



Marta Alexandra Gabones Cunha

Avaliação da Eficácia de um Programa de Promoção de Resiliência para
Adolescentes na Redução de Sintomas de Internalização

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Liliana Meira

Outubro, 2015



Marta Alexandra Gabones Cunha

Nº: 4152

Avaliação da Eficácia de um Programa de Promoção de Resiliência para
Adolescentes na Redução de Sintomas de Internalização

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sobre a orientação: Professora Doutora Liliana Meira

Outubro, 2015

“Uma pancada do destino é uma ferida que se inscreve na nossa história, não é um destino.”

B. Cyrulnik

Agradecimentos

À minha Orientadora, Professora Doutora Liliana Meira, agradeço por todo o apoio e disponibilidade no decorrer deste longo processo, à partilha constante de competências e conhecimentos, pela imensa sabedoria, experiência e capacidade constante de motivação e especialmente por ser uma fonte de inspiração. Pelo seu rigor, exigência, profissionalismo e dedicação. Muito obrigada por ter acreditado em mim!

À Professora Doutora Eva Martins, por todos os conhecimentos e apoio transmitidos no decorrer das reuniões e no trabalho desenvolvido com o Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes (PPRA). Muito obrigada!

À direção da Escola Secundária onde foi implementado o programa PPRA, à colega Andreia Mendes, a todos os professores e alunos(as) envolvidos neste processo e com quem tive o privilégio de intervir, venho desta forma agradecer a colaboração, simpatia e disponibilidade. Muito Obrigada!

A todos os meus docentes do Mestrado que contribuíram de forma tão positiva na aquisição dos meus conhecimentos, aptidões e por terem sido corresponsáveis pelo meu gosto e paixão pela Psicologia! Muito obrigada!

A todas as minhas colegas do Mestrado, em especial à Helena Barros e Bárbara Moreira, venho desta forma agradecer as palavras constantes de apoio e carinho, disponibilidade e troca de competências e conhecimentos. Muito obrigada!

Ao Pedro, venho desta forma agradecer o apoio, incentivo e coragem transmitidos no decorrer da elaboração deste trabalho. Com o seu jeito especial, ouviu-me e tranquilizou-me em momentos de cansaço e preocupação. Muito obrigada!

À minha família, dando destaque aos meus pais, avós e irmão, quero agradecer pelo constante apoio, afeto, carinho, incentivo e coragem transmitidos de forma única e tão especial. A eles o meu muito obrigada!

Avaliação da Eficácia de um Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes na
Redução de Sintomas de Internalização

Resumo

A elevada prevalência de perturbações psicopatológicas na infância e na adolescência tem vindo a justificar a construção e implementação de medidas de prevenção, especificamente, de programas de prevenção para prevenir sintomas de internalização, nomeadamente a depressão e a ansiedade. O presente estudo-piloto pretendeu avaliar a eficácia numa primeira implementação do Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes – PPRA, um programa de prevenção universal de sintomas psicopatológicos para adolescentes, especificamente, na redução de sintomas de internalização: ansiedade e depressão. O PPRA é uma adaptação do programa *Resilience Builder Program – RBPC&A* (Alvord, & Grados, 2011) para adolescentes portugueses. O estudo contemplou 37 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos de idade, subdivididos em dois grupos - grupo de intervenção (N=18) e grupo de controlo (N=19) - e foram recolhidos os dados em dois momentos - pré-teste e pós-teste. Os instrumentos de recolha de dados foram um Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR), o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)*. Os resultados indicam que os dois grupos manifestaram níveis distintos de sintomas de internalização no global, com o GI a registar níveis superiores de sintomas internalizadores e depressivos. Indicam ainda que não se registaram alterações significativas do pré para o pós-teste nos dois grupos, apesar do tamanho do efeito dos sintomas de internalização ser médio e o da depressão ser elevado no GI do pré para o pós-teste, no sentido da diminuição destas duas variáveis. Este estudo-piloto permitiu, sobretudo, informar

futuros estudos de avaliação da eficácia do PPRA sobre ao ter permitido identificar um conjunto de dimensões importantes a salvaguardar para assegurar a validade dos respetivos resultados.

Palavras-chave: adolescência; sintomas de internalização; programa de prevenção universal; programa promoção de resiliência para adolescentes.

Evaluation of the Effectiveness of a Resilience Promotion Program for Adolescents in
Reducing Internalization Symptoms

Abstract

The high prevalence of psychopathological disorders in childhood and adolescence justify the construction and implementation of preventive measures, specifically, of prevention programs to prevent internalization symptoms such as depression and anxiety. This pilot study aims to evaluate the effectiveness of the first implementation of Resilience Promotion Program for Teens - PPRA, a universal prevention program of psychopathological symptoms for adolescents, specifically in reducing internalization symptoms: anxiety and depression. The PPRA is an adaptation of *Resilience Builder Program - RBPC&A* (Alvord, & Grados, 2011) to portuguese adolescents. The study included 37 adolescents aged between 15 and 17 years old, divided into two groups - intervention group (N = 18) and control group (N = 19) - and where the data were collected in two phases - the pre-test and post-test. The data collection tools were a Sociodemographic Questionnaire, the Achenbach Youth Self-Report (YSR), the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R). The results indicate that both groups showed different levels of internalization symptoms and the GI had higher levels of internalization and depressive symptoms. It also indicate no significant changes from pre to post-test in both groups, despite the medium size of the effect on the internalization symptoms and high effect size on the depression in GI from pre to pos-test, towards the reduction of these two variables. This pilot study allowed especially informing future studies evaluating the effectiveness of PPRA on when having to identify a number of important dimensions to safeguard to ensure the validity of their outcomes.

Keywords: adolescence; internalization symptoms; universal prevention program; resilience promotion program for adolescents.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract.....	iv
Índice	vi
Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	3
1. Sintomas de Internalização na Adolescência.....	3
1.1.Diagnóstico e Características Clínicas.....	5
1.2. Incidência, prevalência e comorbilidade.....	7
2. Eficácia da Intervenção nos Sintomas de Internalização na Adolescência	10
2.1. Tipos de Programas de Intervenção.....	11
2.2. Programas de Intervenção empiricamente apoiados.....	12
2.3. Programas de Intervenção em Portugal	17
3. O Programa Promoção de Resiliência para Adolescentes - PPRA	19
3.1. Descrição e caracterização do PPRA	23
3.1.1. População-Alvo.....	24
3.1.2. Estrutura e Organização das Sessões	24
3.1.3. Sessões de Intervenção com os pais/cuidadores	24
Síntese	26
Capítulo II – Estudo Empírico.....	28
1. Método.....	28
1.1. Participantes.....	29
1.1.1. Caracterização dos participantes.....	30
1.2. Instrumentos.....	32

1.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	33
1.2.2. Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR)	33
1.2.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	35
1.2.4. <i>Children's Manifest Anxiety Scale-Revised</i> (CMAS-R)	36
1.3. Procedimentos.....	37
2. Resultados	39
3. Discussão	44
Referências Bibliográficas	49

ANEXOS

Lista de Tabelas

Tabela 1	30
Tabela 2	30
Tabela 3	31
Tabela 4	39
Tabela 5	40
Tabela 6	40

Lista de Figuras

Figura 1 - <i>Evolução dos sintomas de internalização nos dois grupos do pré para o pós-teste.</i>	42
Figura 2 - <i>Evolução dos sintomas de depressão nos dois grupos do pré para o pós-teste.</i>	43
Figura 3- <i>Evolução dos sintomas de ansiedade nos dois grupos do pré para o pós-teste.</i>	44

Lista de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado do Programa PPRA do Grupo Intervenção
Anexo II – Consentimento Informado do Programa PPRA do Grupo Controlo
Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Lista de Abreviaturas

American Psychiatric Association (APA)

Entidade Reguladora de Saúde (ERS)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes (PPRA)

Resilience Builder Program for Children and Adolescents (RBPC&A)

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

World Health Organization (WHO)

Introdução

A presente Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde no ISMAI – Instituto Universitário da Maia, apresenta um estudo-piloto que teve como objetivo avaliar a eficácia do Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes (PPRA) na redução de sintomas de internalização numa amostra de adolescentes portugueses.

As perturbações de internalização repercutem-se em sintomas depressivos e ansiosos, isolamento social, perturbações e queixas somáticas (Achenbach, & Rescorla, 2001; Melo, 2005). Este tipo de sintomas engloba problemas que estão essencialmente relacionados com o indivíduo e sintomas de natureza subjetiva, como ansiedade, medos, isolamento social, entre outros (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado, & Gonçalves, 2014). De acordo com Bosacki, Dane e Marini (2007) as perturbações de internalização, designadamente, a depressão e a ansiedade social, têm uma prevalência superior nos adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade. O último estudo desenvolvido em território nacional demonstra que surge uma prevalência de 10% de sintomatologia depressiva em adolescentes (ERS, 2015). Na base deste tipo de sintomatologia psicopatológica tendem a estar dificuldades no modo como os adolescentes lidam com as mudanças e os desafios nesta fase do seu desenvolvimento, e que pode resultar em consequências graves para o próprio, nomeadamente, na quebra do rendimento académico e no abandono escolar, no abuso de substâncias e no risco de suicídio (Beautrais, 2000). A prevenção de sintomas de internalização na adolescência deverá, neste sentido, ser uma das prioridades da área da saúde mental (WHO, 2012).

A prevalência de perturbações mentais em jovens é elevada, oscilando entre 15 e 20%, sendo o índice de procura de cuidados de saúde reduzido (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira, & Pedreiro, 2013). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) estima-se que apenas cerca de 10 a 15% dos adolescentes com problemas de saúde

mental recebe apoio dos serviços de saúde mental. Para além destes dados, os problemas de saúde mental tendem a aumentar no decorrer da fase da adolescência, e a prolongarem-se na idade adulta, o que reforça a necessidade de investimento na prevenção precoce (Simões, 2010). Neste sentido, prevenir a emergência e reduzir os níveis de depressão e ansiedade na adolescência é fundamental e tem resultado, sobretudo, a nível internacional, num elevado investimento em programas de intervenção psicológica focados na prevenção universal e seletiva (Gladstone, & Beardslee, 2009; Stallard et al., 2010).

Na continuidade do descrito, a presente dissertação apresenta um estudo-piloto que pretende avaliar a eficácia de um programa de prevenção universal, o Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes (PPRA), adaptado do *Resilience Builder Program for Children and Adolescents - RBPC&A* (Alvord, Zucker, & Grados, 2011), na redução de sintomas de internalização para adolescentes.

A dissertação é composta por dois capítulos, sendo que o primeiro apresenta o enquadramento teórico do tema e uma síntese, onde são expostos o problema de investigação, o objetivo geral e objetivos específicos com as respetivas hipóteses de investigação; e o segundo expõe o estudo empírico desenvolvido, com a descrição da metodologia de investigação adotada, os resultados, a discussão dos resultados e a conclusão.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico começa por fazer uma breve caracterização dos sintomas de internalização na adolescência, seguido da apresentação de alguns dados relativos à incidência, prevalência e comorbilidade deste tipo de sintomas em amostras nacionais e internacionais de adolescentes. Segue-se uma revisão de estudos de eficácia de programas de intervenção psicológica nas perturbações de internalização, com a descrição de alguns programas a título exemplificativo. O capítulo termina com a caracterização do PPRA a partir da versão original do *RBPC&A*.

1. Sintomas de Internalização na Adolescência

A fase da adolescência é um período extremamente relevante para a construção identitária do indivíduo, sendo os sintomas depressivos comuns nesta fase do desenvolvimento (Resende, Santos, Santos, & Ferrão, 2013). A Perturbação Depressiva é uma patologia relativamente frequente podendo acarretar incapacidades a nível do desempenho individual, familiar, escolar e social, sendo desta forma a sua avaliação essencial (Brochado, & Brochado, 2008). Além desta patologia e de acordo com Martins, Dias e Martins (2008), as Perturbações da Ansiedade são as mais frequentes em crianças e adolescentes. De acordo com Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira e Pedreiro (2013), na fase da adolescência verifica-se uma maior propensão para o aparecimento de perturbações mentais, pois estima-se que cerca de metade dos sujeitos que irão vivenciar uma patologia de índole mental na fase adulta terá o seu primeiro episódio antes dos 18 anos de idade.

De acordo com o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016* (Ministério da Saúde, 2008) a sintomatologia depressiva é descrita por sentimentos de desvalorização/culpabilidade persistentes e que provocam alterações significativas na vida da criança ou adolescente. Sendo

que os sintomas incluem: humor depressivo, fadiga e outras queixas somáticas; isolamento social; desinteresse/falta de prazer nas atividades habituais; alterações do sono e alimentares; perturbações do comportamento e redução no rendimento escolar, estando por vezes associada a sintomas de ansiedade. A patologia depressiva é descrita como tendo uma evolução variável, sendo destacado que as patologias que têm início na fase pré-escolar ou escolar podem permanecer na vida do sujeito, se não forem devidamente diagnosticadas e serem alvo de uma adequada intervenção. Em crianças mais jovens prevalecem sintomas de irritabilidade e agressividade, já no adolescente os sintomas de depressão são frequentemente semelhantes aos do adulto. Na fase da adolescência podem ocorrer episódios breves de depressão, de fácil prognóstico, contudo podem ocorrer situações mais alarmantes e que persistem no sujeito adulto, destacando-se principalmente a depressão major e a doença bipolar (Ministério da Saúde, 2008). Como fatores de risco surgem os seguintes: temperamento, ou seja, crianças com dificuldades de adaptação a mudanças apresentam uma maior tendência para depressão; vinculação insegura, experiências de separação ou perda; situações de tensão prolongada; mudanças no meio familiar ou escolar e história familiar de depressão (Ministério da Saúde, 2008).

No que concerne às Perturbações da Ansiedade, o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016* (Ministério da Saúde, 2008) refere que nesta problemática tendencialmente surgem preocupações e/ou medos exagerados ou desadequados relativamente ao nível de desenvolvimento da criança. Sendo que, a ansiedade desempenha um papel adaptativo no desenvolvimento do sujeito, mas que poderá considerar-se patológica quando surgem os seguintes indicadores: muito intensa e prolongada; excessivamente invasiva, interferindo com o desenvolvimento e quotidiano da criança (e.g., capacidade de socialização, autonomia); quando surgem tardiamente sintomas considerados normais em estádios mais precoces do desenvolvimento (e.g., a ansiedade de separação que é normal aos 2-3 anos, mas não aos 8-10

anos). Os sintomas mais frequentes incluem queixas somáticas, medo da separação, comportamentos regressivos/imaturos, irritabilidade, grande suscetibilidade às críticas, comportamentos obsessivos ou fóbicos. Como fatores de risco para esta perturbação surgem os seguintes: fatores genéticos e constitucionais; fatores familiares (e.g., pais sobreprotetores e ansiosos, patologia psiquiátrica nos pais, padrão de agregação familiar para certos tipos de fobias); fatores de *stress*/mudanças no meio familiar; acontecimentos desencadeadores específicos e situações de doença crónica na criança/adolescente (Ministério da Saúde, 2008).

1.1. Diagnóstico e Características Clínicas

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as Perturbações Depressivas enquadram-se no grupo das Perturbações de Humor, onde se encontram as seguintes patologias: a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (SOE). Sendo que, a Perturbação Depressiva Major caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Major. Para tal, a característica principal de um Episódio Depressivo Major consiste num período de pelo menos duas semanas em que o sujeito apresenta humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável, sendo que os indivíduos deverão evidenciar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma listagem, tais como: alterações no apetite ou peso; insónia ou hipersónia e agitação ou lentificação a nível psicomotor; decréscimo da energia; sentimentos de culpa e de desvalorização pessoal; concentração diminuída ou dificuldade na toma de decisões; ou pensamentos recorrentes acerca da morte ou ideação, plano ou tentativas de suicídio. Estes sintomas devem ocorrer durante a maior parte do dia, quase todos os dias, no decorrer de pelo menos duas semanas consecutivas (APA, 2002). Tal episódio deverá ser acompanhado por mal-estar clinicamente relevante ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas significativas. Nas crianças e adolescentes os sintomas

principais dos episódios major são semelhantes, contudo surgem dados que indicam que a presença dos sintomas característicos pode alterar com a idade. Sendo que, sintomas tais como o isolamento social, as queixas somáticas e a irritabilidade são nomeadamente mais comuns nas crianças, enquanto a hipersónia, as ideias delirantes e a inibição motora são menos frequentes na pré-puberdade do que na adolescência. Na fase da adolescência, os episódios depressivos major estão maioritariamente relacionados com Perturbações Disruptivas do Comportamento, Perturbações por Défice da Atenção, Perturbações da Ansiedade, Perturbações relacionadas com substâncias e Perturbações do Comportamento Alimentar (APA, 2002).

No que concerne às Perturbações de Ansiedade que podem ser identificadas em crianças e adolescentes, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), são as seguintes: Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade Social/Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação de Pânico com ou sem Agorafobia, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Aguda de Stress e Perturbação de Pós-stress Traumático. Sendo que, a Perturbação de Ansiedade Social/Fobia Social caracteriza-se por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho, em que o sujeito está exposto a indivíduos desconhecidos ou à possível observação por parte de outros. Tendencialmente temem efetuar comportamentos ou evidenciar sinais de ansiedade humilhantes ou embaraçadores. Em crianças, para esta perturbação psicológica ser diagnosticada, têm de surgir evidências da capacidade em estabelecer relações sociais adequadas para a sua idade com sujeitos conhecidos. Além de que, a ansiedade deve surgir igualmente com as crianças da sua faixa etária e não exclusivamente nas interações com adultos. Nesta perturbação, o sujeito quando é exposto à situação social temida evidencia com frequência ansiedade, podendo surgir um ataque de pânico situacional ou situacionalmente preestabelecido. A ansiedade em crianças é visível

através do choro, situações de birra, imobilidade ou medo em interagir socialmente com sujeitos estranhos. Adultos reconhecem que o medo/receio é excessivo ou irracional, sendo que, tal pode não ocorrer em crianças. As situações sociais ou de desempenho são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade ou mal-estar. O evitamento, antecipação ansiosa ou mal-estar que advém dessas situações interfere significativamente com as rotinas diárias, funcionamento ocupacional ou acadêmico, relacionamentos ou atividades de índole social do sujeito. Em sujeitos com idade inferior a 18 anos de idade, a duração deverá ser de pelo menos seis meses para ser considerada uma perturbação de ansiedade social/fobia social (APA, 2002).

1.2. Incidência, prevalência e comorbilidade

De acordo com a OMS, a saúde mental na população adolescente tornou-se numa questão preocupante na Europa, tendo surgido uma nova denominação de saúde e doença nesta faixa etária ao longo do século passado, pois os principais problemas de saúde que ocorreram na primeira metade do século XX, tais como infeções agudas e alta mortalidade infantil, diminuíram significativamente de prevalência, tendo surgido novas problemáticas, destacando-se as perturbações internalizadoras, externalizadoras e dificuldades de aprendizagem (WHO, 2009). Estima-se que a prevalência global de distúrbios mentais na adolescência oscile entre 10% a 20% (Kieling et al., 2011; WHO, 2008), tendo sido recolhidos dados pela OMS (WHO, 2008) em países da união europeia que destacam a prevalência de perturbações mentais com valores entre os 9,1% na Alemanha, 9,2% na Espanha e os 20,5% na Ucrânia.

No que concerne às patologias de índole mental, destaca-se a Perturbação Depressiva que detém a estimativa em afetar cerca de 350 milhões de indivíduos a nível mundial. O *Inquérito Mundial de Saúde Mental* (WHO, 2012) realizado em 17 países constatou que em

média, cerca de uma em cada vinte pessoas relataram ter um episódio de depressão no ano anterior. Estima-se que em 2020, esta patologia será a segunda maior causa de morte por doença em todo o mundo, sendo que cerca de 16% da população mundial já teve uma depressão pelo menos uma vez na vida (WHO, 2012).

Estudos conduzidos a nível internacional têm constatado que é nos adolescentes do sexo feminino que se verificam os níveis médios mais elevados de sintomatologia depressiva, em comparação com adolescentes do sexo masculino (APA, 2002; 2013; Brown, Jewell, Stevens, Crawford, & Thompson, 2012; Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012; Van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp, & Leuven, 2012). Através de vários estudos, estima-se que 12 % de sujeitos do sexo masculino e 25 % do sexo feminino já experienciaram um episódio depressivo major no decorrer da sua vida (Hunsley, Elliott, & Therrien, 2014). Relativamente à prevalência da perturbação depressiva, dados epidemiológicos internacionais divulgam taxas de prevalência de 7% (APA, 2013).

No que concerne à Perturbação de Ansiedade surgem dados de que o género feminino evidencia duas vezes mais probabilidade de evidenciar esta patologia de índole psicológica do que o género masculino (APA, 2002; 2013; Crisóstomo, & Matos, 2008; King, Heyne, & Ollendick, 2005). Através de dados de prevalência internacionais é exequível afirmar que as perturbações de ansiedade são das perturbações psicopatológicas mais frequentes em crianças e adolescentes, apresentando taxas de prevalência entre os 15% e os 20% (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

Em Portugal, os estudos são ainda escassos e pouco conclusivos, no que concerne à incidência e prevalência destas perturbações psicopatológicas em adolescentes. Sendo de destacar os resultados de um recente estudo com uma amostra de 439 adolescentes, do distrito de Coimbra, que demonstra que 17,3% dos sujeitos entrevistados se encontra em risco de depressão, enquanto 10% apresenta sintomatologia depressiva significativa (ERS, 2015). Um

outro estudo conduzido por Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves (2014) com uma amostra de sujeitos portugueses com idades entre os 6 e os 18 anos, evidencia que são as raparigas que apresentam resultados mais elevados de sintomatologia internalizadora em comparação com os rapazes, através dos dados obtidos nas escalas de Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Internalização, Problemas de Ansiedade e Problemas Somáticos. Autores como Crisóstomo e Matos (2008) executaram um estudo que teve como objetivo analisar a relação entre a ansiedade, depressão e o rendimento escolar em adolescentes. Tendo sido para tal, utilizada como amostra 102 adolescentes, entre os 13 anos e os 18 anos de idade. A partir deste estudo foi exequível verificar que os adolescentes entre os 15 e os 18 anos de idade revelaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os adolescentes mais novos (13 e 14 anos de idade). As raparigas revelaram maiores níveis de ansiedade e depressão que os rapazes, tendo sido constatado que entre os 15 e os 18 anos de idade, os valores da depressão do género feminino aumentam para o dobro do valor de prevalência em comparação com o género masculino. Nesse estudo constatou-se que os sintomas depressivos surgem de forma mais acentuada na adolescência e que o sexo feminino tem uma maior probabilidade de manifestar sintomas de ansiedade e de depressão. Os resultados obtidos a partir desse estudo sugerem que a ansiedade e a depressão aumentam na adolescência e que existe uma associação moderada entre ambas (Crisóstomo, & Matos, 2008).

Tais estudos expressam claramente a necessidade duma ampla cobertura de cuidados de saúde mental que possibilite enfrentar as altas taxas de prevalência existentes, mas no entanto a realidade evidencia um enorme défice na prestação de cuidados em sujeitos com estas perturbações psicopatológicas (Ministério da Saúde, 2010), pois os dados disponíveis permitem declarar que 33,6% dos sujeitos com patologias de saúde mental não recebem tratamento (Almeida, & Xavier, 2013).

Relativamente à comorbilidade, a Perturbação Depressiva surge frequentemente associada à Perturbação do Comportamento, com evidências em cerca de 40% das crianças/adolescentes, sendo seguida pela Perturbação da Ansiedade que ocorre em aproximadamente 34% dos casos (Crujo, & Marques, 2009). Autores como Roberts e Bishop (2005), afirmam que a depressão apresenta uma maior comorbilidade com a ansiedade no sexo feminino, enquanto o sexo masculino apresenta uma maior tendência para com a sintomatologia externalizadora.

No que concerne à Perturbação da Ansiedade, esta patologia está frequentemente associada a situações comórbidas, sendo frequente o surgimento de uma coocorrência de outra perturbação da ansiedade em cerca de 50% dos casos, seguidamente surge comorbilidade com a perturbação depressiva (Crujo, & Marques, 2009). De acordo com o DSM-V (APA, 2013), a perturbação de ansiedade social/fobia social evidencia comorbilidade com outras perturbações de ansiedade, perturbação depressiva major e perturbação por consumo de substâncias.

2. Eficácia da Intervenção nos Sintomas de Internalização na Adolescência

Devido à elevada prevalência de perturbações psicopatológicas na infância e na adolescência, surgem cada vez mais estratégias para prevenir a depressão e a ansiedade. Atenuar os elevados índices de depressão e de ansiedade em adolescentes é um importante problema de saúde pública e tem resultado na criação e desenvolvimento de intervenções preventivas (Stallard et al., 2010). Uma das estratégias utilizadas na diminuição destas perturbações psicopatológicas, em crianças e adolescentes é a implementação de programas de prevenção. Através da implementação de programas de prevenção tornar-se-á mais fácil e célere reduzir a perturbação depressiva e ansiosa em adolescentes (Gladstone, & Beardslee,

2009). Tornou-se desta forma crucial implementar programas de prevenção na depressão e na ansiedade que sejam eficazes e acessíveis (Gillham et al., 2012). Para tal, serão descritos seguidamente os tipos de programas de intervenção que poderão ser alvo de implementação.

2.1. Tipos de Programas de Intervenção

Os programas de intervenção podem ser classificados como de prevenção universal (primários), seletiva (secundários) ou indicativa (terciários) (Calear, & Christensen, 2010; Christensen, Pallister, Smale, Hickie, & Calear, 2010; Fisak, Richard, & Mann, 2011; Gladstone, & Beardslee, 2009; Horowitz, & Garber, 2006; Rivet-Duval, Heriot, & Hunt, 2011).

As intervenções universais são administradas a todos os membros de uma população-alvo, independentemente de manifestarem sintomas, visando prevenir a respetiva futura emergência de uma perturbação psicopatológica. Uma parte significativa investe no treino de competências com o objetivo de promover qualidade de vida e resiliência, nomeadamente, ao desenvolvimento de perturbações psicológicas (Calear, & Christensen, 2010). Uma vantagem para os programas universais é que estes podem ser mais suscetíveis de atingir as crianças que têm acesso limitado aos serviços de tratamento ou que podem não ter sido identificadas como potenciais elementos a necessitar de intervenção (Barret, & Pahl, 2006; Fisak, Richard, & Mann, 2011). O principal objectivo dos programas de prevenção universais é o de prevenir ou retardar o aparecimento de sintomas depressivos, fornecendo aptidões para o reforço da saúde mental do adolescente. Tal transmissão de conhecimentos é efetuada principalmente através do ensino de competências de vida, tais como a resolução de problemas, liderança, otimismo e comunicação (Rivet-Duval, Heriot, & Hunt, 2011).

Relativamente aos programas de prevenção seletiva (secundários) são administrados aos membros de um subgrupo de uma população cujo risco é considerado acima da média

(Gillham et al., 2012). Este tipo de programa de intervenção tem como alvo crianças e adolescentes que demonstram risco em desenvolver uma perturbação depressiva em virtude de fatores específicos, tais como depressão dos pais ou divórcio (Calear, & Christensen, 2010).

No que concerne às intervenções preventivas indicativas (terciárias) são implementadas com indivíduos que manifestam sinais ou sintomas de uma determinada doença subclínica (Christensen, Pallister, Smale, Hickie, & Calear, 2010; Horowitz, & Garber, 2006).

2.2. Programas de Intervenção empiricamente apoiados

O *Penn Resiliency Program (PRP)* para alguns autores é o programa de prevenção da depressão mais amplamente avaliado para jovens, tendo sido desenvolvido para lidar com os fatores de risco cognitivo e comportamental na patologia depressiva em sujeitos em idade escolar (Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009). O *PRP* é um programa de intervenção com o objetivo em reduzir fatores de risco para a depressão e promover a resiliência no início da adolescência, evidenciando ser bem sucedido na mudança do pensamento pessimista (Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Sankaranarayanan, & Cycil, 2014). Com base na terapia cognitivo comportamental, o *PRP* é um programa que demonstra aos participantes a conexão entre eventos de vida, as suas crenças sobre os eventos e as consequências emocionais das suas interpretações. Neste programa são trabalhadas a área cognitiva e a de resolução de problemas. Sendo transmitido aos sujeitos como identificar crenças negativas e a examinar a validade dessas crenças, desenvolver flexibilidade cognitiva, resolver conflitos interpessoais, comunicar assertivamente e a evitar os extremos de agressividade e passividade (Sankaranarayanan, & Cycil, 2014). No decorrer do programa os participantes aprendem técnicas de assertividade, negociação, tomada de decisão, resolução

de problemas sociais e relaxamento. O *PRP* foi avaliado empiricamente ao longo de vários anos, com crianças e adolescentes de várias idades e de várias origens étnicas e culturais, em programas de índole universal e em estudos de prevenção terciários, em que os participantes do grupo de intervenção obtêm uma redução dos sintomas depressivos (Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009).

Trabalhos conduzidos por Gillham e colegas examinaram a eficácia da adição de uma componente parental para o programa *PRP*. A componente de intervenção parental foi projetada para aumentar a resiliência geral dos progenitores, bem como as suas competências parentais. Os resultados indicam que a componente parental quando adicionada ao programa *PRP*, reduz os níveis de sintomas depressivos e sintomas de ansiedade nos participantes alvo da intervenção. Estes resultados têm implicações clínicas importantes, pois surgem evidências de que esta intervenção impede o aparecimento da sintomatologia depressiva e de sintomas de ansiedade, além de que, estes resultados valorizam a participação dos pais na prevenção da depressão em adolescentes (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011).

Da Austrália surge o *Resourceful Adolescent Program (RAP)*, sendo um programa de prevenção da perturbação depressiva de índole universal. O *RAP* foi desenvolvido para aumentar a resiliência e promover a saúde mental positiva em adolescentes, sendo que o programa visa especificamente prevenir a depressão na adolescência e as dificuldades que advém dessa perturbação. Baseado na terapia cognitivo comportamental, os adolescentes são ajudados a reconhecer a importância dos pensamentos negativos e da baixa autoestima, com estratégias que incluem psicoeducação, identificação de pensamentos negativos desafiadores/disfuncionais, reconhecimento de pontos fortes pessoais (conduzindo dessa forma ao acréscimo da sua autoestima/imagem corporal), gestão de problemas sociais e aprendizagem na resolução de problemas. Foram efetuados vários estudos de eficácia ao programa *RAP*, em que os participantes do grupo de intervenção registaram níveis

significativamente mais baixos de sintomas depressivos do que os participantes na condição de controlo, tanto na fase de pós intervenção, como no follow-up realizado aos 12 meses (Stallard et al., 2010).

O Programa *RAP* pode ser aplicado no formato *RAP-A* (é um programa para adolescentes dos 12 aos 15 anos de idade que visa melhorar as aptidões de confronto dos participantes) e no *RAP-P* (tendo como destinatários a família, em que visam os fatores de proteção, como o aumento da harmonia e a prevenção de conflitos). O programa *RAP-A* e o programa *RAP-P* são ambos programas de prevenção universal que se baseiam na terapia cognitivo comportamental, tendo sido avaliados numa série de ensaios controlados, sendo que, tais estudos indicam reduções nos sintomas depressivos no grupo de intervenção na fase da pós intervenção e follow-up (Harnett, & Dadds, 2004; Rivet-Duval, Heriot, & Hunt, 2011).

Um outro exemplo de programa de intervenção empiricamente apoiado e universal é o programa *Friends*. Este programa tem sido implementado para evitar problemáticas de internalização através do reforço da resolução de problemas e aptidões de confronto. Baseado na Terapia Cognitivo Comportamental, este programa tem como objetivo promover aptidões sociais e emocionais e aumentar a resiliência geral. O *Friends* promove nos adolescentes estratégias comportamentais, fisiológicas e cognitivas que lhes permitem identificar os seus sentimentos, regular as suas emoções, recorrendo para tal ao uso de capacidades de confronto, identificar pensamentos inúteis para substituí-los por pensamentos assertivos, e a como enfrentar e superar os seus problemas e desafios (Barrett, 2010; Iizuka, Barrett, Gillies, Cook, & Marinovic, 2015). Numa meta-análise realizada por Fisak, Richard e Mann (2011), os autores identificaram vários pontos fortes do programa *Friends*, sendo que o distingue de outros programas, pela sua boa estrutura e como sendo facilmente integrado num currículo escolar. Sendo que, a OMS valida o programa *Friends* para crianças e jovens, como sendo um programa de intervenção que pode ser utilizado para aumentar a resiliência emocional e

prevenir o aparecimento de problemas de saúde mental. O programa tem sido bem recebido a nível internacional, tendo sido implementado em pelo menos 12 países (WHO, 2004). É um programa de intervenção eficaz para a prevenção da sintomatologia ansiógena (Garber, & Weersing, 2010; Fisak, Richard, & Mann, 2011), tendo demonstrado resultados positivos no tratamento e prevenção da ansiedade (Farrell, Barrett, & Claassens, 2005; Iizuka, Barrett, Gillies, Cook, & Marinovic, 2015). A investigação indicou que os efeitos positivos deste programa são mantidos em 3 anos de follow-up (Barrett, & Pahl, 2006; Fisak, Richard, & Mann, 2011), sendo que através do programa *Friends* surgem níveis mais baixos de sintomas de ansiedade no grupo de intervenção, em contraste com o grupo de controlo.

O programa de intervenção *LARS & LISA* de índole universal, originalmente desenvolvido na Alemanha, é baseado no modelo de processamento de informação social (*SIP*) e utiliza várias estratégias da Terapia Cognitivo Comportamental. Este programa tem como objetivo compreender as relações entre cognições, emoções e comportamentos e demonstra como identificar e desafiar cognições negativas, com o promover de assertividade e aptidões de competência social. Os autores Pössel, Martin, Garber e Hautzinger (2013) demonstraram que os adolescentes do grupo de intervenção evidenciaram uma diminuição significativa nos sintomas depressivos em comparação com o grupo de controlo, tendo os resultados sido constatados quer na fase de pós intervenção quer nos 3 meses de follow-up (Pössel, Martin, Garber, & Hautzinger, 2013).

O programa *Coping With Stress (CWS)* é mais um exemplo de um programa de intervenção empiricamente apoiado na redução da perturbação psicopatológica. Este programa intervém com adolescentes que evidenciam risco em desenvolver perturbações depressivas, tendo como objetivo promover a aquisição do controlo sobre o humor negativo, resolver os conflitos que surgem em casa e com os colegas e alterar padrões de pensamentos mal adaptativos. A eficácia do programa *CWS* foi avaliada num estudo com 94 adolescentes,

sendo que os resultados indicaram que, em relação aos adolescentes do grupo de controlo, os adolescentes que foram alvo do programa demonstraram uma redução de sintomas depressivos e sintomas de suicídio e um acréscimo do funcionamento global (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011).

Os programas de prevenção descritos anteriormente têm como base a terapia cognitivo-comportamental (TCC), sendo que esta é a abordagem empiricamente mais apoiada na intervenção com uma elevada variedade de problemáticas que surgem frequentemente na infância, incluindo ansiedade, depressão, problemas de atenção, défices em aptidões sociais, baixa autoestima, e raiva/oposição (Alvord, Zucker, & Grados, 2011; Pahl, & Barrett, 2010; Weisz, & Kazdin, 2010). Os programas de prevenção de base TCC ensinam uma variedade de estratégias de confronto e de resolução de problemas que podem ajudar os adolescentes a responder de forma adaptativa à ampla gama de stressores que são comuns durante este período de desenvolvimento (Gillham et al., 2012).

Em suma, a nível mundial verifica-se já um elevado investimento na implementação de vários tipos de programas de prevenção de psicopatologia na infância e adolescência, sendo que os que evidenciam uma maior eficácia na redução da sintomatologia internalizadora em adolescentes são os baseados na TCC (e.g., Alvord, Zucker, & Grados, 2011; Gillham et al., 2012; Pahl, & Barrett, 2010; Weisz, & Kazdin, 2010), e que assentam na promoção do desenvolvimento de competências de autorregulação, flexibilidade cognitiva e resolução de problemas, e competências interpessoais (e.g. Farrell, Barrett, & Claassens, 2005; Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009; Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Iizuka, Barrett, Gillies, Cook, & Marinovic, 2015; Pössel, Martin, Garber, & Hautzinger, 2013; Stallard et al., 2010). Uma outra dimensão que tem também revelado promover a eficácia destes programas é o envolvimento parental na

intervenção (e.g., Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Harnett, & Dadds, 2004; Rivet-Duval, Heriot, & Hunt, 2011).

2.3. Programas de Intervenção em Portugal

Em Portugal, o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016* (Ministério da Saúde, 2008) e o *Relatório Recomendações para a Prática Clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários* (Ministério da Saúde, 2009) reconhecem as perturbações da saúde mental como a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade na atualidade, tendo sido considerada crucial a organização de serviços de psiquiatria e de saúde mental para a infância e adolescência como uma das áreas estratégicas a desenvolver. Mas, devido às características da organização dos serviços de saúde mental em território nacional, tal não tem sido executado e não surgem respostas de qualidade às necessidades dos jovens relativamente a formas de prevenção e tratamento de perturbações ou problemáticas do foro mental (Cordeiro, 2010).

Apesar dos poucos recursos na área da saúde mental está prevista a execução de programas de educação e promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais na população adolescente, para pais e profissionais de educação (Loureiro, 2013). Sendo de destacar os seguintes: *projeto + Contigo*, que consiste na prevenção do suicídio mediante a promoção da autoestima e da resiliência psicossocial e a prevenção de comportamentos de risco associados; programa *Feliz Mente*, que promove a procura de ajuda informal para a depressão; *Aventura Social* que tem desenvolvido trabalho no domínio da promoção da saúde e comportamento social e a *Encontrar-se: Associação Para a Promoção da Saúde Mental*, que além de outras atividades também desenvolve intervenções em contexto escolar (Santos, Erse, Façanha, Amélia, & Simões, 2014).

Destaca-se um programa nacional desenvolvido num Centro de Educação e Desenvolvimento em que participaram crianças dos 3 aos 18 anos de idade, professores, educadores e as respetivas famílias. A amostra deste estudo foi constituída por 26 crianças que frequentavam a pré-escola, 157 crianças do 1º ciclo, 145 adolescentes do 2º e 3º ciclos e 47 funcionários pertencentes a uma comunidade educativa. A intervenção desenvolveu-se durante três anos, tendo tido como objetivos a promoção de estratégias inovadoras com a integração de toda a comunidade escolar, o desenvolvimento de um relacionamento assertivo e gratificante com a escola e o acréscimo do bem-estar do aluno. Após a implementação deste programa foi possível constatar que os alunos do 2º e 3º ciclo sujeitos a uma pré e pós avaliação no que concerne à intervenção preventiva universal obteve uma redução na ansiedade, e um acréscimo da qualidade de vida e otimismo. A partir deste programa é exequível afirmar que os programas de prevenção de cariz universal são vantajosos e produzem eficácia na promoção do bem-estar e na qualidade de vida dos jovens (Gaspar de Matos et al., 2011).

Através da revisão da literatura, constata-se que em Portugal são escassos os programas universais cujo objetivo é reduzir as perturbações psicopatológicas, nomeadamente, no que concerne às perturbações de internalização em adolescentes. Neste cenário de ainda escassez de programas, o programa *Resilience Builder Program for Children and Adolescents - RBPC&A* (Alvord, Zucker, & Grados, 2011) foi selecionado para servir de base na elaboração/construção de um programa que se adequasse às necessidades e à realidade dos jovens adolescentes, tendo surgido dessa adaptação o Programa de Prevenção de Resiliência para Adolescentes - PPRA. A escolha do *RBPC&A* é fundamentada pelo facto de contemplar características que têm revelado maior eficácia na redução de sintomas psicopatológicos em crianças e adolescentes, nomeadamente, sintomas de internalização (e.g., base em terapia cognitivo comportamental, promoção do desenvolvimento de aptidões de

autorregulação, reestruturação cognitiva e a prática de relacionamentos interpessoais assertivos e promoção da participação parental) (Alvord, Zucker, & Grados, 2011). Segue-se uma breve apresentação do *Resilience Builder Program for Children and Adolescents – RBPC&A* e do Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes – PPRA.

3. O Programa Promoção de Resiliência para Adolescentes - PPRA

O PPRA é um programa adaptado do *RBPC&A* (Alvord, Zucker, & Grados, 2011) desenvolvido nos Estados Unidos da América e com eficácia demonstrada. A adaptação e avaliação da eficácia do PPRA constituem um projeto de investigação alargado coordenado pela Professora Doutora Liliana Meira e pela Professora Doutora Eva Costa Martins, do Instituto Universitário da Maia (ISMAI).

O *RBPC&A* (Alvord, Zucker, & Grados, 2011) foca-se na promoção da resiliência em crianças e adolescentes, tendo como população-alvo crianças/adolescentes que frequentemente desde o 3º até ao oitavo ano de escolaridade. No entanto o seu conteúdo é facilmente adaptável para crianças/adolescentes de inferior ou superior idade. Este programa pode ser implementado em diversos contextos, tais como: escolas, hospitais, centros de saúde, consultórios particulares, programas de tratamento residencial, entre outros (Alvord, Zucker, & Grados, 2011).

Com base numa extensa revisão da literatura, Alvord e Grados (2005) formaram a base do Programa *RBPC&A*, tendo para tal organizado fatores de proteção em seis áreas, tais como: a orientação proativa em relação à vida; a capacidade de regular a atenção, emoção e comportamento; conexões sociais e interações; desenvolvimento e reconhecimento de talentos especiais; uma comunidade forte e uma parentalidade proativa. Tendencialmente o problema comum em crianças e adolescentes é a falta de competência social e/ou autorregulação, para

tal este programa não se limita a intervir para o desenvolvimento de aptidões sociais e de desempenho, mas incorpora todos os seis fatores de proteção, tornando assim a abordagem global (Alvord, Zucker, & Grados, 2011). Este programa visa aperfeiçoar a competência social nas crianças, promovendo o iniciar e a manter interações entre pares, o envolvimento em reciprocidade, a autorregular as suas emoções e comportamentos, e a tornar consciente de como o nosso comportamento afeta os outros (Watson, Rich, Sanchez, O'Brien, & Alvord, 2014).

Para tal, no decorrer do programa os participantes aprendem competências de resiliência, tais como: desenvolver uma postura proativa, a resolução de problemas sociais, desenvolver e reconhecer os seus próprios talentos especiais, e flexibilidade. O conceito de resiliência consiste na capacidade de os sujeitos desenvolverem-se de forma favorável quando são alvo de exposição a situações que desencadeiam *stress* ou adversidade (Cordovil, Crujo, Vilariça, & Caldeira da Silva, 2011). A “resiliência é um conceito que define-se em competências, aptidões e atributos que permitem aos indivíduos adaptarem-se às dificuldades e desafios” (Alvord, Zucker, & Grados, 2011, p. 238). Os sujeitos resilientes evidenciam um conjunto de características que lhes possibilitam transpor diversas situações, assegurando dessa forma um equilíbrio essencial, conduzindo a um bom funcionamento físico, mental e social, nomeadamente no que concerne à aptidão de tomada de decisões, competências de comunicação, assertividade, otimismo, empatia, flexibilidade, disponibilidade, autocontrolo, autoestima, auto eficácia, bom humor, autenticidade, inteligência, criatividade, e boa saúde a nível físico e cognitivo (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2010).

A abordagem utilizada neste programa é a Cognitivo Comportamental, que visa ajudar as crianças/adolescentes a recuperar e a lidar com as dificuldades e desafios do quotidiano que fazem parte da sua vida. Sendo que, vários estudos têm demonstrado a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental em jovens que evidenciam ansiedade, depressão e défices de

competências (Clarke, & Debar, 2010; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008,). Sendo implementadas neste programa as seguintes estratégias TCC: reestruturação cognitiva; identificação e substituição de distorções cognitivas; modificação de comportamento e gestão de contingência; competências de confronto (incluindo pensamentos e ações de confronto); discurso interno positivo; sistema de recompensa comportamental; estratégias de relaxamento; consciência de estados de humor; auto monitorização; ensaio comportamental; role-play; modelagem; feedback de desempenho; terapia de exposição (para situações que provoquem ansiedade) (Alvord, Zucker, & Grados, 2011).

O programa *RBPC&A* é composto por 30 sessões, com a duração de cerca de 1 hora cada, sendo que estão divididas em duas unidades de 15 sessões, sendo implementado no decorrer de dois semestres. Os tópicos abordados no decorrer do programa incluem a proatividade, resolução de problemas, gestão da raiva e ansiedade, autorregulação, desenvolver novas amizades, iniciar e manter conversas e compreender o impacto do seu comportamento sobre os outros, entre outros. As sessões do programa *RBPC&A* são constituídas por cinco elementos estruturais, tais como: componente interativa/didática; jogo livre e ensaio comportamental; técnicas de relaxamento e de autorregulação; generalização e componente parental (envolvimento parental) (Alvord, Zucker, & Grados, 2011).

O programa *RBPC&A* fornece múltiplas oportunidades para que as crianças/adolescentes possam praticar as suas novas aptidões fora da sessão. Para tal, são requisitadas tarefas semanais, tais como atividades denominadas de “*construção de resiliência*“, que são basicamente trabalhos de casa em que os participantes têm que fornecer exemplos em que apliquem as competências transmitidas nas sessões, quer em contexto familiar quer na escola. Além disso, cada um dos participantes tem um semanário denominado de “*diário de sucessos*” em que dão exemplos de tentativas e sucessos relacionados aos seus objetivos individuais, sendo que, em cada sessão é solicitado a cada

criança/adolescente que leia em voz alta o que adicionou no referido semanário. É pedido que cada participante participe em pelo menos uma viagem de estudo por semestre para dessa forma praticar as competências apreendidas no decorrer das sessões, em grupo e em um ambiente público. Há também uma componente parental no decorrer do *RBPC&A*, pois este programa inclui a entrega de cartas semanais para os pais, fornecendo-lhes informações sobre as aptidões/conhecimentos promovidos em cada sessão. O objetivo pretendido é que os pais ajudem os(as) filhos(as) a praticar as competências aprendidas em grupo através da resolução das atividades " *construção de resiliência* ". Os pais ou cuidadores são incentivados a fomentar o desenvolvimento das aptidões transmitidas aos(às) seus(suas) filhos(as), sendo efetuadas recomendações para posterior leitura. Além disso, os pais são convidados a participar numa sessão uma vez por mês para que nos últimos 20 minutos as crianças/adolescentes possam demonstrar o que aprenderam (Watson, Rich, Sanchez, O'Brien, & Alvord, 2014).

No decorrer do programa *RBPC&A* é entregue um caderno a cada participante, sendo pedido que o tragam para as sessões. Estes cadernos são distribuídos durante a primeira sessão, sendo que contém 4 divisões, tais como: "*Atividades em grupo*", "*Atividades de Construção de Resiliência*", "*Jornal de Sucesso*" e "*Cartas e Folhetos para os Pais*" (Alvord, Zucker, & Grados, 2011).

Ao contrário de outros programas que são baseados na teoria e talvez em ensaios de curta duração, o Programa *Resilience Builder for Children and Adolescents – RBPC&A* é promovido desde 1992 por inúmeros terapeutas em diversos contextos. Sendo que, o programa tem sido implementado em crianças que frequentam desde o ensino pré-escolar até ao oitavo ano de escolaridade (Alvord, Zucker, & Grados, 2011). Alvord, Zucker e Grados (2011) realizaram entre 2005 e 2006 um estudo piloto em que participaram 54 crianças matriculadas em grupos de competências sociais, em que foram obtidas informações pré e pós

programa. Os resultados revelaram uma diminuição clinicamente significativa nos sintomas de ansiedade e depressão em jovens.

Posteriormente em 2009, decorreu um estudo com 102 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, e as suas respetivas famílias ou cuidadores. Foram criados dois momentos de avaliação de eficácia do programa *RBPC&A*, tendo sido o pré-teste executado duas semanas antes da implementação do programa, seguindo-se as sessões do programa *RBPC&A* que decorreram durante 12 semanas. Posteriormente, o pós-teste foi realizado duas semanas após o término do programa. Os resultados revelaram diminuições significativas na sintomatologia, além de os progenitores relatarem reduções significativas nos sintomas depressivos e uma melhoria no domínio do funcionamento familiar, problemas de comportamento e comunicação. Sendo que, os professores descreveram uma redução nos sintomas de internalização, problemas somáticos, bem como progressos na capacidade de comunicação e resiliência. Ainda através deste estudo as crianças evidenciaram uma melhoria significativa nos suas emoções positivas e negativas, bem como do seu controlo emocional (Watson, Rich, Sanchez, O'Brien, & Alvord, 2014).

3.1. Descrição e caracterização do PPRA

O PPRA é um programa de intervenção universal, baseado em pressupostos da terapia cognitivo comportamental, que visa promover competências de autorregulação, de socialização e resolução de problemas, além de flexibilidade cognitiva, contribuindo para o aumento da resiliência em adolescentes para a prevenção de perturbações psicológicas na adolescência, nomeadamente, de sintomas de internalização.

O PPRA, neste sentido, tem como objetivo geral promover a resiliência nos adolescentes face aos desafios e exigências diários com que se confrontam, através da promoção de competências, tais como: de regulação emocional, de resolução de problemas,

de relacionamento interpessoal com o grupo de pares e adultos. Outro dos objetivos do PPRA, diretamente relacionado com a eficácia do mesmo, consiste em consolidar e generalizar as competências que o adolescente adquire ao longo do programa aos contextos de vida reais. Para tal, o programa envolve a colaboração dos pais ou prestadores de cuidados primários.

3.1.1. População – Alvo

O Programa PPRA é um programa de promoção de resiliência direcionado a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e aos seus pais ou prestadores de cuidados. O PPRA pode ser implementado por profissionais da área da saúde mental, e em diversos contextos, desde escolar ao clínico.

3.1.2. Estrutura e Organização das Sessões

O programa PPRA é composto por 11 sessões com a duração de 1h30m cada, sendo realizadas uma vez por semana. As sessões são constituídas por cinco elementos estruturais, tais como: componente interativa/didática; jogo livre e ensaio comportamental; técnicas de relaxamento e de autorregulação; generalização e componente parental (envolvimento parental). A componente interativa/didática envolve a apresentação e demonstração das aptidões sociais e de resiliência que são alvo de promoção e transmissão de conhecimentos. Os adolescentes são convidados a pensar sobre a aptidão a ser trabalhada no decorrer da sessão, oferecer ideias sobre os comportamentos envolvidos na sua execução e por vezes são requisitadas situações com role-play, como forma de estabelecer o domínio da aptidão pretendida. Seguidamente o jogo livre tem como objetivo oferecer uma situação de jogo, em que os jovens interagem num processo estruturado de negociação e compromisso, pois os participantes vêem o jogo como uma atividade divertida e natural, enquanto o terapeuta observa o comportamento social e intervém quando necessário para promover a mudança. A

prática de técnicas de autorregulação, como o relaxamento muscular progressivo, imaginação guiada, e o discurso interno positivo, são promovidos e praticados durante cada sessão, pois uma das aptidões que os indivíduos resilientes possuem é a capacidade de regular as emoções e comportamentos. Com o objetivo de promover um melhor funcionamento social, torna-se essencial para generalizar o pensamento e as mudanças de comportamento aprendido no grupo em diferentes contextos, tais como em casa, na escola e na comunidade. Para tal, o programa incorpora múltiplas estratégias, tais como tarefas de casa semanais e reforço de competências em casa pelos pais (Alvord, Zucker, & Grados, 2011).

No decorrer do PPRA são abordados vários temas, tais como: competência de saudação, definição de resiliência e como a desenvolver, ser proativo, autorregulação, ler sinais verbais e não-verbais na comunicação, iniciar e manter conversas, pensamento otimista, resolução de problemas (e.g., gerar opções e formas alternativas de agir), gestão de *stress*, treino de assertividade e empatia e tomada de perspectiva do outro.

Neste programa são implementadas algumas estratégias e técnicas de base da Terapia Cognitivo Comportamental, tais como: reestruturação cognitiva; identificação e substituição de distorções cognitivas; modificação de comportamentos e gestão de contingência; aptidões de confronto (incluindo pensamentos e ações de confronto); discurso interno positivo; estratégias de relaxamento; consciência de estados de humor; auto monitorização; ensaio comportamental; role-play; modelagem, entre outros.

No decorrer do programa cada participante recebe um *caderno do programa*, que deve trazer para cada sessão. Este caderno é dividido em quatro partes, sendo que na primeira parte, o adolescente compilou todas as notas e documentos importantes que foram executados no decorrer das sessões. Seguidamente, segue-se a parte da *Atividade de Construção de Resiliência*, sendo a tarefa que o participante executou em casa. As *Atividades de Construção de Resiliência* são uma parte essencial, pois vão auxiliar o(a) progenitor(a) e o(a) seu(sua)

filho(a) a reforçar as competências que estão a ser alvo de trabalho no grupo e a encorajar a evolução em direção ao objetivo individual. Com o objetivo de promover um melhor funcionamento social, torna-se essencial para generalizar o pensamento e as mudanças de comportamento aprendido no grupo em diferentes contextos, tais como em casa, na escola e na comunidade. Para tal, o programa incorpora múltiplas estratégias, tais como tarefas de casa semanais e reforço de competências em casa pelos pais (Alvord, Zucker, & Grados, 2011). A terceira parte, o *Diário de Sucessos*, corresponde ao registo do progresso em relação ao objetivo individual e outros sucessos ou tentativas para o sucesso fora do grupo, sendo que a parte final do caderno inclui as cartas para os pais.

3.1.3. Sessões de intervenção com os pais / prestadores de cuidados

O programa PPRA dá ênfase à participação parental, levando dessa forma à proatividade dos pais. Nesse sentido, o programa integra duas sessões de informação e formação direcionadas aos pais/cuidadores, em que a primeira é realizada na fase intermédia do programa e a segunda após o término do programa. Os objetivos são consolidar e generalizar as competências que o adolescente adquire ao longo do programa aos contextos de vida reais.

Síntese

A revisão da literatura permite concluir que as intervenções de índole preventiva são eficazes na redução de sintomas de internalização na adolescência (e.g., Farrell, Barrett, & Claassens, 2005; Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009; Iizuka, Barrett, Gillies, Cook, & Marinovic, 2015; Stallard et al., 2010). Sendo que, os programas de prevenção que evidenciam uma maior eficácia na redução da depressão e da ansiedade em adolescentes são os de base em terapia cognitivo comportamental (e.g. Alvord,

Zucker, & Grados, 2011; Gillham et al., 2012; Pahl, & Barrett, 2010; Weisz, & Kazdin, 2010), especificamente, os que promovem o desenvolvimento de competências de autorregulação, flexibilidade cognitiva e resolução de problemas, e competências interpessoais (e.g. Farrell, Barrett, & Claassens, 2005; Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009; Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Iizuka, Barrett, Gillies, Cook, & Marinovic, 2015; Pössel, Martin, Garber, & Hautzinger, 2013; Stallard et al., 2010) e a participação parental (e.g. Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Harnett, & Dadds, 2004; Rivet-Duval, Heriot, & Hunt, 2011).

Contudo, e ao contrário do que acontece a nível internacional, em Portugal constata-se ainda uma elevada escassez de programas de intervenção psicológica com eficácia demonstrada na prevenção em perturbações de internalização na população adolescente, especificamente, programas de prevenção universal. Neste sentido, a construção e avaliação da eficácia do PPRA, um programa de prevenção universal de sintomas psicopatológicos na adolescência, nomeadamente, de sintomas de internalização, visa contribuir para a redução desta lacuna, partindo da adaptação do *RBPC&A* (Alvord, Zucker, & Grados, 2011). Neste sentido, o estudo que a seguir se apresenta cumpre com uma das principais directrizes da OMS (WHO, 2012) para a prevenção da depressão (e das perturbações da ansiedade) que incide sobre o investimento na implementação de programas de prevenção universal na adolescência.

Na sequência do descrito, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a eficácia de uma primeira implementação do PPRA na redução de sintomas internalizadores numa amostra de adolescentes portugueses, sendo, por isso, um estudo-piloto. Os objetivos específicos foram: (1) Caracterizar a prevalência de sintomas de internalização na amostra de adolescentes; (2) Verificar se o PPRA reduziu os sintomas de internalização, nomeadamente, de depressão e de ansiedade, nos adolescentes que foram alvo de intervenção.

As hipóteses de investigação foram:

Hipótese 1: Em relação à prevalência de sintomas de internalização, e com base na revisão da literatura realizada, estima-se que na amostra de adolescentes participantes no estudo a prevalência de sintomas depressivos seja aproximadamente de 10% (e.g., ERS, 2015) e que os sintomas ansiosos variem entre os 15% e os 20% (e.g., Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

Hipótese 2: Em relação à evolução dos sintomas de internalização, ansiedade e depressão, na sequência da implementação do PPRA, e com base na revisão da literatura realizada (e.g., Barrett, & Pahl, 2006; Fisak, Richard, & Mann, 2011; Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009; Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Stallard et al., 2010; Pössel, Martin, Garber, & Hautzinger, 2013), espera-se que os adolescentes que beneficiaram do PPRA diminuam significativamente os sintomas de internalização – ansiedade e depressão.

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Método

O presente estudo-piloto tem um carácter quantitativo e exploratório e está integrado num projeto de investigação mais alargado sobre a avaliação da eficácia do PPRA, sendo coordenado pela Professora Doutora Liliana Meira e pela Professora Doutora Eva Costa Martins, do ISMAI, sobre prevenção de perturbações psicopatológicas internalizadoras e externalizadoras na infância e adolescência. A implementação do PPRA esteve a cargo da Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Andreia Mendes, com a colaboração da presente investigadora. Seguidamente é apresentado o método de investigação usado neste estudo, com a caracterização da amostra de participantes e os respetivos critérios de seleção, tal como os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha dos dados.

1.1. Participantes

A amostra de participantes deste estudo incluiu 37 adolescentes, do 10º e 11º ano de escolaridade de uma escola secundária da área metropolitana do Porto. A participação foi voluntária e formalmente autorizada pelos encarregados de educação e pela escola em questão. Tendo por base os objetivos do estudo, os critérios definidos para inserção dos participantes foram: (a) idade compreendida entre os 15 e os 18 anos, frequência escolar no 10º ou no 11º ano de escolaridade; (b) sexo feminino e masculino; (c) ausência reportada pelos próprios ou por outros informadores de comportamentos agressivos, de diagnóstico de PHDA e de défice cognitivo. O procedimento de seleção da amostra e de implementação do estudo decorreu de acordo com os parâmetros legais e éticos exigidos, através da obtenção da autorização formal da direção da escola, no âmbito de um protocolo de pareceria celebrado com o ISMAI. Após a aprovação desta entidade, procedeu-se à constituição de dois grupos de adolescentes: um grupo de intervenção (GI) e um grupo de controlo (GC), tendo sido tal escolha efetuada através de uma divisão ao acaso através da listagem das turmas do 10º e 11º ano de escolaridade da escola em questão. A divulgação do PPRA e o respetivo método de avaliação da eficácia foi realizado com a colaboração dos diretores de turma nos dois grupos. Para efeitos do pedido de autorização aos encarregados de educação, foram elaborados dois Consentimentos Informados, um entregue aos alunos do GI (ver Anexo I) e outro aos alunos do GC (ver Anexo II). Posteriormente com os Consentimentos Informados devidamente assinados pelos encarregados de educação dos dois grupos, 63 adolescentes aceitaram participar no PPRA, tendo sido 34 participantes incluídos no GI, e 29 no GC. No entanto no decorrer da implementação do programa PPRA ocorreram desistências em ambos os grupos, devido a incompatibilidade com o horário e drop-out, tendo sido reduzida a amostra final do GI para 18 participantes e a do GC para 19 participantes.

1.1.1. Caracterização dos participantes

A amostra total de participantes deste estudo foi composta por 37 adolescentes, tendo sido 18 elementos integrados no GI e 19 no GC. As tabelas 1 e 2 apresentam a caracterização sociodemográfica dos participantes dos dois grupos, nomeadamente, a idade, o sexo, as habilitações literárias, o uso de medicação, o acompanhamento médico ou psicológico e com quem vive.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes do GI (N=18) e do GC (N=19)

Grupo	Idade M (DP)	Sexo N / %		Habilitações literárias N/%	
		Masculino	Feminino	10º Ano	11º Ano
GI	15.39(.61)	2(11.1)	16(88.9)	15(83.3)	3(16.7)
GC	15.89(.81)	3(15.8)	16(84.2)	8(42.1)	11(57.9)

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes do GI (N=18) e do GC (N=19)

	Medicação (Ansiolíticos/ Antidepressivos)	Acompanhamento Médico/Psicológico	Com quem vive		
			Pais	Pais e irmãos	Outros
GI	3(16.7)	3(16.7)	3(16.7)	9(50)	6(33.3)
GC	-	-	3(15.8)	10(52.6)	6(31.6)

No que concerne ao GI, 16 participantes (88.9%) são do sexo feminino e 2 (11.1%) são do sexo masculino, 15 (83.3%) frequentavam o 10º ano e 3 (16.7%) o 11º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos ($M = 15.39$; $DP = .61$). Relativamente à toma de medicação, 3 participantes estão atualmente medicados com

ansiolíticos/antidepressivos (16.7%), estando a ser alvo de acompanhamento médico/psicológico. Neste grupo, 12 participantes (66.7%) coabitam maioritariamente com os pais, ou pais e irmãos.

Relativamente ao GC, 16 participantes (84.2%) são do sexo feminino e 3 (15.8%) são do sexo masculino, 8 (42.1%) frequentavam o 10º ano e 11 (57.9%) o 11º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos ($M = 15.89$; $DP = .81$). Neste grupo nenhum dos elementos toma medicação, nem é alvo de acompanhamento médico/psicológico. Coabitam maioritariamente com os pais, ou pais e irmãos, 13 participantes (68.4%)

Seguidamente, a tabela 3 apresenta os dados sociodemográficos dos dois grupos da amostra de participantes relativos à situação profissional atual do pai e da mãe, ao estado civil dos pais e às habilitações literárias dos pais.

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica do GI (N=18) e do GC (N=19) relativa à situação profissional, estado civil e habilitações literárias dos pais

Grupo	Situação Profissional Atual Pai N / %			
	Estudante	Trabalhador	Desempregado	Faleceu
GI	1(5.6)	15(83.3)	1(5.6)	1(5.6)
GC	-	15(78.9)	4(21.1)	-
	Situação Profissional Atual Mãe N / %			
GI	-	13(72.2)	5(27.8)	-
GC	1(5.3)	15(78.9)	3(15.8)	-
	Estado civil dos pais N/%			
	Casados	Divorciados	União Facto	Viúvo(a)
GI	12(66.7)	4(22.2)	1(5.6)	1(5.6)
GC	15(78.9)	2(10.5)	2(10.5)	-

		Habilitações Literárias Pai					
		N / %					
		1º Ciclo (4º ano) incompleto	1º Ciclo (4º ano)	2º / 3ºCiclo (6º/9º ano)	Secundário (12º ano)	Licenciatura	Faleceu
GI		1(5.6)	2(11.1)	7(38.9)	6(33.3)	1(5.6)	1(5.6)
GC		-	2(10.5)	8(42.1)	7(36.8)	2(10.5)	-

		Habilitações Literárias Mãe					
		N / %					
		1º Ciclo (4º ano) incompleto	1º Ciclo (4º ano)	2º / 3ºCiclo (6º/9º ano)	Secundário (12º ano)	Licenciatura	Mestrado
GI		-	4(22.2)	6(33.3)	5(27.8)	3(16.7)	-
GC		-	2(10.5)	6(31.6)	7(36.8)	3(15.8)	1(5.3)

Relativamente ao GI, no que concerne à situação profissional dos pais dos participantes, verifica-se que a maioria dos pais, com 15 (83.3%) e das mães, com 13 (72.2%), são trabalhadores, respetivamente. Quanto ao estado civil, 12 (66.7%) são casados e 4 (22.2%) são divorciados. No que diz respeito às habilitações literárias dos pais dos adolescentes, verifica-se que a maioria tem como habilitação literária o 2º/3º Ciclo do Ensino Básico, nomeadamente, 7 dos pais (38.9%) e 6 das mães (33.3%).

No que concerne ao GC, na situação profissional dos pais dos participantes, verifica-se que a maioria dos pais, com 15 (78.9%) e das mães, com 15 (78.9%), são trabalhadores, respetivamente. Quanto ao estado civil, 15 (78.9%) são casados, 2 (10.5%) são divorciados e 2 (10.5%) estão numa união de facto. No que diz respeito às habilitações literárias dos pais dos adolescentes, verifica-se que 8 dos pais (42.1%) tem como habilitação literária o 2º/3ºciclo e 7 das mães (36.8%) tem o secundário.

1.2. Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados usados foram: um Questionário sociodemográfico, o Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) (Achenbach, &

Rescorla, 2001, versão portuguesa de Gonçalves, Dias, & Machado, 2007), o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996, versão portuguesa de Martins, & Coelho, 2000) e a *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised* (CMAS-R) (Reynolds, & Richmond, 1978, adaptada por Dias, & Gonçalves, 1999).

1.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário sociodemográfico tem como finalidade recolher informação para a execução de uma caracterização sociodemográfica dos participantes e dos seus progenitores. No que concerne aos dados dos participantes o questionário foi elaborado tendo em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, ano de escolaridade, com quem residem e a história médica (e.g., problemas de saúde, prescrição/toma de algum tipo de medicação e se tem acompanhamento médico ou psicológico). Relativamente aos dados dos pais é questionado o estado civil, qual a situação profissional, habilitações literárias e se evidenciam problemas de saúde (ver Anexo III).

1.2.2. Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR)

O Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) (Achenbach, & Rescorla, 2001, versão portuguesa de Gonçalves, Dias, & Machado, 2007) é um questionário que avalia jovens dos 11 aos 18 anos, estando inserido na bateria *Achenbach System of Empirically Based Assessment (A.S.E.B.A.)*. Esta bateria avalia problemas emocionais e de comportamento de crianças e jovens, sendo para tal enquadrada a psicopatologia numa lógica dimensional, baseada num modelo empírico (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado, & Gonçalves, 2014). Este questionário tem por objetivo descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidos pelo sujeito, sendo composto por três partes: relato de problemas e

competências através da informação do sujeito, descrições da atividade social e 112 itens de comportamentos. Numa primeira parte deste instrumento o jovem deverá responder a questões relacionadas com a sua participação em atividades, desportos, tarefas, interações sociais, entre outros. Seguidamente, deve indicar se a característica de comportamento descrita em cada item deste instrumento se aplica ou não a si (considerando como referência temporal os últimos 6 meses), tendo em consideração a seguinte classificação: 2 pontos (“muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira”), 1 ponto (“de alguma forma ou algumas vezes verdadeira”) e 0 pontos (“não é verdadeira”). Após o preenchimento deste questionário é possível avaliar tendo em consideração as seguintes escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinvente, Comportamento Agressivo, e outros problemas, para além das Escalas de Internalização e de Externalização e a pontuação total. Em que a Escala de Internalização integra três síndromes: isolamento/depressão, queixas somáticas e ansiedade/depressão, sendo que a Escala de Externalização diz respeito às síndromes comportamento agressivo e comportamento delinvente (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado, & Gonçalves, 2014).

No presente estudo é exclusivamente utilizada a Escala de Internalização e as respetivas síndromes. A partir dos *scores* obtidos nesta escala a cotação do sujeito pode ser incluída nos limites clínico, *borderline* ou normativo, em relação ao seu funcionamento global. Através da análise das grelhas de cotação do instrumento YSR, a Escala de Internalização apresenta como ponte de corte para o sexo masculino um valor igual ou superior a 18 como indicador da presença de sintomatologia clínica internalizadora, enquanto para o sexo feminino o valor é igual ou superior a 24 (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado, & Gonçalves, 2014).

O YSR foi aferido para a população portuguesa por Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves (2014). Em relação às características psicométricas, os valores da consistência interna foram considerados adequados, tendo-se registado valores do *Coefficiente Alpha de Cronbach* de .929 para a amostra normativa e de .936 para a amostra clínica. No presente estudo, os valores do *Coefficiente Alpha de Cronbach* no questionário YSR são de .911 no pré-teste e de .907 no pós-teste, sendo tais valores considerados adequados, pois de acordo com Field (2009) a medida da consistência interna entre os itens, deve apresentar valores acima de .70 para ser considerada razoável.

1.2.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996, versão portuguesa de Martins, & Coelho, 2000) consiste num instrumento de autorrelato composto por 21 itens, que quantificam a intensidade da sintomatologia depressiva em sujeitos a partir dos 13 anos de idade. As opções de resposta são referentes às duas semanas anteriores, incluindo o próprio dia do preenchimento do teste, sendo que, em média, a sua aplicação tem uma duração de 5 a 10 minutos. A sua cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (grave) valores, de acordo com as opções de resposta, sendo dessa forma exequível obter uma pontuação total que varia entre 0 e 63 valores. Este instrumento permite avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva do sujeito, através das seguintes categorias: sintomatologia mínima (0 a 13), depressão ligeira (14 a 19), depressão moderada (20 a 28) e depressão severa (29 a 63). O BDI-II foi previamente validado em adolescentes portugueses, tendo sido considerado que a obtenção de uma pontuação total superior a 13 valores é um indicador de presença de sintomatologia depressiva (Martins, Coelho, Ramos, & Barros, 2000). No estudo conduzido por Brochado e Brochado (2008) com uma amostra de adolescentes portugueses

este instrumento obteve valores superiores de .80 de *Coefficiente Alpha de Cronbach*. Neste estudo os valores do *Coefficiente Alpha de Cronbach* são de .895 no pré-teste e de .891 no pós-teste, sendo tais valores considerados adequados, pois de acordo com Field (2009) a medida da consistência interna entre os itens, deve apresentar valores acima de .70 para ser considerada razoável.

1.2.4. *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)*

A *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)* (Reynolds, & Richmond, 1978, adaptada por Dias, & Gonçalves, 1999) é uma escala que avalia a sintomatologia ansiosa em crianças e adolescentes, desde o 3º ao 12º ano de escolaridade, cuja aplicação é individual ou coletiva, com um tempo de aplicação de cerca de 15 minutos. Esta escala foi elaborada a partir de uma revisão do CMAS (*Children's Manifest Anxiety Scale*) efetuada por Castela e colaboradores (as cited in Dias, & Gonçalves, 1999). Este instrumento de avaliação é composto por 37 itens que permitem avaliar a presença ou ausência de vários sintomas, através de respostas “sim” ou “não”, ou seja, é questionado ao sujeito se determinada afirmação se aplicada ou não a si. O CMAS-R é composto por duas escalas distintas, a escala de ansiedade e uma escala de mentira, sendo a cada afirmação positiva atribuído um ponto. Após a soma de todos os itens a obtenção de um valor igual ou superior a 22 na escala da ansiedade e de um valor igual ou superior a 8 na escala da mentira são considerados como um indicador de presença de sintomatologia ansiógena (Dias, & Gonçalves, 1999). Por vezes surgem casos de crianças/adolescentes com valores elevados na escala de mentira, mas tal não significa necessariamente que a escala de ansiedade esteja invalidada, uma vez que poderá ser apenas resultado de uma atitude defensiva por parte da criança/adolescente (Dias, & Gonçalves, 1999). Em termos de fidelidade da escala de ansiedade, na população portuguesa, o *alpha de Cronbach* é bastante significativo, com .80 (Dias, & Gonçalves, 1999). Neste

estudo os valores do *Coefficiente Alpha de Cronbach* são de .791 no pré-teste e de .701 no pós-teste, sendo tais valores considerados adequados, pois de acordo com Field (2009) a medida da consistência interna entre os itens, deve apresentar valores acima de .70 para ser considerada razoável.

1.3. Procedimentos

A recolha dos dados foi realizada no ano letivo de 2013/2014 numa escola da área metropolitana do Porto, em dois momentos distintos (pré e pós-teste) no GI e no GC. Como a implementação do PPRA esteve a cargo da Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Andreia Mendes e da presente investigadora, os participantes do GI foram divididos em dois grupos, em que cada uma das investigadoras ficou responsável pela avaliação do funcionamento executivo, implementação e eficácia do PPRA dos participantes de um grupo.

Para avaliar a eficácia do PPRA foram realizadas três sessões de avaliação no GI: (i) duas sessões antes do início do programa: uma individual e outra em grupo (pré-teste); e (ii) uma sessão em grupo no final (pós-teste). A sessão de avaliação individual consistiu na avaliação do funcionamento executivo, tendo sido utilizados dois instrumentos de avaliação, nomeadamente o Teste de Cores e Palavras - STROOP (Golden, 2001) e o Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin - WCST (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 1981, adaptado para a população espanhola por López, 2001). Esta avaliação teve a duração de cerca de 50 minutos e foi realizada com o devido esclarecimento e supervisão de cada uma das investigadoras. O estudo-piloto do PPRA esteve integrado num projeto de investigação mais amplo, sendo que os instrumentos utilizados na recolha dos dados fazem parte de um protocolo mais amplo, que abrange um total de dez instrumentos de avaliação. Para tal, a recolha dos dados em grupo foi administrada através do seguinte protocolo de instrumentos e pela seguinte ordem de preenchimento: Questionário Sociodemográfico; Questionário de

Auto-avaliação para Jovens (YSR) (Achenbach, & Rescorla, 2001, versão portuguesa de Gonçalves, Dias, & Machado, 2007); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996, versão portuguesa de Martins, & Coelho, 2000); Escala Social - CASAFS MASTER (versão portuguesa Martins, Marques, & Meira, 2014); *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised* (CMAS-R) (Reynolds, & Richmond, 1978, adaptada por Dias, & Gonçalves, 1999); Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) (Gratz, & Roemer, 2004, tradução e adaptação da versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010); Emoções do/a Jovem I: Regulação da Emoção Auto-relato (adaptado de Magai, & O'Neal, 1998, tradução portuguesa de Martins, Silva, Ferreira-Santos, & Meira, 2012); *Escala - HPLS* (versão portuguesa Martins, Marques, & Meira, 2014); *EMBU-A* (Gerlsma, Arrindell, Van der Veen, & Emmelkamp, 1991, versão portuguesa de Lacerda, 2004); Inventário de Resolução de Problemas Sociais para Adolescentes (SPSI-A): Versão Longa (Frauenknecht, & Black, 1995, tradução de Martins, Marques, & Meira, 2014).

Os participantes do GI realizaram o pré-teste durante uma reunião inicial agendada com os mesmos, enquanto o pós-teste foi administrado na última sessão do PPRA. No que concerne ao GC, o protocolo de instrumentos do pré-teste foi administrado após a recolha dos consentimentos informados para participação voluntária no estudo, numa das aulas dos diretores de turma, tendo-se seguido o mesmo procedimento no pós-teste.

O preenchimento do protocolo teve a duração de cerca de 1h30min, quer no GI como no GC e foi realizado com o devido esclarecimento e supervisão das investigadoras. Em ambos os grupos, utilizou-se o mesmo procedimento de aplicação, tendo sido salvaguardados os dados identificativos de cada participante, em que foi solicitada uma leitura atenta de cada um dos itens de cada questionário, apelo ao preenchimento completo de cada instrumento e preenchimento individual dos questionários, supervisionado por cada investigadora responsável.

2. Resultados

O tratamento dos dados foi processado com recurso ao programa informático de análise estatística - *Statistical Package for the Social Sciences v.22.0* (SPSS). A análise exploratória dos dados revelou estarem cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos para a variável internalização e depressão, mas não para a variável ansiedade.

A análise dos dados foi efetuada através de uma Mixed ANOVA, não tendo sido utilizados *t* testes, pois apenas com uma análise da Mixed ANOVA é exequível testar o efeito do fator intra-sujeitos, efeito do fator inter-sujeitos e o efeito da interação entre os dois fatores (também designada de interação de 1ª ordem), enquanto com os *t* testes seriam várias análises necessárias para obter os mesmos resultados, o que poderia originar resultados menos fidedignos e erróneos.

A tabela 4 apresenta os dados descritivos das variáveis em estudo por grupo e nos momentos de avaliação – pré e pós-teste.

Tabela 4

Dados descritivos das variáveis em estudo por grupo no pré e no pós-teste

		Pré-teste		Pós-teste	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
GI (N=18)	Internalização (YSR)	17.92	7.360	17.09	8.193
	Depressão (BDI-II)	11.06	8.558	9.50	7.406
	Ansiedade (CMAS-R)	15.63	6.01	15.94	5.448
GC (N=19)	Internalização (YSR)	11.37	4.561	12.72	4.988
	Depressão (BDI-II)	5.73	5.457	4.88	5.179
	Ansiedade (CMAS-R)	13.21	5.442	13.21	5.192

Em relação à prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade tal como é apresentado na tabela 5, os resultados demonstram que no início do estudo, no que se

refere à dimensão sintomas de internalização, 4 (10.8%) dos participantes da amostra global apresentam sintomas clínicos, sendo que 8 (21.6%) adolescentes evidenciam sintomas clínicos de depressão e 6 (16.2%) de ansiedade.

Tabela 5

Prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade na amostra global de adolescentes (N=37)

Variável	Momento	Tipo grupo	Frequência	%
Internalização (YSR)	Pré-teste	Clínico	4	10.8
		Não clínico	33	89.2
Depressão (BDI-II)	Pré-teste	Clínico	8	21.6
		Não clínico	29	78.4
Ansiedade (CMAS-R)	Pré-teste	Clínico	6	16.2
		Não clínico	31	83.4

Em relação à prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade no GI, e de acordo com a tabela 6, os resultados mostram que no início do estudo no que se refere à dimensão internalização, 4 (22.2%) dos participantes apresentam sintomas clínicos, sendo que 6 (33.3%) adolescentes evidenciam sintomas clínicos de depressão e 4 (22.2%) de ansiedade. Quanto à prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade no GC, os resultados demonstram que no início do estudo no que se refere à dimensão internalização, não existem participantes com sintomatologia clínica, sendo que 2 (10.5%) adolescentes evidenciam sintomas clínicos de depressão e 2 (10.5%) de ansiedade.

Tabela 6

Prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade por grupo no pré-teste

Grupo	Variável	Momento	Tipo grupo	Frequência	%
GI (N = 18)	Internalização (YSR)	Pré-teste	Clínico	4	22.2
			Não clínico	14	77.8
	Depressão (BDI-II)	Pré-teste	Clínico	6	33.3

GC (N = 19)	Ansiedade (CMAS-R)	Pré-teste	Não clínico	12	66.7
			Clínico	4	22.2
	Internalização (YSR)	Pré-teste	Não clínico	14	77.8
			Clínico	-	-
	Depressão (BDI-II)	Pré-teste	Não clínico	19	100.0
			Clínico	2	10.5
	Ansiedade (CMAS-R)	Pré-teste	Não clínico	17	89.5
			Clínico	2	10.5
		Não clínico	17	89.5	

Em relação à evolução dos sintomas de internalização, depressão e ansiedade do pré para o pós-teste nos dois grupos através do recurso a uma análise de variância - Mixed ANOVA – verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $F(3, 33) = .3157, p = .038$, especificamente, nos valores globais de internalização $F(1, 35) = 7.255, p = .011$, e nos de depressão $F(1, 35) = 6.144, p = .018$, tendo o GI valores superiores do pré ($M = 17.92, DP = 7.50$) para o pós-teste ($M = 17.09, DP = 8.14$) aos do GC do pré ($M = 11.37, DP = 4.56$) para o pós-teste ($M = 12.72, DP = 4.99$). No que respeita à evolução das variáveis em estudo do pré para o pós-teste nos dois grupos, verifica-se não haver alterações estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste, $F(3, 33) = .787, p = .510$, nem na interação dos dois momentos de avaliação pré e pós-teste e o grupo (GI e GC), $F(3, 33) = 1.479, p = .238$. Contudo, o tamanho do efeito da evolução da internalização no GI ($d = .38$) do pré para o pós-teste revelou-se *médio*, e no que concerne ao tamanho do efeito da evolução da depressão no GI ($d = .58$) do pré para o pós-teste revelou-se *elevado* (Field, 2009).

As Figuras 1, 2 e 3 representam a evolução dos sintomas de internalização, depressão e ansiedade do pré para o pós-teste nos dois grupos.

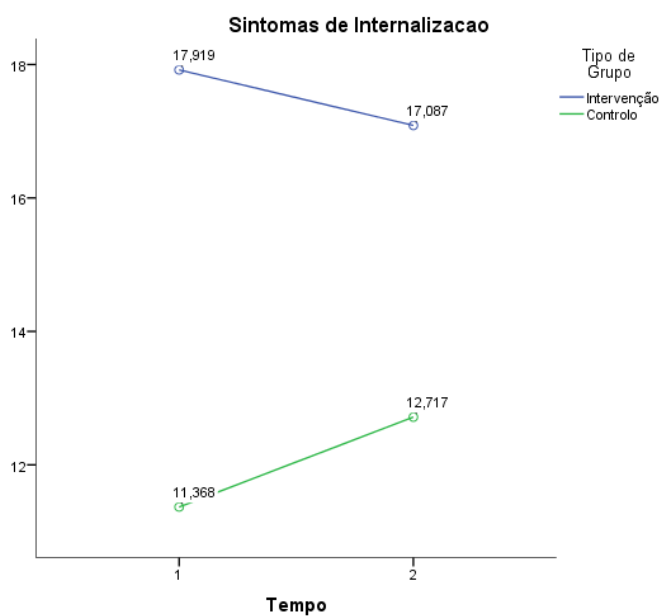


Figura 1 – Evolução dos sintomas de internalização nos dois grupos do pré para o pós-teste.

Através da figura 1, constata-se que o GI iniciou o programa (pré-teste) com um nível superior de sintomas de internalização do que o GC. Sendo que, no GI do pré para o pós-teste verifica-se que os sintomas de internalização diminuíram. Relativamente ao GC do pré para o pós-teste constata-se um aumento dos sintomas de internalização.

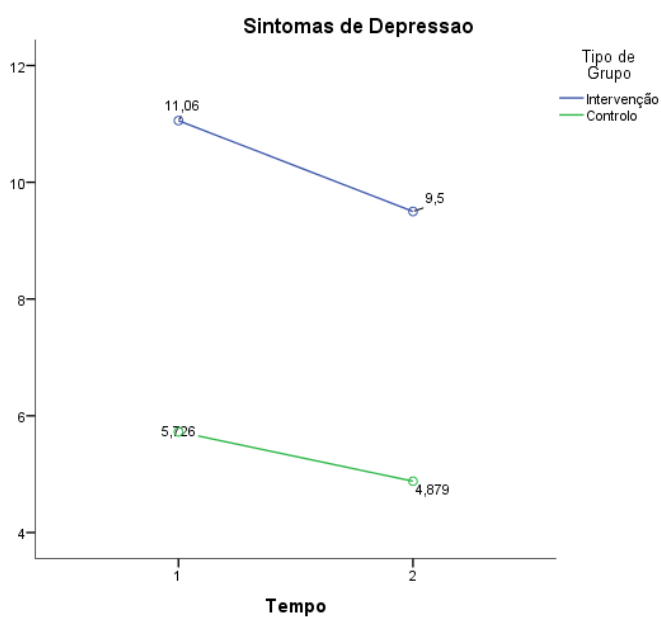


Figura 2 - *Evolução dos sintomas de depressão nos dois grupos do pré para o pós-teste.*

Relativamente à figura 2, verifica-se que o GI iniciou o programa (pré-teste) com um nível superior de sintomas de depressão em comparação com o GC. No GI constata-se uma diminuição dos sintomas de depressão do pré para o pós-teste, tal como no GC.

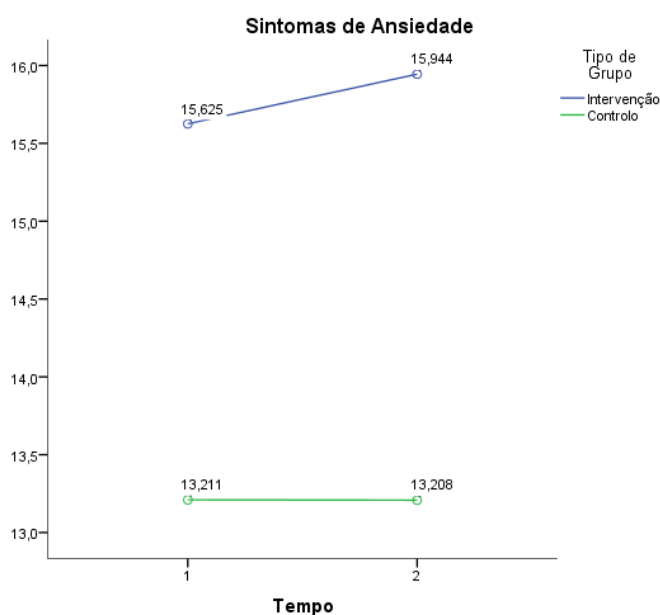


Figura 3- Evolução dos sintomas de ansiedade nos dois grupos do pré para o pós-teste.

De acordo com a figura 3, observa-se que o GI iniciou o programa (pré-teste) com um nível superior de sintomas de ansiedade em comparação com o GC. Sendo que, no GI do pré para o pós-teste verifica-se que os sintomas de ansiedade aumentaram ligeiramente, enquanto no GC não se observa qualquer alteração.

3. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo implementar um estudo-piloto de avaliação da eficácia do PPRA na redução de sintomas de internalização – depressão e ansiedade – numa amostra de adolescentes portugueses.

O primeiro objetivo específico foi o de descrever a prevalência de sintomas de internalização, depressão e ansiedade na amostra de adolescentes estudada. Os resultados revelaram uma prevalência de 10.8% na internalização, 21.6% de sintomas depressivos e

16.2% de sintomas ansiosos na amostra global de adolescentes. Sendo que estes valores foram superiores nos adolescentes que beneficiaram posteriormente do PPRA (internalização = 22.2%, depressão = 33.3%, ansiedade = 22.2%) do que nos adolescentes do grupo de controlo (internalização = 0%, depressão = 10.5%, ansiedade = 10.5%). A partir destes dados, e com base na revisão da literatura que aponta para uma prevalência de sintomas depressivos de cerca de 10% (e.g., ERS, 2015) e de sintomas ansiosos entre os 15% e os 20% (e.g., Beesdo, Knappe, & Pine, 2009), regista-se neste estudo uma prevalência superior de sintomas depressivos do que era estimado. Estes resultados poderão justificar-se com o tamanho reduzido da amostra (N=37), não representativa da população de adolescentes portugueses. Tendo em conta que o grupo alvo do PPRA foi o que apresentou níveis superiores de sintomas de internalização, é possível também apontar para a possibilidade de que os adolescentes que aderiram à participação no programa também poderão estar à partida mais sensibilizados para a necessidade de apoio e ajuda a dificuldades de vida em curso. Ou seja, este estudo permite-nos inferir que os adolescentes que voluntariamente aceitaram participar no PPRA, por comparação com os que não aceitaram participar ou os que foram alocados ao GC, poderão tê-lo feito, nomeadamente, por verem no PPRA uma oportunidade de beneficiarem de apoio a dificuldades percebidas, registadas nos níveis superiores de sintomas de internalização. Através da revisão da literatura e de estudos de âmbito internacional (e.g., APA, 2013; Beesdo, Knappe, & Pine, 2009), mas também através do recente estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015), é exequível constatar que a prevalência de sintomas de internalização em adolescentes é alarmante, e tem evidenciado um significativo acréscimo nas últimas décadas.

No que concerne ao segundo e principal objetivo de investigação, a hipótese de investigação formulada consistiu em que os adolescentes que beneficiaram do PPRA evidenciarão uma diminuição significativa nos sintomas de internalização – depressão e

ansiedade. Os resultados mostram que os dois grupos evoluíram de modo distinto do pré para o pós-teste no que respeita aos sintomas de internalização, depressão e ansiedade. De acordo com a nossa análise, os grupos partiram e mantiveram ao longo do tempo de níveis diferentes de sintomas, em que o GI apresentou valores significativamente superiores de internalização e depressão em comparação com o GC. Os resultados mostram ainda que não houve mudanças significativas nos dois grupos do pré para o pós-teste na redução dos sintomas de internalização. Estes resultados evidenciam que o PPRA não terá sido eficaz na redução de sintomas de internalização, não corroborando a revisão da literatura efetuada que demonstra que programas de promoção de resiliência para adolescentes semelhantes ao PPRA são eficazes na redução de sintomatologia psicopatológica (e.g., Gillham, Brunwasser, & Freres, 2008; Gladstone, & Beardslee, 2009; Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011; Stallard et al., 2010; Pössel, Martin, Garber, & Hautzinger, 2013). Neste sentido, a hipótese 2 formulada para este estudo não foi confirmada.

Contudo, e apesar dos dois grupos terem apresentado níveis significativamente distintos de sintomas de internalização e de depressão, o tamanho do efeito da diminuição registada nestas duas variáveis do pré para o pós-teste no GI (o que apresentou sempre níveis superiores de sintomas internalizadores no geral) foi médio para a internalização e elevado para a depressão, sugere que de algum modo o GI poderá ter beneficiado do PPRA. Ou seja, a participação no programa poderá ter promovido a redução de sintomas de internalização e de depressão nestes adolescentes, mesmo que do ponto de vista da significância estatística esta diferença não assuma relevância. As limitações do estudo, no entanto, impedem-nos de ir além desta constatação. Efetivamente, o facto de os grupos serem claramente distintos à partida ao nível dos sintomas de internalização no geral constitui-se como uma limitação metodológica que nos impede de avaliar a eficácia do PPRA na redução deste tipo de sintomas psicopatológicos. Deste modo, este estudo-piloto alerta-nos desde logo para a

necessidade de se proceder a um controlo mais rigoroso que assegure a homogeneidade dos grupos à partida em relação às variáveis dependentes em estudo. Para esse efeito, é fundamental que a avaliação da eficácia do PPRA adote medidas de promoção da adesão dos adolescentes e respetivos pais/cuidadores, quer à participação no PPRA, quer à participação na avaliação da respectiva eficácia, com vista a possibilitar a constituição de um GI e GC homogéneos.

Este estudo-piloto da avaliação da eficácia do PPRA alerta-nos ainda para outros aspectos serem tidos em consideração a partir de outras limitações identificadas e que podem igualmente vir a comprometer os resultados dos estudos, especificamente, (i) o tamanho reduzido da amostra; (ii) o uso de uma amostragem de conveniência, podendo não ser representante da população de adolescentes portugueses; (iii) o protocolo de instrumentos de recolha de dados é demasiado extenso, podendo tal facto ter contribuído para que alguns adolescentes tenham respondido de uma forma menos rigorosa; (iv) o facto da recolha de dados ter sido feita em dois momentos diferentes (pré e pós-teste) por duas investigadoras diferentes, o pode ter conduzido a alguns enviesamentos no momento de recolha de dados, nomeadamente, nas instruções e verificações no preenchimento dos questionários; e (v) a fase final do PPRA coincidiu com a fase de exames e testes finais do 10º e 11º ano, levando os adolescentes a faltar às últimas sessões do programa e uma significativa redução no pós-teste.

Em estudos futuros de avaliação do PPRA, tendo em conta os conteúdos previamente descritos, recomenda-se que sejam efetuadas ações de sensibilização ou palestras nas associações de pais e junto da comunidade escolar com o objetivo de implementar novas medidas de adesão dos adolescentes e dos pais ao PPRA, e com o objetivo de recolher uma amostra maior de participantes. Para tal, seria importante o PPRA ser considerado como uma atividade extracurricular incluída no plano de atividades da escola a decorrer no ano letivo, sendo uma recomendação a ter em consideração numa próxima implementação. Futuramente,

aconselha-se que o número de instrumentos de avaliação utilizado no protocolo de recolha de dados seja menor. Seria pertinente adicionar instrumentos de avaliação que permitissem obter resultados de acordo com diferentes perspetivas, tal como a dos pais e professores (e.g., Questionário de Comportamentos da Criança 6 - 18 anos - CBCL; Questionário de Comportamentos da Criança – Relatório do Professor - TRF), para avaliar os sintomas de internalização. Além destas recomendações, alerta-se para que a fase de implementação do PPRA inicie mais cedo, para o término do programa não coincidir com o final do ano letivo, para dessa forma não ocorrerem casos de drop-out.

Apesar das limitações registadas no presente estudo, que nos impedem de inferir resultados claros em torno da respectiva eficácia, mantém-se a necessidade e a pertinência no investimento em estudos de avaliação da eficácia de programas de prevenção universal de psicopatologia na adolescência, como é exemplo o PPRA, especificamente, em Portugal. Conclui-se que ainda que o presente estudo foi particularmente útil para informar futuros estudos neste âmbito ao alertar para aspetos centrais a salvaguardar, nomeadamente, a adesão dos participantes ao PPRA e ao estudo de avaliação da respectiva eficácia. Concluímos, por último, que a partir do tamanho do efeito registado na diminuição dos sintomas de internalização e de depressão no GI do pré para o pós-teste, que o PPRA poderá ter um impacto positivo na atenuação deste tipo de sintomas psicopatológicos, eventualmente mais notórios a partir de amostras de adolescentes em risco, ou seja, já com sintomatologia manifesta.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *The Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar - Um Sistema Integrado de Avaliação com múltiplos informadores*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. The World Mental Health Survey Initiative. Acedido em 4 de Setembro de 2014 http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Alvord, M. K., Zucker, B., & Grados, J. J. (2011). *Resilience Builder Program for Children and Adolescents – Enhancing Social Competences and Self-Regulation*. Illinois: Research Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barrett, P. M., & Pahl, K. M. (2006). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance Counselling*, 16, 55 – 75. doi: 10.1375/ajgc.16.1.55.
- Barrett, P. (2010). *Friends for Life: Group Leaders' Manual for Children*. Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide among young people. *Austral N Z J Psychiatric*, 34(3), 420–36.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D., S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinic North America*, 32, 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002.
- Bosacki, S., Dane, A., & Marini, Z. (2007). Peer relationships and internalizing problems in adolescents: Mediating role of self-esteem. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 12, 261-282. doi: 10.1080/13632750701664293.
- Brochado, F. O., & Brochado, A. O. (2008). Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Saúde Mental*, 26(2), 27-36.
- Brown, D. L., Jewell, J. D., Stevens, A. L., Crawford, J. D., & Thompson, R. (2012). Suicidal Risk in Adolescent Residential Treatment: Being Female Is More Important Than a Depression Diagnosis. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 359–367. doi: 10.1007/s10826-011-9485-9.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33, 429–438. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.004.
- Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, IB., & Calear, AL. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *J. Primary Prevent*, 31, 139-170. doi: 10.1007/s10935-010-0214-8.
- Clarke, G. N., & DeBar, L. L. (2010). Group Cognitive-behavioral treatment for adolescent depression. In J.R. Weisz & A.E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp.110-125). New York: Guilford.

- Cordeiro, R. A. (2010). Ensaio de um modelo preventivo de educação para a saúde na área da depressão e da ansiedade em adolescentes e jovens adultos. *Revista Portuguesa De Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 38-44.
- Cordovil, C., Crujo, M., Vilariça, P., & Caldeira da Silva, P. (2011). Resiliência em Crianças e Adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 413-418.
- Crisóstomo, M., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade, depressão e rendimento escolar em adolescentes. In Margarida Gaspar de Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e saúde na escola* (pp.272-287). Lisboa: CDI/FMH.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 576-82.
- Dias, P., & Gonçalves, M. M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes: Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto. Acedido em 27 de Setembro em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1218.
- Farrell, L. J., Barrett, P., & Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): a pilot study. *Behaviour Change*, 22, 236-248. doi: 10.1375/behc.22.4.236.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics with SPSS*. Publication of London: Thousand Oaks and New Delhi.
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review. *Society for Prevention Research*. 1-14. doi: 10.1007/s11121-011-0210-0.

- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clin Psychol*, *17*, 293–306. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x.
- Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Ferreira, M., Tomé, G., Camacho, I., Reis, M., Melo, P., Simões, C., Machado, R., & Ramiro, L. (2011). Programa de promoção de competências pessoais e sociais, auto-regulação e capital social com adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, *3*, 165-187.
- Gillham, J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R. (2008). Preventing depression in early adolescence. In: Abela JRZ & Hankin BL. (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp.309-322). New York: Guilford Press.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajonb, N. D., Kash-MacDonald, V. M., Chaplin, T. M., Abenavoli, R. M., Matlin, S. L., Gallop, R. J., & Seligman, M. E. P. (2012). Evaluation of a Group Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for Young Adolescents: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*, 621-639. doi: 10.1080/15374416.2012.706517.
- Gladstone, T. R. G., & Beardslee, W. R. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, *54*(4), 212-21.
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *Psychiatry Clinical North America*, *34*, 35–52. doi: 10.1016/j.psc.2010.11.015.
- Golden, J. C. (2001). *Manual Stroop: Test de Cores y Palabras*. Madrid: Tea Ediciones Publicaciones de Psicología Aplicada.

- Harnett, P. H., & Dadds, M. R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School Psychology, 42*, 343–357. doi: 10.1016/j.jsp.2004.06.004.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (2001). *WCST – Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin*. Madrid: TEA Ediciones.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 401–415. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.401.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Psychology/Psychologie Canadienne, 55*, 161–176. doi: 10.1037/a0036933.
- Hyde, J., Mezulis, A., & Abramson, L. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115*, 291–313. doi: 10.1037/0033-295X.115.2.291.
- Iizuka, C. A., Barrett, P. M., Gillies, R., Cook, C. R., & Marinovic, W. (2015). Preliminary Evaluation of the FRIENDS for Life Program on Students' and Teachers' Emotional States for a School in a Low Socio-Economic Status Area. *Australian Journal of Teacher Education, 40*, 1-21. doi: 10.14221/ajte.2014v40n3.1.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., & Srinath, S. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet, 378*, 1515–1525. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.
- King, N. J., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (2005). Cognitive-behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Behavioral Disorders, 30*(3), 241-257.

- Loureiro, L. (2013). Barreiras e Determinantes da Intenção de procura de ajuda informal na Depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 733-746.
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 1-8. doi: 10.1186/1471-244X-13-129.
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a Adolescentes Portugueses: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 123-32.
- Martins, S., Dias, P., & Martins, C. (2008). Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders: Tradução para a População Portuguesa e Avaliação das Propriedades psicométricas. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Braga.
- Ministério da Saúde. (2008). *Resumo executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde / Alto Comissariado da Saúde/ Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde / Alto Comissariado da Saúde /Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde / Alto Comissariado da Saúde.
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2010). Interventions for anxiety disorders in children using group cognitive-behavior therapy with family involvement. In J.R. Weisz & A.E. Kazdin

- (Eds.), *Evidence based psychoterapies for children and adolescents* (pp. 61-79). New York: Guilford.
- Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J., & Hautzinger, M. (2013). A Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Depression in Adolescents Compared With Nonspecific and No-Intervention Control Conditions. *Journal of Counseling Psychology, 60*, 432–438. doi: 10.1037/a0032308.
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? *Nascer e crescer Revista de pediatria do centro Hospitalar do Porto, 22*(3), 145-150.
- Rivet-Duval, E., Heriot, S., & Hunt, C. (2011). Preventing adolescent Depression in Mauritius: A Universal School-Based Program. *Child and Adolescent Mental Health, 16*, 86-91. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00584.
- Roberts, C., & Bishop, B. (2005). Depression. In T. P. Gullota & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment* (pp. 205-230). New York: Springer.
- Sankaranarayanan, A., & Cycil, C. (2014). Resiliency Training in Indian Children: A Pilot Investigation of the Penn Resiliency Program. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health, 11*, 4125-4139. doi: 10.3390/ijerph110404125.
- Santos, J. C., Erse, M. P., Façanha, J., Amélia, L., & Simões, R. (2014). + *Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatment for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907.

- Simões, C. (2010). Adolescentes e Comportamentos de Saúde. In David Tavares (Ed.), *Alicerces* (pp.223-241). Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Desenvolvimento de um Programa de Promoção da Resiliência na Adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 101-119.
- Stallard, P., Montgomery, A. A., Araya, R., Anderson, R., Lewis, G., Sayal, K., Buck, R., Millings, A., & Taylor, J. A. (2010). Protocol for a randomised controlled trial of a school based cognitive behaviour therapy (CBT) intervention to prevent depression in high risk adolescents (PROMISE). *Trials*, *11*, 1-6. doi: 10.1186/1745-6215-11-114.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in Adolescence. *National Institutes of Health Public Access*, *379*, 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
- Van Beek, Y., Hessen, D., Hutteman, R., Verhulp, E., & Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: Real or 'bias?'. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 973-985. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x.
- Watson, C. C., Rich, B. A., Sanchez, L., O'Brien, K., & Alvord, M. K. (2014). Preliminary Study of Resilience-Based Group Therapy for Improving the Functioning of Anxious Children. *Child Youth Care Forum*, *43*, 269-286. doi: 10.1007/s10566-013-9238-6.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). The present and future of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 557-572). New York: Guilford.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options - Summary Report*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido em 30 de Maio de 2014 em <http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Integrating mental health into primary care – a global perspective*. Singapura: WHO e WONCA. Acedido em 4 de Junho de 2014 http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf
- World Health Organization. (2009). *A Snapshot of the health of young people in Europe – A report prepared for the European Commission Conference on Youth Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido em 17 de Maio de 2014 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf
- World Health Organization. (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Copenhagen: World Health Organization. Acedido a 15 de Maio de 2014
- World Health Organization. (2012). *Depression: a global Crisis*. USA: World Federation for Mental Health. Acedido em 2 de Junho de 2014 http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado do Programa PPRA Grupo Intervenção

Exmo/a. Senhor/a Encarregado/a de Educação,

A *Escola Secundária de Ermesinde* vai disponibilizar aos alunos do 10º e 11º ano a possibilidade de participação gratuita num **Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes (PPRA)** no âmbito de um projeto de investigação coordenado pela *Doutora Liliana Meira* e a *Doutora Eva Costa Martins* do *Instituto Superior da Maia (ISMAI)*. Tratando-se de uma oportunidade excepcional para a comunidade escolar, a Escola Secundária de Ermesinde vem por em meio apelar à participação dos alunos do 10º e 11º ano e, neste sentido, à autorização formal de *Vossa Exa.* para que o seu educando beneficie desta iniciativa.

O PPRA inclui 11 sessões de grupo de promoção da funcionalidade dos jovens face aos desafios diários com que se confrontam (e.g., resolução de problemas e tomada de decisão, treino de competências sociais, identidade pessoal e autorregulação). Para avaliar a eficácia do PPRA serão acrescentadas três sessões de avaliação: (i) duas sessões antes do início do programa: uma individual e outra em grupo; e (ii) uma sessão em grupo no final. As sessões de avaliação contemplam procedimentos que avaliam as competências que se visa promover através do PPRA (ex: preenchimento de questionários). O PPRA inclui ainda duas sessões de informação e formação para os pais, em grupo, uma a decorrer a meio e outra no final do programa. As sessões, com os alunos e com os pais, deverão ser calendarizadas de acordo como horário letivo e de trabalho, respetivamente, sem prejuízo da rotina diária das famílias.

Os conteúdos partilhados nas sessões, bem como os dados identificativos dos alunos, serão mantidos confidenciais para efeitos do estudo da eficácia do PPRA.

O início do PPRA está previsto para Fevereiro de 2014, devendo prolongar-se até finais de Maio. As sessões de avaliação deverão iniciar em Janeiro de 2014. A implementação do PPRA vai estar a cargo da Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, *Andreia Mendes*, com a colaboração da Licenciada em Psicologia e estagiária do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do ISMAI, *Marta Cunha*, ambas devidamente qualificadas e responsáveis pelo contacto com os alunos e respetivas famílias.

O PPRA engloba as dimensões cientificamente demonstradas como mais eficazes na promoção do ajustamento de crianças e jovens, sendo considerado pela *OMS – Organização Mundial de Saúde* uma medida a ser generalizada a todas as escolas. Neste sentido, solicita-se a *Vossa Exa.* a autorização da participação do seu educando no PPRA através da assinatura do **Consentimento Informado** que se segue.

O Diretor da Escola Secundária de Ermesinde,

As Coordenadoras do PPRA no ISMAI,

Consentimento Informado

Eu, *Encarregado/a de Educação* do/a aluno/a _____, compreendi os objetivos do Programa de Promoção de Resiliência para Adolescentes acima descrito, a ser implementado na Escola Secundária de Ermesinde no ano letivo 2013-14 ao alunos do 10º e 11º ano, bem como do respetivo estudo de eficácia, estando garantida a confidencialidade dos dados identificativos da minha família. Autorizo, neste sentido, o meu educando a participar.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Contacto (telefone, telemóvel e/ou email): _____

Localidade/Data: _____, ____ / ____ / _____

Anexo II – Consentimento Informado do Programa PPRA Grupo Controlo

Exmo/a. Senhor/a *Encarregado/a de Educação*,

A *Escola Secundária de Ermesinde* está a colaborar com um projeto de investigação coordenado pela *Doutora Liliana Meira* e a *Doutora Eva Costa Martins* do *Instituto Superior da Maia (ISMAI)*. O projeto visa estudar aspetos associados à adaptação dos jovens face aos desafios diários com que se confrontam (e.g., resolução de problemas e tomada de decisão, treino de competências sociais, identidade pessoal e autorregulação), através do preenchimento de questionários a serem preenchidos nas aulas do respetivo diretor de turma.

O processo de preenchimento dos questionários deverá decorrer em dois momentos distintos: em Fevereiro e em Maio de 2014.

A participação dos alunos é voluntária e os conteúdos dos questionários são anónimos no que respeita aos dados de identificação de cada aluno.

Vimos por este meio, e neste sentido, solicitar-se a *Vossa Exa.* a autorização da participação do seu educando neste projeto de investigação através da assinatura do **Consentimento Informado** que se segue.

O Diretor da Escola Secundária de Ermesinde,

As Coordenadoras do Projeto de
Investigação no ISMAI,

Consentimento Informado

Eu, *Encarregado/a de Educação* do/a aluno/a

Compreendi os objetivos do projeto de investigação acima descrito, a ser implementado na Escola Secundária de Ermesinde em Fevereiro e em Maio de 2014 aos alunos do 10º- 11º ano, tendo-me sido garantida a confidencialidade dos dados identificativos do meu educando. Autorizo, neste sentido, o meu educando a participar.

Assinatura do Encarregado de Educação:

Localidade/ Data: _____, ____ / ____ / _____

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Idade: ____ anos

Sexo: Masculino Feminino

Ano de Escolaridade: _____

Situação profissional atual do Pai:

Estudante

Desempregado

Outro: _____

Trabalhador Profissão: _____

Reformado

Estado civil dos pais: _____

Situação profissional atual da Mãe:

Estudante

Desempregado

Outro: _____

Trabalhador Profissão: _____

Reformado

Habilitações literárias do Pai:

Sem escolaridade

2º / 3º Ciclo (6º/9º ano)

Mestrado

1º Ciclo (4º ano) incompleto

Secundário (12º ano)

Doutoramento

1º Ciclo (4º ano)

Licenciatura

Habilitações Literárias da Mãe:

Sem escolaridade

2º / 3º Ciclo (6º/9º ano)

Mestrado

1º Ciclo (4º ano) incompleto

Secundário (12º ano)

Doutoramento

1º Ciclo (4º ano)

Licenciatura

Com quem vives?

Pai Mãe Irmãos Quantos? _____ Outros : _____

Medicação (Se estiveres a ser medicado/a indica o tipo de medicação que estás a tomar):

Problemas de Saúde (Se tiveres algum/uns problema/s de saúde, indica qual/quais):

Acompanhamento médico/psicológico (Indica se estás a ser acompanhado/a por um médico ou psicólogo e o motivo):

Problemas de saúde dos pais (Se os teus pais tiverem algum/uns problemas de saúde, indica qual/quais):
