoais, o total da sintomatologia depressiva surge com correlações moderadas e positivas ( $r = .615$ ,  $\rho = .000$ ). Os factores *humor negativo* ( $r = .436$ ,  $\rho = .004$ ), *anedonia* ( $r = .602$ ,  $\rho = .000$ ) e *auto-estima negativa* ( $r = .588$ ,  $\rho = .000$ ), surgem com relações moderadas e positivas com este domínio.

O domínio das actividades recreativas e o factor *anedonia*, apresentam uma relação baixa e positiva ( $r = .394$ ,  $\rho = .011$ ).

Por último, o domínio da satisfação revela relações moderadas e positivas ( $r = .466$ ,  $\rho = .002$ ) com o total da sintomatologia depressiva. Os factores *anedonia* ( $r = .604$ ,  $\rho = .000$ ) e *auto-estima negativa* ( $r = .501$ ,  $\rho =$

<sup>7</sup> Para medir a intensidade da associação entre variáveis intervalo/rácio utiliza-se o *r* de *Pearson*. Por convenção em ciências exactas sugere-se que, qualquer um dos coeficientes de correlação menor que .2 indica uma associação linear muito baixa; entre .2 e .39 baixa; entre .4 e .69 moderada; entre .7 e .89 alta; e por fim entre .9 e 1 uma associação muito alta. Lógica semelhante aplica-se para as correlações negativas (Pestana & Gageiro, 2005).

.001), surgem positivamente e moderadamente relacionados com uma maior invalidação neste domínio.

**Quadro 19. Coeficientes de correlação de Pearson entre os valores do funcionamento psicossocial e o CDI**

	Funcionamento Psicossocial		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	Total		r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
	r	ρ								
CDI_Total	.526	.000*	.056	.727	.615	.000*	.162	.312	.466	.002*
CDI_HN	.266	.093	.150	.349	.436	.004*	-.035	.828	.101	.528
CDI_PI	.216	.174	.353	.024*	.146	.362	-.106	.508	.223	.161
CDI_I	.117	.468	.152	.341	.198	.215	-.124	.439	.078	.628
CDI_A	.627	.000*	-.048	.767	.602	.000*	.394	.011*	.604	.000*
CDI_AE_N	.529	.000*	-.078	.629	.588	.000*	.279	.077	.501	.001*

\*  $\rho < .05$

#### 4.2. Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa (MASC) (Quadro 20)

A relação entre o funcionamento psicossocial, avaliado pela A-LIFE, e a sintomatologia ansiosa, avaliada pela MASC, foi investigada utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*.

O total da sintomatologia ansiosa, surge com uma relação baixa e positiva com o domínio das relações interpessoais ( $r = .368$ ,  $\rho = .018$ ).

O total do funcionamento psicossocial, surge com relações baixas e positivas com os factores *ansiedade social* ( $r = .377$ ,  $\rho = .015$ ), *humilhação rejeição* ( $r = .350$ ,  $\rho = .025$ ) e *desempenho público* ( $r = .310$ ,  $\rho = .049$ ).

O domínio do trabalho surge com uma relação moderada negativa com o factor *evitamento perigo* ( $r = -.407$ ,  $\rho = .008$ ), com relações baixas e negativas com o *perfeccionismo* ( $r = -.340$ ,  $\rho = .030$ ) e o *coping ansioso* ( $r = -.389$ ,  $\rho = .012$ ).

Os resultados obtidos revelam relações baixas e positivas do domínio das relações interpessoais com os factores *sintomas físicos* ( $r = .383$ ,  $\rho = .014$ ), *tensão impaciência* ( $r = .359$ ,  $\rho = .021$ ), *queixas somáticas* ( $r = .356$ ,  $\rho = .022$ ) e relações moderadas e positivas com os factores *ansiedade social* ( $r = .419$ ,  $\rho = .006$ ) e *desempenho público* ( $r = .470$ ,  $\rho = .002$ ).

O domínio da satisfação apresenta relações baixas positivas com os factores *ansiedade social* ( $r = .386$ ,  $\rho = .013$ ), *humor negativo* ( $r = .359$ ,  $\rho = .021$ ) e *desempenho público* ( $r = .317$ ,  $\rho = .043$ ).

**Quadro 20. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre os valores do funcionamento psicossocial e a MASC**

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
MASC_Total	.235	.140	-.216	.175	.368	.018*	.170	.288	.198	.215
MASC_SF	.242	.128	-.095	.556	.383	.014*	.155	.334	.110	.492
MASC_ASO	.377	.015*	-.109	.497	.419	.006*	.215	.177	.386	.013*
MASC_AS	.093	.563	-.044	.785	.049	.762	.106	.511	.120	.453
MASC_EP	-.187	.243	-.407	.008*	.047	.769	-.070	.665	-.143	.372
MASC_TI	.280	.077	.008	.962	.359	.021*	.145	.366	.166	.301
MASC_QS	.168	.294	-.192	.229	.356	.022*	.144	.368	.036	.824
MASC_HR	.350	.025*	-.053	.741	.301	.056	.261	.099	.359	.021*
MASC_DP	.310	.049*	-.158	.323	.470	.002*	.088	.585	.317	.043*
MASC_P	-.072	.653	-.340	.030*	.051	.750	.025	.875	.006	.968
MASC_CA	-.230	.148	-.389	.012*	.038	.814	-.118	.462	-.215	.148

\*  $\rho < .05$

#### 4.3. Relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL) (quadro 21)

A relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores, através do CBCL, foi investigada utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*.

O factor *depressão*, medido através do CBCL, apresenta uma relação moderada positiva com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .439$ ,  $\rho = .009$ ) e relações baixas positivas com o domínio das relações interpessoais ( $r = .387$ ,  $\rho = .024$ ), o domínio das actividades recreativas ( $r = .366$ ,  $\rho = .033$ ) e o domínio da satisfação ( $r = .354$ ,  $\rho = .040$ ).

O factor *ineficácia*, apresenta uma relação baixa positiva ( $r = .367$ ,  $\rho = .030$ ) com o domínio da satisfação.

**Quadro 21. Coeficientes de correlação de Pearson entre os valores do funcionamento psicossocial e o CBCL**

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
CBCL_OI	.196	.260	.048	.784	-.011	.948	.262	.129	.205	.238
CBCL_A	.070	.690	.105	.549	-.088	.617	.033	.851	.156	.371
CBCL_HA	.174	.319	.242	.162	.029	.870	.046	.793	.169	.260
CBCL_D	.439	.009*	.042	.812	.387	.024*	.366	.033*	.354	.040*
CBCL_PS	.219	.207	.160	.358	.235	.175	.178	.306	.026	.884
CBCL_QS	.221	.202	.040	.818	.028	.871	.269	.117	.230	.184
CBCL_I	.206	.236	.124	.479	-.014	.934	.091	.602	.367	.030*
CBCL_A	.263	.127	1.98	.255	-.052	.766	.328	.055	.235	.175
CBCL_OE	.238	.169	.192	.269	-.051	.770	.268	.120	.238	.169

\*  $\rho < .05$

#### 4.4. Relação entre o funcionamento psicossocial e a psicopatologia parental (BSI) (Quadro 22)

Os valores encontrados na correlação do funcionamento psicossocial com a psicopatologia parental revelam associações baixas e negativas. Ainda que, o factor *ansiedade* do BSI, apresente valores estatisticamente significativos com o domínio do trabalho, esta relação é baixa e negativa ( $r = -.343$ ,  $\rho = .047$ ). Os resultados encontrados não permitem estabelecer uma relação entre a psicopatologia parental e o funcionamento psicossocial dos adolescentes.

**Quadro 22. Coeficientes de correlação de Pearson entre os valores do funcionamento psicossocial e o BSI**

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
BSI_S	.202	.252	-.263	.133	.196	.268	.212	.230	.279	.110
BSI_OC	-.121	.494	-.290	.096	-.086	.627	-.071	.691	.077	.666
BSI_SI	-.321	.064	-.240	.171	-.252	.150	-.182	.302	-.178	.313
BSI_D	-.149	.400	-.252	.151	-.135	.447	-.049	.783	-.002	.993
BSI_A	.053	.767	-.343	.047*	.236	.179	.018	.920	.150	.398

Tradução da Entrevista A-LIFE (*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) e Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes Portugueses  
 Andreia Sofia Batista Aires da Costa (e-mail: dreia-costa@sapo.pt)

BSI_H	-.163	.358	-.285	.102	.056	.754	-.107	.547	-.123	.489
BSI_AF	.082	.645	-.079	.658	.056	.753	.105	.556	.092	.604
BSI_IP	-.206	.242	-.263	.132	-.142	.424	-.005	.977	-.181	.305
BSI_P	-.285	.102	-.283	.105	-.210	.234	-.178	.315	-.102	.567

\*  $\rho < .05$

### Estudo 5. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo, em função do grupo da população

Este estudo tem como objectivo averiguar a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores) e o funcionamento psicossocial, tendo em conta o grupo da população. Como  $N \leq 30$ , foram usadas correlações de *r de Spearman*<sup>8</sup> para a compreensão da natureza destas diferenças.

#### 5.1. Diferenças na relação do funcionamento psicossocial com a sintomatologia depressiva (CDI), nos grupos da população<sup>9</sup>

Os resultados obtidos revelam diferenças entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada.

No grupo da população geral, o total da sintomatologia depressiva (CDI) apresenta uma relação moderada positiva ( $r = .416$ ,  $\rho = .039$ ), com o total do funcionamento psicossocial. O total da sintomatologia depressiva (CDI), apresenta igualmente uma relação moderada positiva ( $r = .439$ ,  $\rho = .028$ ), com o domínio da satisfação.

O factor *anedonia* (CDI), apresenta relações moderadas positivas com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .476$ ,  $\rho = .016$ ) e o domínio das relações interpessoais ( $r = .444$ ,  $\rho = .026$ ).

No grupo da população clinicamente referenciada, o total da sintomatologia depressiva (CDI), revela uma relação alta positiva ( $r = .768$ ,  $\rho = .001$ ), com o domínio das relações interpessoais.

O factor do CDI, *problemas interpessoais* revela uma relação moderada positiva ( $r = .549$ ,  $\rho = .028$ ), com o domínio da satisfação.

Os factor do CDI *ineficácia* ( $r = .554$ ,  $\rho = .026$ ) apresenta uma relação

<sup>8</sup> O *Ró de Spearman* é alternativa não paramétrica do *R de Pearson*. Por convenção em ciências exactas sugere-se que, coeficientes de correlação menor que .2 indica uma associação linear muito baixa; entre .2 e .39 baixa; entre .4 e .69 moderada; entre .7 e .89 alta; e por fim entre .9 e 1 uma associação muito alta. Lógica semelhante aplica-se para as correlações negativas (Pestana & Gageiro, 2005).

<sup>9</sup> Os quadros dos coeficientes de correlação de Spearman, do grupo da população geral e no grupo da população clinicamente referenciada, podem ser consultados no Anexo C

moderada positiva e os factores *anedonia* ( $r = .711$ ,  $\rho = .002$ ) e *auto-estima negativa* ( $r = .718$ ,  $\rho = .002$ ) uma relação alta e positiva com o domínio das relações interpessoais.

Por último, o factor *anedonia*, revela uma relação moderada e positiva com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .545$ ,  $\rho = .029$ ).

### 5.2. Diferenças na relação do funcionamento psicossocial com a sintomatologia ansiosa (MASC), nos grupos da população<sup>10</sup>

Os resultados obtidos revelam diferenças entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada.

No grupo da população geral, o total da sintomatologia ansiosa (MASC) apresenta relações moderadas positivas, com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .409$ ,  $\rho = .042$ ), com o domínio das relações interpessoais ( $r = .470$ ,  $\rho = .018$ ) e com o domínio da satisfação ( $r = .411$ ,  $\rho = .041$ ). O factor *ansiedade social*, medido através da MASC, revela relações moderadas positivas com o total do funcionamento psicossocial ( $r = .427$ ,  $\rho = .033$ ) e com o domínio da satisfação ( $r = .488$ ,  $\rho = .013$ ). O factor *desempenho público*, apresenta uma relação moderada positiva ( $r = .503$ ,  $\rho = .010$ ), com o domínio da satisfação. O factor *perfeccionismo* apresenta uma relação moderada negativa ( $r = -.470$ ,  $\rho = .018$ ), com o domínio do trabalho.

No grupo da população clinicamente referenciada, apenas surgem valores estatisticamente significativos no domínio das relações interpessoais. Sendo que os factores da MASC, *ansiedade social* ( $r = .498$ ,  $\rho = .050$ ) e o factor *tensão impaciência* ( $r = .501$ ,  $\rho = .048$ ) apresentam relações moderadas e positivas, com este domínio.

### 5.3. Diferenças na relação do funcionamento psicossocial com os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL), nos grupos da população<sup>11</sup>

Os resultados obtidos revelam diferenças entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada.

No grupo da população geral, o factor do CBCL *hiperactividade atenção*, apresenta uma relação moderada negativa ( $r = -.434$ ,  $\rho = .030$ ), com o domínio das actividades recreativas.

No grupo da população clinicamente referenciada, o total do funcionamento psicossocial apresenta relações altas e positivas com o factor *hiperactividade atenção* ( $r = .737$ ,  $\rho = .015$ ), *depressão* ( $r = .862$ ,  $\rho = .001$ ) e *queixas somáticas* ( $r = .881$ ,  $\rho = .001$ ) e uma relação moderada positiva com

<sup>10</sup> Os quadros dos coeficientes de correlação de Spearman, do grupo da população geral e no grupo da população clinicamente referenciada, podem ser consultados no Anexo D

<sup>11</sup> Os quadros dos coeficientes de correlação de Spearman, do grupo da população geral e no grupo da população clinicamente referenciada, podem ser consultados no Anexo E

o factor *problemas sociais* ( $r = .633$ ,  $\rho = .049$ ). O domínio das relações interpessoais revela uma relação moderada positiva ( $r = .653$ ,  $\rho = .041$ ), com o factor *depressão*. O domínio das actividades recreativas, apresenta uma relação alta e positiva com o factor *oposição imaturidade* ( $r = .803$ ,  $\rho = .005$ ) e uma relação moderada e positiva com o factor *depressão* ( $r = .638$ ,  $\rho = .047$ ). Por último, o domínio da satisfação revela relações altas e positivas com os factores do CBCL, *oposição imaturidade* ( $r = .726$ ,  $\rho = .017$ ), *hiperactividade atenção* ( $r = .791$ ,  $\rho = .006$ ), *depressão* ( $r = .787$ ,  $\rho = .007$ ), *queixas somáticas* ( $r = .896$ ,  $\rho = .000$ ) e *isolamento* ( $r = .760$ ,  $\rho = .011$ ), e relações moderadas e positivas com os factores *agressividade* ( $r = .649$ ,  $\rho = .042$ ) e *obsessivo esquizóide* ( $r = .669$ ,  $\rho = .034$ ).

### Estudo 6. Estudo comparativo entre adolescentes com bom funcionamento, funcionamento moderado, funcionamento pobre e funcionamento muito pobre

Tendo por base a entrevista original, os autores avaliam o resultado bruto do funcionamento psicossocial através de quatro categorias: bom, moderado, pobre e muito pobre. Os resultados deste estudo foram analisados, tendo em conta estas categorias.

O objectivo deste estudo é analisar se existem diferenças entre as categorias do funcionamento psicossocial em função do género e o tipo de amostra (Quadro 23). Para o efeito realizou-se o teste estatístico não paramétrico *qui quadrado*<sup>12</sup>.

**Quadro 23: Distribuição dos indivíduos pelos vários grupos, considerando o género e a população.**

Grupos	Género						População					
	Masculino		Feminino		Total		Geral		C.R.*		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Funcionamento Bom	7	17.1	15	36.6	22	53.7	17	41.5	5	12.2	22	53.7
Funcionamento Moderado	8	19.5	9	22.0	17	41.5	8	19.5	9	22.0	17	41.5
Funcionamento Pobre	1	2.4	1	2.4	2	4.9	-	-	2	4.9	2	4.9
Funcionamento Muito Pobre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*cl clinicamente referenciada

Dos valores obtidos no teste de *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), comprova-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género

<sup>12</sup> Este teste não paramétrico aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo (Pestana & Gageiro, 2005).

masculino e feminino, tendo em consideração os grupos do funcionamento psicossocial ( $\chi^2 = 1.043$ ,  $p = .594$ ). Relativamente ao grupo da população, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada ( $\chi^2 = 6.964$ ,  $p = .031$ ).

## V – Discussão

Na discussão, procura-se fazer a análise e apreciação crítica dos resultados, comparando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando realçar o seu significado e implicações. A discussão dos resultados é organizada de forma sequencial, de modo analisar as hipóteses formuladas.

### **Estudo 1: Comparação entre um grupo da população geral e um grupo da população clinicamente referenciada**

Existiram diferenças estatisticamente significativas na nota total do funcionamento psicossocial entre os adolescentes do grupo da população clinicamente referenciada e do grupo da população geral. Estes dados vão de encontro ao estudo realizado por Gledhill (2010), que também encontrou diferenças estatisticamente significativas entre uma amostra da população geral e uma amostra da população clínica. O domínio das relações interpessoais, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre a amostra da população geral e a amostra da população clinicamente referenciada. Os adolescentes da amostra da população clinicamente referenciada, apresentam valores de invalidação mais elevados, no domínio das relações interpessoais, comparativamente com a amostra da população geral.

Assim, a hipótese H1 (prevê-se a existência de diferenças no funcionamento psicossocial entre o grupo da população clinicamente referenciada e o grupo da população geral), foi confirmada pelos resultados.

Existem, ainda, diferenças no funcionamento psicossocial entre o grupo da população geral e o grupo da população clinicamente referenciada quanto à sintomatologia depressiva medida pelo CDI. O total da sintomatologia depressiva e os factores *anedonia* e *auto-estima negativa* apresentam valores mais elevados na amostra da população clinicamente referenciada.

No que concerne à sintomatologia ansiosa, avaliada através da MASC, o presente estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas, entre a amostra da população geral e a amostra da população clinicamente referenciada. Estes resultados poderão dever-se ao facto de que os valores de ansiedade, medidos com a MASC, serem semelhantes em ambas as amostras, como por exemplo em ambas as amostras surgirem adolescentes com valores muito elevados e muito baixos de sintomatologia ansiosa.

Relativamente aos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores, houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras da população. Os factores *hiperactividade atenção, depressão e isolamento* apresentam valores mais elevados na amostra da população clinicamente referenciada.

## **Estudo 2: Análise das variáveis em estudo em função das variáveis sociodemográficas (género e idade)**

### *2.1. Género*

Estudos realizados com a A-LIFE denotam a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, no que respeita ao total do funcionamento psicossocial (Goldstein et al., 2009; Gledhill, 2010). O presente estudo vai de encontro a estes resultados, sendo que a nota total do funcionamento psicossocial não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. Porém, o domínio do trabalho apresenta valores de invalidação mais elevados, no sexo masculino, comparativamente com o sexo feminino sendo esta diferença significativa.

Estudos realizados (Shortt, 2006, Zahn-Waxler, 2000), têm vindo a denotar valores mais elevados de sintomatologia depressiva no sexo feminino, comparativamente com o sexo masculino. Porém, no presente estudo, os resultados das diferenças da sintomatologia depressiva (CDI), entre os géneros, não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

O sexo feminino apresenta valores mais elevados de sintomatologia ansiosa (MASC), tanto ao nível da nota total como ao nível dos factores: *sintomas físicos, evitamento perigo, tensão impaciência, humilhação rejeição e coping ansioso*. Estes resultados vão de encontro a estudos já realizados (Benjamin et al., 1990 cit in March et al., 1997; Zahn-Waxler, 2000).

### *2.2. Idade*

O funcionamento psicossocial não apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente aos vários patamares de idade.

O factor *humor negativo*, medido através do CDI, apresenta diferenças estatisticamente significativas, entre os patamares das idades, sendo os adolescentes de 13 e de 14-15 anos, os que apresentam valores mais elevados. Estes resultados vão de encontro a estudos já realizados (Saluja et al., 2004; Barbosa e cols., 1996; Hankin et al., 1998).

Zahn-Waxler (2000) salienta que a *ansiedade de separação*, surge mais frequentemente durante a primeira e média infância e tende a diminuir ao longo da idade. No presente estudo, o factor *ansiedade de separação*, medido através da MASC, apresenta diferenças estatisticamente significativas. Os valores de *ansiedade de separação* diminuem à medida

que a idade aumenta, sendo os adolescentes de 12 anos os que apresentam valores de ansiedade mais elevados.

Os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL), apresentaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à idade. O factor *depressão* denota diferenças entre os patamares de idades, sendo os adolescentes de 13 e 16-18 anos os que apresentam valores mais elevados. Sendo assim, estes resultados parecem ir de encontro às faixas etárias onde ocorrem normalmente valores mais elevados de Depressão sugeridos por estudos anteriores (Saluja et al., 2004; Barbosa e cols., 1996; Hankin et al., 1998).

No factor *problemas sociais*, são os adolescentes de 16-18 anos que apresentam valores mais elevados, seguidos dos adolescentes de 13 anos. Por último, o factor *queixas somáticas*, surge com valores mais elevados em adolescentes dos 16-18 anos, seguidos pelos de 13 e 12 anos respectivamente.

### **Estudo 3: Análise das variáveis em estudo em função das variáveis de adaptação**

O presente estudo verificou as diferenças no funcionamento psicossocial, na sintomatologia depressiva (CDI) e na sintomatologia ansiosa (MASC), tendo em conta o rendimento escolar, as reprovações e a presença de doenças físicas actuais.

Os níveis do rendimento escolar apresentaram valores estatisticamente significativos, no domínio do trabalho e no domínio da satisfação. Em ambos os domínios, o nível suficiente foi o mais comum e o bom o menos comum.

No que respeita à sintomatologia depressiva (CDI), não existem diferenças estatisticamente significativas em termos dos níveis de rendimento escolar.

Por último, na sintomatologia ansiosa (MASC), o factor *coping ansioso* apresenta valores estatisticamente significativos, sendo os adolescentes com um nível bom, que apresentam valores mais elevados de ansiedade.

As presença ou ausência de reprovações não surge significativamente associada a nenhuma das variáveis. Este facto, poderá ser explicado através da grande disparidade existente entre os adolescentes com reprovações (N = 9) e os adolescentes sem reprovações (N = 32).

A presença de doenças físicas actuais apresenta valores estatisticamente significativos nas variáveis em estudo. Os adolescentes que apresentam doenças físicas actuais demonstram uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total, assim como nos domínios das relações interpessoais e das actividades recreativas.

Os adolescentes com doenças físicas actuais, apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva. O mesmo se verifica, para os factores

*anedonia a auto-estima negativa.*

A nota total da sintomatologia ansiosa, apresenta valores significativamente mais elevados, nos adolescentes com doenças físicas actuais. Os factores *sintomas físicos, ansiedade social, tensão impaciência e desempenho público*, apresentam igualmente valores mais elevados nos adolescentes com doenças físicas actuais.

#### **Estudo 4. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo.**

##### *4.1. Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva*

Alguns estudos realizados (Gledhill, 2010; McCabe, 2011; Lewinsohn, 2003; Judd, 2000) têm vindo a estabelecer uma relação entre sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial. A presença de sintomatologia depressiva tem vindo a ser relacionada com uma maior invalidação no funcionamento psicossocial.

No presente estudo, os resultados obtidos vão de encontro aos estudos já realizados. As relações entre os factores do CDI e os domínios do funcionamento psicossocial apresentam valores significativos. A presença de sintomatologia depressiva, surge associada a uma maior invalidação nos domínios das relações interpessoais e da satisfação.

Os factores do CDI, *anedonia* e *auto-estima negativa*, surgem associados a uma maior invalidação na nota total do funcionamento psicossocial, com correlações moderadas e positivas.

No presente estudo, os domínios do funcionamento psicossocial surgem associados a determinados factores do CDI. No domínio do trabalho, o factor *problemas interpessoais*, medido pelo CDI, surge com correlações baixas e significativas, ainda que baixa existe uma relação entre os *problemas interpessoais* e o trabalho.

O domínio das relações interpessoais surge com correlações moderadas positivas com a nota total da sintomatologia depressiva, com os factores *anedonia, auto-estima negativa e humor negativo*.

O domínio das actividades recreativas estabelece uma relação baixa e positiva com o factor do CDI *anedonia*.

No domínio da satisfação, o valor da correlação com a nota total da sintomatologia depressiva, apresenta valores moderados e positivos. Os factores *anedonia* e *auto-estima negativa*, surgem positivamente relacionados com uma maior invalidação neste domínio, com correlações moderadas positivas.

Os resultados obtidos estabelecem uma relação moderada entre a sintomatologia depressiva, medida pelo CDI, e o funcionamento psicossocial. Assim, a presença de sintomatologia depressiva está relacionada com uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total.

A hipótese de estudo H3 (prevê-se que a sintomatologia depressiva esteja positivamente correlacionada com uma maior invalidação do funcionamento psicossocial) é por isso corroborada pelos resultados.

#### 4.2. *Relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa*

A relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa tem vindo a ser estudada (Zahn-Waxler, 2000). O presente estudo, permite estabelecer a relação entre estas duas variáveis.

O total da sintomatologia ansiosa, surge com uma relação baixa e positiva com o domínio das relações interpessoais.

O total do funcionamento psicossocial, surge igualmente com relações baixas e positivas com os factores *ansiedade social*, *humilhação rejeição* e *desempenho público*. Ainda que com uma baixa associação, podemos considerar que estes estão associados a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial total.

O domínio do trabalho surge com relações moderadas negativas com os factores *evitamento perigo* e com relações baixas e negativas com os factores *perfeccionismo* e *coping ansioso*.

No domínio das relações interpessoais, os factores *sintomas físicos*, *tensão impaciência* e *queixas somáticas* apresentam relações baixas e positivas, enquanto que os factores *ansiedade social* e *desempenho público*, apresentam relações moderadas positivas.

O domínio da satisfação apresenta relações baixas positivas com os factores *ansiedade social*, *humilhação rejeição* e *desempenho público*.

O domínio das actividades recreativas não apresenta relações estatisticamente significativas com a sintomatologia ansiosa.

A hipótese de estudo H2 (o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa estão correlacionados de forma significativa) é por isso corroborada pelos resultados.

#### 4.3. *Relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores (CBCL)*

Estudos anteriormente realizados (McCabe, 2011; Lewinsohn, 2003; Judd, 2000) estabelecem a relação entre os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores, e o funcionamento psicossocial.

No presente estudo, as respostas obtidas com os adolescentes, vão de encontro à avaliação dos pais, sendo a sintomatologia depressiva uma das variáveis que mais se destaca. O factor *depressão*, apresenta relações moderadas positivas com o total do funcionamento psicossocial e relações baixas positivas com o domínio das relações interpessoais, das actividades

recreativas e da satisfação. Assim, valores mais elevados no factor *depressão* dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores, estão associados a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial.

O factor *ineficácia*, apresenta uma relação baixa positiva com o domínio da satisfação.

A hipótese H5 (pressupõe-se que a existência dos problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores, surja associada a níveis de funcionamento psicossocial mais baixos) é assim corroborada pelos resultados.

#### 4.4. *Relação entre o funcionamento psicossocial e a psicopatologia parental (BSI)*

Um estudo realizado por Lewinsohn (2005), estabelece uma relação positiva entre a sintomatologia depressiva dos pais com o funcionamento psicossocial dos filhos. Sendo que a presença de sintomatologia depressiva dos pais, surge associada a um baixo funcionamento psicossocial dos filhos.

No presente estudo, foi utilizado o BSI como medida da psicopatologia parental. No entanto, os resultados obtidos não apresentaram qualquer relação com o funcionamento psicossocial dos filhos.

Assim, a hipótese H4 (supõe-se que a presença de psicopatologia dos pais possa estar associada a um funcionamento psicossocial mais baixo nos filhos) não foi corroborada pelos resultados.

### **Estudo 5. Estudo da relação do funcionamento psicossocial com as variáveis em estudo, em função do grupo da população**

A relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva é substancialmente diferente entre os grupos. De forma geral, o grupo da população clinicamente referenciada apresenta valores de correlação mais elevados, comparativamente ao grupo da população geral. No grupo da população clinicamente referenciada, é o domínio das relações interpessoais que estabelece mais relações com a sintomatologia depressiva, nomeadamente com o total da sintomatologia depressiva e com os factores *ineficácia*, *anedonia* e *auto-estima negativa*. Enquanto que no grupo da população geral, estas relações estabelecem-se com: a nota total do funcionamento psicossocial, o domínio das relações interpessoais e o domínio da satisfação.

Na relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia ansiosa verifica-se o inverso. Apesar de não ser o expectável, é o grupo da população geral que estabelece um maior número de relações significativas com a sintomatologia ansiosa. O factor *perfeccionismo* apresenta uma relação moderada negativa com o domínio do trabalho, o que leva a pensar que valores elevados de *perfeccionismo* estão associados a uma menor

invalidação no domínio do trabalho. No grupo da população clinicamente referenciada, apenas se verificam relações entre o domínio das relações interpessoais e os factores *ansiedade social* e *tensão impaciência*, medidos através da MASC.

Na relação entre o funcionamento psicossocial e os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores, é o grupo da população clinicamente referenciada que estabelece maior número de relações. No grupo da população geral apenas se verifica uma relação moderada negativa, entre o factor *hiperactividade atenção* e o domínio das actividades recreativas. Assim, valores mais elevados de *hiperactividade atenção* estão associados a uma menor invalidação no domínio das actividades recreativas. No grupo da população clinicamente referenciada, o estabelecimento de relações é evidente. A nota total do funcionamento psicossocial estabelece relações altas e positivas com os factores *hiperactividade atenção*, *depressão* e *queixas somáticas* e uma relação moderada positiva com o factor *problemas sociais*. O domínio da satisfação apresenta relações altas e positivas com cinco dos nove factores do CBCL. Assim, os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes avaliados pelos pais/cuidadores, parecem estabelecer um maior número de relações com o grupo da população clinicamente referenciada.

Os estudos realizados (McCabe, 2011; Lewinsohn, 2003; Judd, 2000, Zahn-Waxler, 2000; Gledhill, 2010; Goldstein e al., 2009; Shortt, 2006), têm vindo a demonstrar que os adolescentes com psicopatologia apresentam maior invalidação no funcionamento psicossocial. O presente estudo, ao efectuar a realização de correlações nos dois grupos da população, foi de encontro aos estudos realizados.

#### **Estudo 6. Estudo comparativo entre adolescentes com bom funcionamento, funcionamento moderado, funcionamento pobre e funcionamento muito pobre**

A nota total do funcionamento psicossocial permite a sua divisão pelas categorias (Judd, 2005; Goldstein, 2009), bom funcionamento (0-8), funcionamento moderado (8-12), funcionamento pobre (12-15) e funcionamento muito pobre (15-20). O presente estudo, não apresenta sujeitos distribuídos de forma similar por todas as categorias, sendo que não surgem sujeitos na amostra que apresentem resultados de um funcionamento psicossocial muito pobre. Porém, ainda que de forma preliminar, tentámos compreender as diferenças destas categorias quanto ao género e ao grupo (grupo da população geral e grupo da população clinicamente referenciada).

No presente estudo, os resultados obtidos não demonstram diferenças estatisticamente significativas destas categorias quanto ao género. No que concerne, ao grupo da população existem diferenças estatisticamente

significativas entre as duas amostras da população. O grupo da população clinicamente referenciada apresenta níveis de invalidação superiores, na nota total do funcionamento psicossocial, comparativamente ao grupo da população geral. O nível de funcionamento pobre, embora com um número de sujeitos baixo, apenas surge no grupo da população clinicamente referenciada.

### **Limitações e Estudos Futuros**

O presente estudo, ainda que preliminar, trouxe contributos importantes á investigação, na medida em que se traduziu e adaptou a entrevista A-LIFE para a sua posterior aplicação a adolescentes Portugueses. O estudo do funcionamento psicossocial no adolescente, evidenciou resultados interessantes e úteis na compreensão da psicopatologia nesta faixa etária.

A tradução da entrevista, teve início com uma revisão bibliográfica exaustiva da mesma, de forma a conhecê-la melhor. O extenso número de páginas do manual e dos anexos criou a necessidade de dedicar mais tempo do que o previsto inicialmente à sua tradução. O processo de tradução da versão americana da A-LIFE (Keller M. B. *et al.*, 1993) contou com procedimentos estandardizados de adaptações linguísticas e culturais, como por exemplo termos, expressões e actividades características de uma determinada cultura.

Após realizada uma primeira tradução, foram efectuadas revisões sucessivas do material, com a participação de mais do que um investigador da área. Este passo foi fundamental para uma unanimidade dos aspectos referentes á tradução e ao desenvolvimento da versão final.

A complexidade da entrevista e o tempo necessário á sua aplicação revelou-se um desafio na recolha da amostra, dificultando a recolha de um maior número de adolescentes, para a realização do estudo. Por isso, o estudo realizado, utilizou a secção da A-LIFE relativa ao funcionamento psicossocial como medida de análise.

A escassez de estudos realizados com a entrevista, na sua versão para adolescentes, criou limitações na recolha de informação e comparação de dados com estudos anteriores. Porém, alguns dos dados encontrados revelam-se consistentes com os poucos estudos existentes.

Características da amostra, como a dimensão, impossibilitou a realização da aferição da entrevista para a população Portuguesa, sendo esta uma proposta para estudos futuros.

Estudos futuros deverão recolher informação referente a dados sociodemográficos, académicos, familiares, sociais e clínicos dos adolescentes e dos pais/cuidadores através de mais fontes.

Em investigações futuras poderá ser implementado um estudo de *design* longitudinal, que permita estudar o funcionamento psicossocial e o curso psiquiátrico dos adolescentes ao longo do tempo. Apesar da entrevista

ser geralmente realizada em períodos de *follow-up* de seis e doze meses, o estudo realizado por Keller et al. (1987) refere que esta poderá ser aplicada em períodos de *follow-up* mais curtos, o que permite obter informação mais fiável acerca do curso psiquiátrico do adolescente e do seu funcionamento psicossocial. Pelo que se propõe que estes *follow-ups* sejam inferiores a seis meses.

A realização de futuros estudos poderá ser enriquecida com o aumento da amostra representativa deste grupo populacional. Assim como, a presença de mais do que um avaliador, de forma a avaliar a estabilidade temporal da entrevista, tal como, gravações da própria entrevista poderão ser um meio para a maior fidedignidade da cotação. O acordo inter-avaliadores em estudos já realizados, tem demonstrado valores consistentes (Warshaw, 2001).

## VI - Conclusões

A realização de uma dissertação de mestrado traz subjacente um sem número de desafios, que são enriquecidos e confrontados ao longo de todo o processo.

O objectivo primário, da compreensão do funcionamento psicossocial nos adolescentes portugueses, parece ter sido cumprido, na medida em que foi possível estabelecer a relação deste com outras variáveis. De facto, o funcionamento psicossocial do adolescente encontra-se sujeito à influência de múltiplos factores, sendo um deles a presença de psicopatologia.

Assim, o presente estudo permitiu estabelecer a relação entre funcionamento psicossocial e psicopatologia, demonstrando que os adolescentes da população clínica, apresentam valores de invalidação mais elevados nas diversas áreas.

O sexo feminino, parece ser o mais afectado, apresentando valores de sintomatologia depressiva e ansiosa mais elevados. Outras variáveis como o rendimento escolar e as reprovações parecem não estar relacionadas com o funcionamento psicossocial adolescente. A presença de doenças físicas actuais surge associada a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial, assim como, valores mais elevados de sintomatologia ansiosa.

No que concerne á idade, os adolescentes entre os 13 e os 15 anos, parecem ser os mais afectados pela sintomatologia depressiva. A ansiedade de separação parece diminuir ao longo da idade, sendo os adolescentes mais novos, os que apresentam valores mais elevados.

O funcionamento psicossocial do adolescente demonstrou ser uma variável importante a considerar na saúde mental. O estabelecimento de relações entre este e a sintomatologia depressiva e ansiosa, mostrou relações moderadas e significativas. A sintomatologia depressiva surge associada a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial, sobretudo nos adolescentes da amostra da população clinicamente referenciada. Já a sintomatologia ansiosa, parece estar mais presente nos adolescentes da

população geral, revelando relações moderadas positivas com o funcionamento psicossocial.

Os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes, avaliados pelos pais/cuidadores, estão relacionados com uma maior invalidação no funcionamento psicossocial.

A divisão do total do funcionamento psicossocial por categorias, permitiu comprovar que o grupo da população clinicamente referenciada apresenta valores de invalidação mais elevados.

Em termos da tradução e adaptação da secção do funcionamento psicossocial da A-LIFE (apesar da entrevista ter sido integralmente traduzida e adaptada, esta investigação apenas utilizou a secção referida), poder-se-á referir que os adolescentes não demonstraram dificuldades na compreensão dos itens.

A secção do funcionamento psicossocial da entrevista A-LIFE demonstrou resultados promissores que despertam o interesse e curiosidade para futuros estudos e intervenções.

*"Fim - o que resta é sempre o princípio feliz de alguma coisa."  
Agustina Bessa-Luís*

### **Bibliografia**

- American Psychiatric Association (1996) *DSM-IV*. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR*: Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais (4ed). Lisboa: Climepsi
- Arnarson, E. Ö. & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 47, 577 – 585
- Arnarson, E. Ö. & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month *follow-up* . *Behavior Research and Therapy*, 49, 170 – 174
- Barbosa G. A., Dias M. R., Gaião A. A., Lorenzo W. C. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Rev. Infanto Rev Neuropsiq Inf Adol*, 4(3), 36-40.

- Cronk B. C. (2002). *How to Use SPSS: a step-by-step guide to analysis and interpretation*. Glendale: Psyrczak Publishing.
- Endicott J., Dorries K. M. (2009). Functional Outcomes in MDD: Established and Emerging Assessment Tools. *Am J Manag Care*, 15, S328-S334.
- Garber J., Clarke G. N., Weersing V. R., Beardslee W. R., Brent D. A., Gladstone T. R. G., et al. (2009). Prevention of Depression in At-Risk Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 301 (21), 2215-2224. Advance online publication. doi: 10.1001/jama.2009.788.
- Gladstone T. R. G., Beardslee W. B. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: *A Review*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 212-221.
- Gledhill J., Garralda M. E. (2010). The short-term outcome of depressive disorder in adolescents attending primary care: a cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Advance online publication. doi: 10.1007/s00127-010-0271-6
- Goldstein T. R., Birmaher B., Axelson D., Goldstein B. I., Gill M. K., Esposito-Smythers C., et al. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders*, 114, 174-183.
- Goodyer I. M. (1995). *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Great Britain. Cambridge University Press.
- Gotlib I. H., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. (1995). Symptoms Versus Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 90-100.
- Greer T. L., Kurian B. T., Trivedi M. H. (2010). Defining and Measuring Functional Recovery from Depression. *CNS Drugs*, 24 (4), 267-284.
- Hankin B. L., Abramson L. Y., Moffitt T. E., Silva P. A., McGee R., Angell K. E. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.

- Johnson D. L. (2010). *A Compendium of Psychosocial Measures: Assessment of People With Serious Mental Illnesses in the Community*. New York: Springer Publishing Company.
- Judd L.L., Akiskal H. S., Schettler P. J., Endicott J., Leon A. C., Solomon D. A., et al. (2005). Psychosocial Disability in the Course of Bipolar I and II Disorders: A Prospective, Comparative, Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1322-1330.
- Judd L. L., Akiskal H. S., Zeller P. J., Paulus M., Leon A. C., Maser J. D. et al. (2000). Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 375-380.
- Matson J. L. (1989). *Treating Depression in Children and Adolescents*. New York: Pergamon Press Inc.
- Keller M. B., Lavori P. W., Friedman B., Nielsen E., Endicott L., McDonald-Scott P., et al. (1987). The Longitudinal Interval *Follow-up* Evaluation: A Comprehensive Method For Assessing Outcome in Prospective Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 540-54.
- Lewinsohn P. M., Olino T. M., Klein D. N. (2005). Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychology Medicine*, 35, 1493-1503.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R., Klein D. N., Gotlib I. H. (2003). Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 353-363.
- Matson J. L. (1989). *Treating Depression in Children and Adolescents*. New York: Pergamon Press.
- March J. S., Parker J., Sullivan K., Stallings P., Conners K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 36 (4), 554-565.
- Martins A. M. (2000). *As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência (Tese de Mestrado)*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

- McCabe M., Ricciardelli L., Banfield S. (2011). Depressive Symptoms and Psychosocial Functioning in Preadolescent Children. *Depression Research and Treatment* doi:10.1155/2011/548034
- Meisels S. J. & Shonkoff J. P. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Mueller T. I., Leon A. C., Keller M. B., Solomon D. A., Endicott J., Coryell W., et al. (1999). Recurrence After Recovery Major Depressive Disorder During 15 Years of Observational *Follow-up* . *Am J Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Pallant J. (2005). *SPSS Survivor Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Australia: Allen & Unwin
- Pestana, M., H., & Gageiro, J., N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips K. A., Pagano M. E., Menard W., Stout R. L. (2006). A 12-Month *Follow-up* Study of the Course of Body Dysmorphic Disorder. *Am J Psychiatry*, 163, 907-912.
- Rao U., Hammen C. L., Poland R. E. (2010). Longitudinal Course of Adolescent Depression: Neuroendocrine and Psychosocial Predictors. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (2), 141-151.
- 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. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158, 760-765.
- Shaffi M., Shaffi S. L. (1992). *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washinton DC: American Psychiatric Press.
- Shortt A. L., Spence S. H. (2006). Risk and Protective Factors for Depression in Youth. *Behaviour Change*, 23 (1), 1-30.
- Spence S. H., Sheffield J. K., Donovan C. L. (2003). Preventing Adolescent Depression: An Evaluation of Problem Solving for Life Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 3-13.

- Stark K. (1990). *Childhood Depression – School-Based Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Warshaw M. G., Dyck I., Allsworth J., Stout R. L., Keller M. B. (2001). Maintaining reliability in a long-term psychiatric study: an ongoing inter-rater reliability monitoring program using the longitudinal interval *follow-up* evaluation. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 297-305.
- Zahn-Waxler C., Klimes-Dougan B., Slatter M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev. Psychopathology*, 12 (3), 443-466.

## **Anexos**

### **Anexo A**

Escala de Seis Pontos Para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Afectivas Major

Escala de Três Pontos para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Depressivas Crónicas e Outras Condições

### **Anexo B**

Características Gerais da Amostra de Adolescentes em função do grupo da população

### **Anexo C**

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CDI, no grupo da população geral

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CDI, no grupo da população clinicamente referenciada

### **Anexo D**

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e a MASC, no grupo da população geral

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e a MASC, no grupo da população clinicamente referenciada

### **Anexo E**

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CBCL, no grupo da população geral

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CBCL, no grupo da população clinicamente referenciada

**Anexo F**

*Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)* (Keller M. B. et al., 1993; tradução e adaptação Matos, A.P., Cherpe, S. D. & Costa A. S., 2011)

**Anexo G**

*Children's Depression Inventory (CDI)* (Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Dias & Gonçalves, 1999)

**Anexo H**

*Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* (March et al., 1997; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A.P., André, R. S., 2009)

**Anexo I**

*Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; versão portuguesa de Fonseca e col., 1994)

**Anexo J**

*Brief Symptom Inventory (BSI)* (Derogatis, 1983; tradução e adaptação de Canavarro, M. C., 1995)

## Anexo A

### **Escala de Seis Pontos Para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Afectivas Major**

Escala de Seis Pontos Para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Afectivas Major

Cotação	Nomenclatura	Definição
6	Todos os critérios preenchidos, Grave	Preenchimento de todos os critérios e sintomas psicóticos eminentes ou elevada invalidação
5	Todos os critérios preenchidos	Preenche todos os critérios de diagnóstico
4	Marcado	Sem preenchimento de todos os critérios de diagnóstico, mas sintomas e invalidação elevados
3	Remissão Parcial	Sem o preenchimento de todos os critérios de diagnóstico, invalidação moderada, porém, ainda evidência clara da perturbação
2	Residual	Um ou mais sintomas de grau ligeiro
1	Nenhum	Sem sintomas residuais. Poderá ter sintomas relativos a outra perturbação

### **Escala de Três Pontos para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Depressivas Crónicas e Outras Condições**

Escala de Três Pontos para a Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Ratings – PSR*) nas Perturbações Depressivas Crónicas e Outras Condições

Cotação	Nomenclatura	Definição
3	Grave	Actualmente preenche todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV para a perturbação
2	Moderado	Anteriormente preencheu todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV para esta perturbação e agora apenas evidencia sintomas suficientes para se considerar num episódio sem o preenchimento de todos os critérios
1	Nenhum	Anteriormente preencheu todos os critérios de diagnóstico do DSM-IV para esta perturbação, mas actualmente, não existe evidência de perturbação

## Anexo B

### Características Gerais da Amostra de Adolescentes em função do grupo da população

		Geral		Clinicamente Referenciada		Totais	
		N	%	N	%	N	%
		25	61.0	16	39.0	41	100
Género	Masculino	8	19.5	17	41.5	25	61.0
	Feminino	8	19.5	8	19.5	16	39.0
Idade	12	10	24.4	4	9.8	14	34.1
	13	3	7.3	5	12.2	8	19.5
	14	4	9.8	2	4.9	6	14.6
	15	5	12.2	3	7.3	8	19.5
	16	2	4.9	1	2.4	3	7.3
	17	1	2.4	-	-	1	2.4
	18	-	-	1	2.4	1	2.4
Ano de Escolaridade	6	5	12.5	3	7.5	8	20.0
	7	7	17.5	6	15.0	13	32.5
Escolaridade	8	6	15.0	5	12.5	11	27.5
	9	1	2.5	1	2.5	2	5.0
	10	4	10.0	-	-	4	10.0
	11	2	5.0	-	-	2	5.0
Rendimento Escolar	Insuficiente	-	-	1	2.4	1	2.4
	Suficiente	3	7.3	9	22.0	12	29.3
	Satisfatório	12	29.3	6	14.6	18	43.9
	Bom	8	19.5	-	-	8	19.5
	Muito Bom	2	4.9	-	-	2	4.9
Reprovações	Sim	4	9.8	5	12.2	9	22.0
	Não	21	51.2	11	26.8	32	78.0
Doenças Físicas Actuais	Sim	1	2.4	6	14.6	7	17.1
	Não	24	58.5	10	24.4	34	82.9
		M	DP	M	DP	M	DP
Idade		13.56	1.583	13.75	1.693	13.63	1.609
Escolaridade		7.92	1.605	7.27	.884	7.68	1.403
Rendimento Escolar		1.84	.374	1.69	.479	2.95	.893
Reprovações		3.36	.810	2.31	.602	1.78	.419
Doenças Físicas Actuais		1.96	.200	1.63	.500	1.83	.381

### Anexo C

#### **Coefficientes de correlação de Spearman entre os valores do funcionamento psicossocial e o CDI, no grupo da população geral**

	Funcionamento Psicossocial		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Atividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	Total		r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
	r	ρ								
CDI_Total	.416	.039*	-.024	.908	.342	.094	.235	.258	.439	.028*
CDI_HN	.198	.342	.247	.234	.196	.349	.040	.850	-.059	.778
CDI_PI	.187	.371	.394	.051	.069	.744	-.078	.711	.070	.740
CDI_I	-.016	.939	.226	.277	-.203	.330	-.066	.754	.094	.655
CDI_A	.476	.016*	-.315	.125	.444	.026*	.369	.070	.592	.002*
CDI_AE_N	.266	.198	.009	.966	.138	.512	.141	.502	.362	.075

\*  $\rho < .05$

#### **Coefficientes de correlação de Spearman entre os valores do funcionamento psicossocial e o CDI, no grupo da população clinicamente referenciada**

	Funcionamento Psicossocial		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Atividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	Total		r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
	r	ρ								
CDI_Total	.455	.076	.013	.961	.768	.001*	-.099	.716	.348	.186
CDI_HN	.098	.718	.108	.690	.414	.111	-.254	.343	-.067	.806
CDI_PI	.343	.194	.228	.396	.179	.507	-.014	.959	.549	.028*
CDI_I	.192	.476	-.029	.916	.554	.026*	-.167	.537	.042	.879
CDI_A	.545	.029*	.125	.644	.711	.002*	-.033	.903	.490	.054
CDI_AE_N	.426	.100	-.117	.665	.718	.002*	.026	.924	.394	.131

\*  $\rho < .05$

## Anexo D

### Coefficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e a MASC, no grupo da população geral

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$
MASC_Total	.409	.042*	-.213	.306	.470	.018*	.301	.144	.411	.041*
MASC_SF	.141	.502	-.174	.406	.262	.205	.122	.562	.155	.459
MASC_ASO	.427	.033*	-.109	.603	.316	.124	.349	.087	.488	.013*
MASC_AS	.322	.117	.003	.988	.383	.059	.170	.416	.247	.235
MASC_EP	.073	.729	-.346	.090	.281	.174	.148	.480	.096	.647
MASC_TI	.061	.773	-.025	.904	.140	.505	-.022	.917	.095	.650
MASC_QS	.179	.391	-.329	.109	.299	.146	.276	.181	.164	.432
MASC_HR	.392	.053	.001	.998	.218	.295	.380	.061	.342	.094
MASC_DP	.320	.119	-.183	.381	.331	.106	.167	.425	.503	.010*
MASC_P	.015	.942	-.470	.018*	.207	.320	.152	.469	.064	.760
MASC_CA	.097	.646	-.240	.247	.341	.095	.100	.635	.069	.743

\*  $\rho < .05$

**Coefficientes de correlação de Spearman entre os valores do funcionamento psicossocial e a MASC, no grupo da população clinicamente referenciada**

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
MASC_Total	-.085	.756	-.342	.195	.295	.268	-.207	.443	.020	.940
MASC_SF	.003	.991	-.233	.385	.444	.085	-.200	.459	-.116	.669
MASC_ASO	.250	.351	-.167	.536	.498	.050*	-.121	.656	.402	.123
MASC_AS	-.211	.433	-.192	.477	-.203	.451	-.094	.730	.005	.968
MASC_EP	-.287	.282	-.389	.136	.049	.857	-.193	.474	-.165	.541
MASC_TI	.145	.591	-.131	.630	.501	.048*	-.090	.740	.002	.995
MASC_QS	-.134	.619	-.334	.206	.382	.144	-.245	.361	-.267	.317
MASC_HR	.252	.347	-.160	.555	.414	.111	-.011	.968	.409	.116
MASC_DP	.071	.794	-.300	.260	.490	.054	-.229	.394	.155	.567
MASC_P	-.005	.984	-.068	.803	-.042	.876	.002	.995	.193	.474
MASC_CA	-.380	.147	-.399	.126	.045	.869	-.307	.248	-.291	.274

\*  $\rho < .05$

## Anexo E

### Coeficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CBCL, no grupo da população geral

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$
CBCL_OI	-.257	.214	.149	.477	-.319	.120	-.135	.521	-.323	.115
CBCL_A	-.376	.064	.058	.782	-.364	.073	-.301	.143	-.276	.182
CBCL_HA	-.365	.072	.075	.723	-.258	.213	-.434	.030*	-.307	.135
CBCL_D	.251	.238	-.143	.506	.329	.116	.271	.200	.138	.519
CBCL_PS	-.122	.561	.014	.946	.070	.740	-.057	.788	-.348	.088
CBCL_QS	-.075	.722	-.170	.416	-.148	.479	.008	.971	.093	.659
CBCL_I	-.213	.308	-.015	.942	-.297	.150	-.163	.435	-.123	.558
CBCL_A	.046	.829	.058	.784	-.087	.681	.086	.682	-.039	.852
CBCL_OE	-.073	.730	-.003	.987	-.101	.630	.077	.715	-.192	.359

\*  $\rho < .05$

### Coeficientes de correlação de *Spearman* entre os valores do funcionamento psicossocial e o CBCL, no grupo da população clinicamente referenciada

	Funcionamento Psicossocial Total		Domínio do Trabalho		Domínio das Relações Interpessoais		Domínio das Actividades Recreativas		Domínio da Satisfação	
	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$
CBCL_OI	.622	.055	-.358	.310	.372	.290	.803	.005*	.726	.017*
CBCL_A	.512	.130	.036	.921	.119	.744	.568	.087	.649	.042*
CBCL_HA	.737	.015*	.576	.082	.250	.487	.400	.252	.791	.006*
CBCL_D	.862	.001*	.179	.621	.653	.041*	.638	.047*	.787	.007*
CBCL_PS	.633	.049*	.294	.409	.450	.192	.425	.221	.576	.082
CBCL_QS	.881	.001*	.292	.412	.600	.066	.498	.143	.896	.000*
CBCL_I	.457	.184	.287	.422	.072	.843	.075	.836	.760	.011*
CBCL_A	.111	.759	.144	.692	-.223	.535	.309	.384	.148	.683
CBCL_OE	.502	.140	.504	.138	-.105	.773	.400	.252	.669	.034*

\*  $\rho < .05$