

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Relação entre a Inteligência Emocional e os Níveis de Ansiedade e
Depressão em Jovens Institucionalizados e não Institucionalizados

Letícia Ramos Cordeiro nº33073

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Eunice Barbosa

Professora Doutora Marlene Sousa

outubro, 22



Resumo

A inteligência emocional, sendo resultado do conjunto de competências emocionais e sociais, pode funcionar como um fator de proteção para diversas patologias mentais, tais como a ansiedade e depressão. O presente estudo consiste num estudo exploratório e tem como objetivos comparar os níveis de IE, depressão e ansiedade em jovens institucionalizados e não institucionalizados. Pretende, ainda, avaliar e comparar a relação entre IE e a ansiedade e depressão em ambos os grupos.

O estudo é constituído por 134 participantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade, sendo que a maioria deles são do género feminino. Para a recolha de dados junto destes participantes foi utilizado um questionário sociodemográfico, o Questionário de Inteligência Emocional de Bar-on, o Questionário de Avaliação Ansiedade Traço em Crianças (STAIC) e o Inventário de Depressão Infantil (CDI). No que concerne aos resultados, foi encontrada uma diferença significativa no nível de IE entre os jovens institucionalizados e os jovens não institucionalizados, sendo maior neste último. Para além disso percebeu-se uma correlação negativa e significativa entre a IE e a depressão e a ansiedade, ou seja, quanto menor a inteligência emocional, maior será a sintomatologia ansiosa e depressiva. O estudo aponta para a importância do apoio psicológico em contexto institucional de forma a contribuir para níveis mais elevados de inteligência emocional e conseqüentemente para níveis inferiores de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: *Inteligência emocional, Ansiedade, Depressão, Institucionalização*

Abstract

Emotional intelligence, being the result of the set of emotional and social skills, may act as a protective feature for several mental disorders, such as anxiety and depression. This study is an exploratory one and aims to compare the levels of EI, depression, and anxiety in institutionalised and non-institutionalised young people. It also aims to evaluate and compare the relationship between EI and anxiety and depression in both groups. The study consists of 134 participants, aged between 12 and 17 years old, and most of them being female. A sociodemographic questionnaire, the Bar-on Emotional Intelligence Questionnaire, the Trait Anxiety Assessment Questionnaire in Children (STAIC) and the Childhood Depression Inventory (CDI) were used to collect data from these participants. Concerning the results, a significant difference was found in the level of EI between institutionalised and non-institutionalised young people, being higher in the latter. In addition, a negative and significant correlation was found between EI and depression and anxiety, i.e., the lower the emotional intelligence, the higher the anxious and depressive symptomatology. This study points to the importance of psychological support in institutional settings to contribute to higher levels of emotional intelligence and, consequently, to lower levels of anxiety and depression.

Key words: *Emotional Intelligence, Anxiety, Depression and institutionalization*

Relação entre a Inteligência Emocional e os níveis de Ansiedade e Depressão em Jovens Institucionalizados e Não Institucionalizados

O conceito de Inteligência Emocional (IE) surgiu em 1990, sendo definida como a “capacidade para controlar os sentimentos e emoções em si mesmo e nos demais, discriminar entre elas e usar essa informação para guiar ações e pensamentos” (Neta et. Al., 2008, p.12). Mayer e Salovey (1997), especificaram a definição de IE, afirmando que “envolve a capacidade de perceber com precisão, avaliar e expressar a emoção; a capacidade de aceder e/ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento, a capacidade de compreender a emoção e conhecimento emocional; e a capacidade de regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual” (p.10). A forma como gerimos as emoções contribui de forma essencial para o desenvolvimento da inteligência do indivíduo.

A nossa sociedade tem apresentado maiores dificuldades em desenvolver as suas capacidades emocionais, ignorando, muitas vezes, as mesmas, o que se repercute na crise da humanidade dos dias de hoje, pautada pela violência, criminalidade e egoísmo (Goleman, 2010). O autor defende a existência de duas partes das nossas mentes: a que raciocina e a que sente, sendo que estes dois modos de conhecimento diferentes interagem na construção da nossa vida social e cognitiva. Sendo que, na maioria das decisões, estes dois compartimentos estão em harmonia para que o indivíduo possa orientar-se nas tomadas de decisão. A incapacidade de lidar com as próprias emoções pode dificultar ou desestruturar a vida dos indivíduos (Goleman, 2010)

O conceito de IE foi estudado durante décadas, surgindo diferentes autores que propuseram diferentes modelos divididos em duas categorias: os modelos de capacidade e os modelos mistos. Os modelos de capacidade definem a IE como o tipo de inteligência capaz

de raciocinar sobre as emoções, utilizando essa mesma capacidade para processar informações e tomar decisões (Fernández-Berrocal et.al., 2012; Vieira-Santos et. al, 2018). Por sua vez, os modelos mistos consideram não só as habilidades cognitivas, mas também diferentes variáveis da personalidade como a capacidade de adaptação, motivação, felicidade, entre outros (Mayer et. al, 2008).

O modelo de IE Social de Bar-on surge na perspectiva da construção da vida social, enquadrando-se, assim, nos modelos mistos da IE. O autor refere que esta resulta da junção de competências emocionais e sociais que nos permitem compreender e expressar as nossas emoções e sentimentos, bem como compreender as necessidades dos outros e de estabelecer e construir relações positivas e satisfatórias. Este modelo pode ser dividido em cinco áreas principais de competências: intrapessoais, incluindo a auto-consciência das emoções, segurança, autoconfiança, auto-realização e independência; interpessoais que englobam as relações interpessoais, responsabilidade social e empatia; a adaptabilidade que nos permite resolver problemas, compreender a realidade e favorece a flexibilidade mental; a gestão do stress, que nos permite controlar os impulsos; e o humor geral que seria essencialmente relacionado com a felicidade e otimismo (Bar-on, 2006).

A inteligência emocional difere de indivíduo para indivíduo, tornando uns mais suscetíveis a desajustamentos emocionais. De acordo com Fernández-Berrocal et al. (2012) existem já vários estudos que comprovam a validade do conceito de IE, acrescentando que o desenvolvimento deste tipo de inteligência permite melhor a qualidade de vida dos indivíduos, tanto ao nível do bem-estar como da felicidade, apoiando na superação de situações difíceis, favorecendo, por isso, o sucesso e diminuindo as hipóteses do fracasso. De facto, a perceção das competências emocionais relaciona-se de forma positiva com a saúde

mental e ajustamento psicológico na população não-clínica (Martins et al., 2010). Assim, podemos concluir que quanto maior for a percepção das competências emocionais maior será a capacidade do sujeito para se preparar para os desafios da vida e para a regulação emocional (Sousa et al., 2015). Coerentemente, vários estudos relatam que uma elevada IE pode ser vista como um fator de proteção relativamente a algumas perturbações mentais (e.g., Pimenta, 2018). Sousa et al. (2015) referem inclusivamente que a IE é um dos componentes mais importantes para o ajustamento psicológico do indivíduo e, em particular, das crianças. Também um estudo com jovens universitários demonstrou que altos níveis de IE favorecem níveis mais elevados de bem-estar psicológico e emocional nos jovens adolescentes e adultos, significando isto que esta população revelaram menos ansiedade e menos sintomas depressivos (ISLA, 2012). Em particular, indivíduos com elevada IE, nomeadamente a capacidade de discriminar emoções apresentavam níveis baixos de ansiedade e depressão (Fernández-Berrocal et al., 2006). Campos et al (2014) sugerem que competências emocionais como a empatia e o autocontrole funcionam como fatores de proteção da depressão (cit in Grolli et al., 2017).

A ansiedade e a depressão são patologias prevalentes e recorrentes na adolescência, condicionando negativamente o funcionamento do indivíduo. Uma meta análise realizada em 2021, avaliou a prevalência, ao nível global, da sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa, estimando que cerca de 25.2% das crianças e jovens apresentariam sintomatologia depressiva e 20.5% revelariam sintomatologia ansiosa (Racine et. al., 2021). Embora haja escassez de estudos da prevalência das doenças mentais infanto-juvenis no nosso país, sabe-se que Portugal é um dos países da Europa com os índices mais elevados de

doença mental, sendo que cerca de 21% da população teria alguma perturbação da ansiedade e 17% sofreria de depressão (Direcção Geral da Saúde, 2017).

A ansiedade caracteriza-se, principalmente, por um medo e ansiedade intenso que envolve aspetos cognitivos e fisiológicos. A relação entre a IE e variáveis emocionais, como a ansiedade, é uma área de investigação recente, bem como do impacto desta relação no ajustamento interpessoal da criança. No entanto, há já evidência de que as crianças com perturbações de ansiedade (e.g. ansiedade social e generalizada) apresentam défices na IE, ou seja, dificuldades em perceber, usar, compreender e regular as emoções em si e nos outros (Aminabadi et al., 2012; Extremera & Pizarro, 2006; Jacobs et al., 2008; Mara & Mara, 2010; Ruiz-Aranda et al., 2012; Shamsy et al., 2013). A IE parece então ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de distúrbios de ansiedade (Sousa, et al., 2015).

Já a depressão trata-se de uma perturbação psicológica que se caracteriza pela presença de sintomas como tristeza e/ou perda do interesse, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração, sentimento de vazio, humor irritável, alterações a vários níveis como cognitivos e somáticos que afetam o funcionamento do indivíduo (Associação de Psiquiatria Americana, 2013). Alguns estudos apontam para uma associação negativa entre a IE e a depressão, sendo que pessoas com níveis mais elevados de IE parecem ter menos tendência para a depressão (e.g., Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2008).

Tal como citado anteriormente, existem fatores que poderão funcionar como protetores da sintomatologia depressiva e ansiógena, sendo a IE um desses fatores. A IE, ao permitir distinguir de forma clara os sentimentos, potenciando a capacidade de o indivíduo compreender o seu estado emocional e conseqüentemente regular o mesmo, contribui para

um maior ajustamento psicológico e conseqüentemente para níveis inferiores de ansiedade e depressão (Férrnandez-Berrocal et. al., 2006).

Assim sendo, a investigação existente, apesar de escassa, parece indicar que o desenvolvimento da IE poderá prevenir ou diminuir a prevalência dos níveis de depressão e ansiedade.

No caso do estudo atual acredita-se que a institucionalização poderá funcionar como um fator de risco para a depressão e ansiedade e conseqüentemente para níveis mais baixos de IE. “O processo de institucionalização de uma criança ou jovem é um processo muito complexo e que envolve alguns riscos para o bem-estar e desenvolvimento das crianças ou jovens” (Anjo, 2014, p. 22). Strecht (2002) refere inclusivamente que os jovens passam por um processo de luto (dada a perda dos pais), experienciando ansiedade intensa, sentimento de angústia e de culpabilização. Apesar de terem um contexto familiar negativo, os jovens tendem a defender a sua família, apresentando sentimentos ambivalentes relativamente à institucionalização. Esta questão resulta, muitas vezes, na perda de identidade, sentimento de solidão, indiferença ou apatia (Strecht, 2002). O autor menciona ainda que jovens com sintomatologia depressiva apresentam menores níveis de autoestima, mostrando-se mais tristes, retraídos e muitas vezes com risco de suicídio, sendo estes sintomas respostas a uma grande intensidade de acontecimentos traumáticos. Por todos os fatores elencados anteriormente, este projeto tem como objetivo geral avaliar a associação entre IE com a ansiedade e depressão nos adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. Apesar dos estudos acima descritos, não existem estudos que relacionem a inteligência emocional com a ansiedade e depressão em adolescentes institucionalizados portugueses.

Como objetivos específicos, este estudo pretende: (1) comparar os níveis de inteligência emocional em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados; (2) avaliar e comparar os níveis de sintomas depressivos em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados; (3) avaliar e comparar os níveis de sintomas de ansiedade em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados; (4) avaliar e comparar a relação entre os níveis de inteligência emocional e de sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 134 participantes de nacionalidade portuguesa, maioritariamente do género feminino (60.4%), com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade ($M= 14.2$, $DP= 1.48$). Relativamente ao nível de escolaridade, aproximadamente 89,6% dos participantes têm escolaridade compreendida entre o 6º e o 9º ano ($M= 7.6$, $DP = 1.3$). No que à institucionalização diz respeito, observa-se que 74 dos jovens (55.2%) não se encontram institucionalizados, correspondendo este número a 44 jovens do género feminino (59,5%) e 30 do género masculino (40,5%). Encontram-se institucionalizados 60 (44,8%) jovens, sendo que 37 (61,7%) são do género feminino e 23 (38,3%) do género masculino. Os jovens institucionalizados tinham idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos ($M=15.2$, $DP= 1.38$), sendo que a maioria dos jovens ($n=37$) estaria entre o 7ª e o 9ºano (61,7%). No que refere aos jovens não institucionalizados tinham idades compreendidas entre 12 e 15 anos ($M= 13.32$, $DP= 0.94$). A maioria encontra-se entre o 7º e o 8º ano de escolaridade ($M= 7.54$, $DP= 0.85$). (Tabela 1).

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Tabela 1*Descrição sociodemográfica dos participantes (n=134)*

<i>Características sociodemográficas</i>		<i>Institucionalizados</i>	<i>Não institucionalizados</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Total	de	60 (44,8)	74 (55,2)
Participantes			
Gênero	Feminino	37 (61,7)	44 (59,5)
	Masculino	23 (38,3)	30 (40,5)
Escolaridade	5º ano	6 (10,0)	–
	6º ano	9 (15,0)	6 (8,1)
	7º ano	13 (21,7)	33(44,6)
	8º ano	12 (20,0)	24(32,4)
	9º ano	12 (20,0)	11(14,9)
	10º ano	4 (6,7)	–
	11º ano	4 (6,7)	–

Legenda: *n* = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

De forma a caracterizar a amostra presente neste estudo foi elaborado um questionário sociodemográfico, recolhendo dados acerca do género, idade, escolaridade e nacionalidade. O questionário permitia, ainda, perceber se os jovens se encontravam institucionalizados.

Questionário de Inteligência Emocional de Bar-On

Consiste num instrumento com 60 itens, respondidos através de uma escala de Likert, com 4 níveis de resposta (1-muito raramente é verdadeiro para mim; 2-raramente é verdadeiro para mim; 3- frequentemente é verdadeiro para mim; e 4- muito frequentemente é verdadeiro para mim). É aplicado em jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. Tem como objetivo avaliar 5 dimensões da inteligência emocional: intrapessoal; interpessoal; gestão do stress; adaptabilidade e humor geral. Este instrumento possui uma pontuação que pode variar entre os 60 e os 240 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de Inteligência Emocional. Para além disso, as utilizações deste questionário em vários estudos têm apresentado características psicométricas positivas favorecendo a sua aplicação na avaliação de componentes emocionais. A escala validada para a população portuguesa apresentou uma consistência interna de .87 para a escala total, enquanto as suas dimensões obtiveram índices a variar de .69 a .86 (Bicho, 2015).

Questionário de Avaliação Ansiedade-Traço em Crianças (STAIC-2)

Este questionário é orientado para a avaliação da ansiedade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos. Contém 20 itens de autoadministração com uma escala tipo Likert de três níveis: “1-nunca”, “2-as vezes”, “3-

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

muitas vezes”. O valor da escala total pode variar entre 20 e 60 pontos, sendo que quanto maior a cotação, mais significativa é a perturbação da ansiedade. A forma como a escala é cotada/interpretada varia consoante o género, uma vez que existem normas diferentes para o masculino e para o feminino. O género masculino possui os seguintes pontos de corte: pontuações até 37 são consideradas subclínico (sem sintomatologia clinicamente significativa), entre 38 e 46 borderline (sintomatologia relevante mais ainda sem significância clínica) e a partir de 47 clínico (sintomatologia clinicamente significativa). No caso do género feminino, pontuações até 39 são subclínico, entre 40 e 51 são borderline e partir de 52 são clínico. A escala validada para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna com um valor de alfa de Cronbach de .76. (Dias e Gonçalves, 1999).

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Este inventário, desenvolvido por Kovacs (1992), consiste num questionário aplicado a crianças dos 7 aos 17 anos, que avalia sintomas depressivos tais como humor perturbado, capacidade para sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliação e comportamentos interpessoais. Trata-se de um questionário de auto-relato composto por 27 itens, onde as respostas vão de 0 a 2 consoante a severidade dos sintomas. Quanto mais perto da pontuação total (54 valores) maior será a severidade da perturbação. A pontuação obtida na escala é interpretada de acordo com a idade, ou seja, difere entre crianças com menos de 12 anos e crianças com mais de 12 anos. Em crianças com idades entre os 8 e os 12 anos pontuações até 4 são consideradas subclínico (sem sintomatologia clinicamente significativa), pontuações entre 5 e 15 são consideradas borderline (sintomatologia relevante mas ainda sem significância clínica) e partir de 16, clínicas (clinicamente significativas). Já em crianças com mais de 12 anos, valores até 5 são consideradas subclínico, entre 6 e 19 borderline e partir de

20 clínico. A escala validada para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna com um valor de alfa de Cronbach de .80 (Dias e Gonçalves, 1999).

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

Para utilização dos instrumentos foram contactados os autores dos mesmos, via correio eletrónico, tendo sido atribuídas as respetivas autorizações. Após a aprovação do estudo por parte da Comissão de Ética da Universidade da Maia avançou-se para o pedido de autorização de recolha de dados junto das instituições de acolhimento (jovens institucionalizados) e escolas (jovens não institucionalizados). De referir que os dados foram recolhidos em duas escolas e em quatro instituições de acolhimento, todas da zona norte do país. Esta recolha foi conseguida através da aplicação dos instrumentos acima elencados. Estes foram entregues em papel a todos os/as participantes após o consentimento por parte dos tutores legais dos mesmos, ou, no caso dos jovens não institucionalizados, após a autorização por parte dos encarregados de educação. A respetiva recolha procedeu-se num único momento.

Procedimentos de análise de dados

No que concerne à análise dos dados, estes foram analisados estatisticamente através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27. Relativamente as variáveis quantitativas foi realizada análise descritiva privilegiando-se a média, desvio-padrão, máximo e mínimo, e as variáveis categóricas a sua frequência relativa (%) e absoluta (*n*). Foi realizado o teste de *Levene* para testar a homogeneidade da amostra (jovens

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Institucionalizados e Não Institucionalizados), tendo sido cumprido este critério, $p > 0.05$.

Para além disto, e apesar do tamanho da amostra, foi realizado o teste da normalidade (nome) com o intuito de verificar se a amostra cumpria o pressuposto da normalidade, pressuposto esse cumprido, não se verificando *outliers* severos, optando-se assim pela utilização de testes paramétricos.

Foi realizado o teste T para amostras independentes para verificar se existiam diferenças estaticamente significativas entre os dois grupos (jovens institucionalizados e não institucionalizados) ao nível da Inteligência Emocional da Ansiedade e Depressão.

Foi realizado também o coeficiente de correlação de Pearson para testar a relação entre a Inteligência Emocional, a ansiedade e a depressão.

Resultados

Inteligência Emocional em jovens institucionalizados e não institucionalizados

Através do teste T para amostras independentes observou-se diferenças estaticamente significativas entre o grupo institucionalizado e o grupo não institucionalizado relativamente à IE ($t(132) = -2.119, p = .036$). Estes resultados apontaram para um nível de IE superior nos jovens não institucionalizados ($M = 164.9, DP = 20.9$) comparativamente com os jovens institucionalizados ($M = 157.2, DP = 21.0$). De referir ainda que os níveis de IE encontrados pareceram altos para a amostra estudada, tendo em conta que a pontuação mínima possível são 60 pontos e a máxima são 240.

Tabela 2

Estatística Descritiva da Inteligência Emocional por grupos (n=134)

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

<i>Inteligência emocional</i>	<i>Institucionalizado</i>	<i>Não institucionalizado</i>
<i>Total</i>	60	74
<i>M</i>	157,2	164,9
<i>DP</i>	21,0	20,9
<i>Min.</i>	111	114
<i>Max.</i>	210	213

Ansiedade em jovens institucionalizados e não institucionalizados

Relativamente à ansiedade, foi possível perceber que ambos os grupos apresentavam níveis moderados de ansiedade, sendo que apenas 8 (13,3%) jovens institucionalizados e 9 (12,2%) não institucionalizados revelaram sintomatologia ansiógena clinicamente, sendo que a maioria se encontra com sintomas de ansiedade moderados (borderline), tal como é possível verificar na tabela 3.

Através do teste t-student para amostras independentes não foram encontradas diferenças significativas ($t(132) = -0.39, p = .969$) entre os jovens institucionalizados ($M= 43.1, DP= 7.0$) e os jovens não institucionalizados ($M= 43.2, DP= 6.5$) no que diz respeito aos níveis de ansiedade.

Tabela 3

Níveis de ansiedade nos jovens institucionalizados e não institucionalizados (n= 134)

<i>STAIC</i>	<i>Institucionalizados</i>	<i>Não institucionalizados</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Subclínico	15 (25,0%)	18 (24,3%)

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Borderline	37 (61,7%)	47 (63,5%)
Clínico	8 (13,3%)	9 (12,2%)

Legenda: n=frequência absoluta; %= frequência relativa

Depressão em jovens institucionalizados e não institucionalizados

Relativamente à depressão, foi possível perceber que 22 jovens institucionalizados (36,7%) e 19 jovens não institucionalizados (25,7%) apresentavam níveis clinicamente significativos de depressão, sendo que a sintomatologia depressiva moderada (borderline) continuou a ser a mais prevalente em ambos os grupos (tabela 4).

De forma a verificar as diferenças entre os dois grupos relativamente à sintomatologia depressiva, foi realizado, novamente, um t-student para amostras independentes que revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas ($t(132) = 1.449, p = .150$) entre os grupos.

Tabela 4

Níveis de depressão nos jovens institucionalizados e não institucionalizados (n=134)

CDI	<i>Institucionalizados</i>	<i>Não institucionalizados</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
Subclínico	4 (6,7%)	4 (5,4%)
Borderline	34 (56,7%)	51 (68,9%)
Clínico	22 (36,7%)	19 (25,7%)

Legenda: n=frequência absoluta; %= frequência relativa

Relação entre Inteligência Emocional, Ansiedade e Depressão em Jovens Institucionalizados e Não Institucionalizados

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Através do Teste de Coeficiente de Pearson (Tabela 2) no grupo institucionalizado, observou-se uma relação negativa estatisticamente significativa entre a os níveis de IE com os níveis de sintomas de Ansiedade ($r = -.448$, $p = .001$) e os níveis de sintomas de Depressão ($r = -.759$, $p = .001$). Assim sendo, percebeu-se que quanto maiores os níveis de IE, menores serão os níveis de sintomatologia depressiva e de sintomatologia ansiosa.

No que diz respeito ao grupo não institucionalizado (Tabela 5) observou-se uma relação negativa estatisticamente significativa entre a IE e os sintomas da ansiedade ($r = -.548$, $p = .001$) e os sintomas da depressão Depressão ($r = -.800$, $p = .001$), sendo que, quanto maiores os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, maiores os níveis de IE.

Tabela 5

Relação entre a Inteligência Emocional, Ansiedade e Depressão em ambos os grupos (n=134)

		IE	STAIC	CDI
Institucionalizado	IE	-		
	STAIC	-.448**	-	
	CDI	-.759**	.621**	-
Não Institucionalizado	IE	1		
	STAIC	-.548**	-	
	CDI	-.800**	.725**	-

Legenda: ** $p < .01$.

Discussão

Ao longo deste trabalho procurou entender-se a relação entre a IE e a sintomatologia depressiva e ansiosa, considerando a primeira como um fator protetor destas últimas. De

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

forma a enriquecer a presente investigação foram incluídas outras variáveis, como a institucionalização, acreditando-se que poderão funcionar como condicionantes do desenvolvimento da IE.

Os níveis de IE mostraram-se superiores em jovens não institucionalizados quando comparados com jovens institucionalizados. De acordo com Anjo (2014), muitas vezes o processo de institucionalização pode prejudicar o desenvolvimento pessoal, funcionando como um fator de risco para a construção de competências emocionais adaptativas, apresentando implicações negativas ao nível social, físico, cognitivo, acadêmico e emocional.

Pelo contrário, os níveis de ansiedade e depressão não diferem nos dois grupos. Assim sendo, estar ou não institucionalizado não parece condição relevante para os níveis de depressão e ansiedade apresentados pelos jovens, sendo que no presente estudo a frequência de jovens com sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa foi baixa. A ansiedade e a depressão podem não ter sido diferentes nas duas amostras dadas as alterações dos padrões parentais, onde os jovens mesmo que não institucionalizados passam mais tempo no âmbito escolar, muitas vezes sem possibilidade de criarem momentos de qualidade com os pais. Da mesma forma, pressupõe-se que as crianças institucionalizadas, por não terem figuras parentais, se tornem mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações emocionais. No entanto, isto pode não acontecer em diferentes cenários como quando as crianças são institucionalizadas após vivenciarem contextos familiares disruptivos, violentos, de abusos e/ou outros (Neves et al., 2016). Segundo Neves et al. (2016) "Os jovens institucionalizados mostram-se mais satisfeitos com a sua vida, e têm maior capacidade de controlar as suas emoções, por consequência das circunstâncias e condições de vida atuais na

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

instituição, assim como do afastamento dos motivos e distanciamento da realidade familiar que conduziram à condição de institucionalizados. Os autores acrescentam, ainda, que, a influência da institucionalização poderá ser mediada por maus-tratos anteriores e má qualidade da relação com os progenitores” (pp.125-126). Consistentemente, numa investigação realizada em Portugal, procuraram compreender as vivências associadas à institucionalização, através do olhar de adolescentes institucionalizadas. Servindo-se duma entrevista individual semi-estruturada, as autoras aplicaram-na a seis adolescentes entre os 13 e os 18 anos de idade, do sexo feminino. De uma forma geral, o estudo revelou uma conotação positiva da institucionalização. Mais especificamente, em relação à primeira categoria, a recepção e acolhimento, as adolescentes referiram que o primeiro impacto aquando da entrada na instituição foi quase sempre negativo, impacto este que mudou logo que conheceram as crianças do lar com quem brincaram ou que lhes mostraram a casa, considerando as autoras que a companhia de uma pessoa de confiança no primeiro dia facilitaria este primeiro contacto. Em termos de satisfação com o lar, as adolescentes referem que preferiam ficar na instituição, mesmo que lhes fosse dado outro sítio diferente a escolher. As relações são descritas como boas e, embora seja reconhecida a existência de conflitos, estes são encarados como normais. (Carvalho & Manita, 2010).

O presente estudo aponta, de facto, para uma relação entre a Inteligência Emocional, Ansiedade e Depressão. Em contrapartida, permitiu perceber que, apesar dos níveis de ansiedade e depressão serem semelhantes nos jovens institucionalizados e nos jovens não institucionalizados, a Inteligência Emocional mostra-se superior neste último grupo. Assim sendo, seria pertinente em investigações futuras estudar quais as competências emocionais que diferenciam os dois grupos, para além dos níveis de ansiedade e depressão. Para além do

referido, e visto que nos grupos estudados os níveis de ansiedade e depressão não justificam as diferenças dos níveis de IE, poderá, também, ser oportuno avaliar que outras variáveis condicionarão a IE (nos grupos estudados). Por outro lado, em estudos posteriores, seria importante considerar as diferentes categorias da IE do modelo de Bar-On e compreender quais as que estão mais associadas a menores níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva.

O presente estudo aponta, tal como o esperado, para uma relação negativa entre a IE e a ansiedade e a depressão, sendo que quanto maiores os níveis de IE, menores os níveis de ansiedade e de depressão, assim, como quanto menores os níveis de IE, maiores os níveis de sintomas de ansiedade e de depressão. De facto, segundo Bar-On, a inteligência emocional funcionaria como protetora do indivíduo, sendo que, quanto mais elevados os níveis de IE, maior seria a capacidade de lidar com pressões e exigências emocionais e conseqüentemente maior seria o risco de desenvolver problemas emocionais (Stys & Brown, 2004).

Estes resultados, utilizados cautelosamente, contribuem para a futura prática clínica, alertando para a pertinência do apoio psicológico em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas de forma a promover uma maior IE que permitirá, conseqüentemente, preparar da melhor forma os jovens para os desafios da vida e para a regulação emocional e prevenção de sintomas depressivos e de ansiedade.

Importa referir algumas limitações da presente investigação que se prendem principalmente com o tamanho da amostra. De facto, a nossa amostra foi composta por 134 jovens, o que poderá trazer alguns problemas a nível da representatividade da amostra e conseqüentemente da generalização dos resultados. Temos, contudo, de ter em conta que a recolha de dados em meios institucionais, como escolas e instituições de acolhimento, a

INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

jovens, implica o consentimento de diferentes partes, existindo, por isso, uma maior dificuldade em conseguir uma amostra representativa. Dada a limitação do número de participantes também não foi possível ter um número representativo de cada grupo, institucionalizados e não institucionalizados, bem como do género o que poderá ter debilitado alguns resultados onde ambas as variáveis estavam inseridas.

Da mesma forma, é preciso referir que, neste estudo, no caso de alguns jovens, foi necessário o preenchimento dos questionários por parte do avaliador, sendo as questões lidas pelo mesmo e a resposta dada pelo jovem. Foi verificada esta necessidade, uma vez que, alguns jovens, possuíam alguns défices cognitivos e dificuldades ao nível da leitura que dificultavam o correto preenchimento do questionário. Assim sendo, não se cumpre o pressuposto de preenchimento do questionário autonomamente o que de alguma forma poderá ter enviesado as respostas dos jovens a algumas questões. Para colmatar esta limitação um estudo qualitativo poderá acrescentar valor à presente investigação, de forma a compreender-se o percurso de vida dos jovens, características da sua personalidade, facilitando, assim, a interpretação dos resultados obtidos. Teria, ainda, sido importante perceber a relação da IE com o tempo que os jovens estariam institucionalizados, visto que a vivência da institucionalização e as competências adquiridas dependem, também, do tempo da mesma. De facto, a integração na instituição e os primeiros anos na mesma são vividos pelos jovens como uma fase de turbulência emocional, podendo as mesmas experienciar curtos períodos de emoções diversas, nomeadamente, tristeza, alegria e zanga (Sousa et al., 2005). Tal como Sousa (2014) referiu “o desenvolvimento dos jovens a curto e longo prazo depende, quer da qualidade do meio de que são retiradas, quer daquele onde são colocadas” (p. 23).

Referências

- Aminabadi, N-A., Pourkazemi, M., Babapour, J., & Oskouei, S-G. (2012). The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Medicina oral, patologia oral y cirurgia bucal*, 17(6), 1089–1095. <https://doi.org/10.4317/medoral.17839>
- Anjo, E. (2014). Aspectos Desenvolvimentais da Intligência Emocional em jovens Intitucionalizados: Estudo de Caso. [Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório do Universidade da Madeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/1005/1/Mestrado%c3%89ricaAnjo.pdf>
- Associação de Psiquiatria Americana. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Autor.
- Barbosa, L. N. F., Asfora, G. C. A., & Moura, M. C. de. (2020). Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.11606//issn.1806-6976.smad.2020.155334>
- Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (2000). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Technical manual. Youth version (BarOn EQ-i:YV)*. Multi-Health Systems.
- Bicho, M. (2015). *Comportamentos agressivos entre pares e competências emocionais em estudantes de 2º e 3º ciclos de escolaridade*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Évora.
- Coelho, A. (2022). *Institucionalização e relações de afeto: O olhar dos jovens e seus cuidadores* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto].

Repositório do Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/40904>

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 6, 553–564.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa, Portugal. Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

Direcção Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014* [PDF] DGS: Lisboa, Portugal. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., & Extremera, N. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.

Fernández-Berrocal, P., Berrios-Martos, M. P., Extremera, N., & Augusto, J. M. (2012). Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Psicología Conductual*, 20(1), 5–13. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/inteligencia-emocional-22-anos-de-avances-empiricos/>

- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Matias, D. (2012). *Inteligência emocional em alunos do 8.º ano: Diferenças em função de variáveis sociodemográficas* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/3362>
- Mayer, J. D., Roberts, S. D., & Barsade, S. D. (2008). Human abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 507–536. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>
- Neta, N. F. A., García, E. G., & Gargallo, I. S. (2008). A inteligência emocional no âmbito académico: Uma aproximação teórica e empírica. *Psicologia Argumento*, 26(52), 11–22. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-40968>
- Neves, S., Martins, E., Magalhães, C., Fernandes, R., & Mendes, F. (2016). Institucionalização, regulação emocional e satisfação com a vida numa amostra de adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7(1-2), 121–128. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2403>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Racine, N., McArthur, B., Cooke, J., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *175*(11), 1142-1150.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>

Rocha, Á., & Santos, V. (2014). The influence of information and communication technologies on the development of social and emotional intelligence in a school context. *International Journal of e-Education, e-Business, e-Management and e-Learning*, *4*(2), 135–137. <https://doi.org/10.7763/IJEEEE.2014.V4.317>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, *9*(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Silva, B. (2019). Manual de Tipos de Estudo [Dissertação de Mestrado, Universidade Evangélica de Goiás]. Repositório Institucional da Associação Educativa Evangélica.

Sousa, H. (2014). *Contextos de desenvolvimento e rendimento escolar em crianças adoptadas – Estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra].

Repositório Científico da Universidade de Coimbra.

<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27521>

Sousa, M., Benevides, J., Carvalho, C. & Caldeira, S. (2015). Programa de promoção da inteligência emocional na ansiedade infantil. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, *Extr.*(5), A5-009.

<https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.05.100>

Strecht, P. (2002). *Crescer Vazio – Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvim.

Stys, Y. & Brown, L. S. (2004). *A Review of the emotional intelligence literature and implications for corrections* [PDF]. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/r150-eng.shtml>

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (3.^a Ed.).

Edições Sílabo. ou Silva, B. (2019). MANUAL DE TIPOS DE ESTUDO. (artigo 1 e 2)

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>