

Filipa Andreia Silva Lopes

Comportamentos de internalização e externalização dos alunos do 3º ciclo: perspetiva de pais e professores



Viseu, maio de 2018

Filipa Andreia Silva Lopes

Comportamentos de internalização e externalização dos alunos do 3º ciclo: perspetiva de pais e professores

Relatório final elaborado no âmbito do
IV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientação de:
Professora Doutora Cláudia Chaves
Professor Doutor João Duarte

Viseu, maio de 2018



“Quando família e escola educam com os mesmos critérios, as diferenças entre os dois ambientes se reduzem, e quem ganha é a criança.” – *Andrea Ramal*

Ao meu filho.
À minha mãe.

Agradecimentos

Deixo expressa, neste espaço, a minha sincera e profunda gratidão a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste relatório, que marca o culminar de um percurso vivido intensamente com entusiasmo, esperança e dedicação.

Aos meus distintos orientadores Professora Doutora Cláudia Chaves e Professor Doutor João Duarte pelos conhecimentos transmitidos ao longo de uma sábia e incansável orientação, pela sinceridade manifestada em cada crítica construtiva, pela clareza e rigor na condução deste relatório, pelo esforço, empenho, motivação, apoio e profissionalismo inigualáveis, pela amizade e pelo carinho demonstrados em todos os momentos.

Agradeço a todos os pais e professores envolvidos neste estudo, pelo tempo despendido no preenchimento dos questionários, tornando assim este estudo viável.

Aos meus colegas e amigos do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pela amizade e companheirismo ao longo desta caminhada.

À minha família: à minha mãe e colega Madalena pela paciência, pelo apoio e pela motivação expressos não só ao longo deste percurso como em toda a minha vida. Ao Guilherme por todo o auxílio prestado sempre que precisei. Ao meu marido André, pela motivação e pela força que me transmitiu nos momentos mais difíceis. Ao meu filho Diogo, que “me acompanhou” ao longo de toda esta caminhada, motivou e veio dar um novo sentido a este percurso académico e à minha vida.

Muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: A adolescência é um período marcado por dificuldades relatadas por pais e professores na educação dos adolescentes e no modo como se comportam individual e na relação com os outros.

Metodologia: Com a finalidade de avaliar a perspectiva de pais e professores acerca dos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo foi realizado estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico; Com uma amostra de 148 pais e 178 professores que avaliaram o comportamento 178 crianças (81 rapazes vs. 67 raparigas avaliadas pelos pais e 89 rapazes vs. 89 raparigas avaliados pelos professores), com uma idade média de 13.58 anos (± 0.583) na amostra dos pais e 13.74 anos (± 0.864) na amostra dos professores, frequentadoras do 8ºano (55.4% nos pais e 53.4% nos professores). A recolha de dados inclui o Questionário de Comportamentos da Criança para idades entre 6 e 18 anos (Child Behavior Checklist - CBCL 6-18) e o Questionário de Comportamentos da Criança para Professores (Teacher's Report Form - TRF).

Resultados: Os pais percecionam mais casos de ansiedade/depressão ($M=4.70$; ± 4.28) e comportamentos de internalização ($M=10.26$ ± 8.66), prevalentes nas raparigas ($M=11.76$; ± 9.44), com 13 anos ($M=10.81$; ± 8.83), no 8ºano ($M=11.90$; ± 10.05 ; $p < 0.03$). Os professores percecionam mais problemas de atenção ($M=6.44$; ± 8.87) e comportamentos de internalização ($M=3.98$; ± 4.64), em raparigas ($OM=99.71$; $p=0.008$), com 15 ou mais anos ($OM=115.15$; $p=0.006$), no 7ºano ($OM=101.55$), em Silgueiros ($OM=113.22$; $p=0.000$).

Conclusão: Os resultados salientam que tanto a perceção dos pais como a perspectiva dos professores são fundamentais para uma visão integrativa dos adolescentes.

Palavras-chave: Comportamento; Enfermagem; Relações familiares; Professores escolares; Adolescente

Abstract

Background: Adolescence is a period marked by difficulties reported by parents and teachers educating adolescents, and the way they behave individually and with regard to others.

Methodology: In order to evaluate parents' and teachers' perspectives regarding the internalizing and externalizing behaviours of 3rd cycle students (7th – 9th years of schooling), a quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study was performed. A sample of 148 parents and 178 teachers assessed the behaviour of 178 children (81 boys vs. 67 girls assessed by parents and 89 boys vs. 89 girls assessed by teachers). The mean age of the sample assessed by the parents was 13.58 years (± 0.583), 55.4% of whom were enrolled in the 8th year; whereas, 13.74 years (± 0.864) was the mean age of the sample assessed by the teachers, 53.4% of whom were in the 8th year. Data collection included the Questionnaire on Children's Behaviours for ages 6 to 18 years (Child Behaviour Checklist - CBCL 6-18) and the Questionnaire on Children's Behaviours for Teachers (Teacher's Report Form - TRF).

Results: The parents perceived more cases of anxiety/depression ($M=4.70$; ± 4.28) and internalization behaviours ($M=10.26 \pm 8.66$) prevalent in 13-year-old ($M=10.81$; ± 8.83) girls ($M=11.76$; ± 9.44), in the 8th year ($M=11.90$; ± 10.05 ; $p < 0.03$). The teachers perceived more attention problems ($M=6.44$; ± 8.87) and internalization behaviours ($M=3.98$; ± 4.64), in girls ($OM=99.71$; $p=0.008$), who are 15 or older ($OM=115.15$; $p=0.006$), in the 7th year ($OM=101.55$), in Silgueiros ($OM=113.22$; $p=0.000$).

Conclusion: The results point out that both the parents' and the teachers' perspective are crucial for an integrative vision of adolescents.

Keywords: Behaviour; Nursing; Family relationships; Schoolteachers; Adolescent

Sumário

	Pág.
1- Introdução	21
2- Metodologia	29
2.1. Estudo 1 – Comportamentos de internalização e externalização nos alunos do 3º ciclo: perspectiva dos pais	34
2.1.1. Métodos	34
2.1.2. Participantes	34
2.1.3. Instrumentos	36
2.1.4. Análise e discussão dos dados	39
2.2. Estudo 2 – Comportamentos de internalização e externalização nos alunos do 3º ciclo: perspectiva dos professores	67
2.2.1. Métodos	67
2.2.2. Participantes	67
2.2.3. Instrumentos	68
2.2.4. Análise e discussão dos dados	70
3- Discussão integrativa	87
4- Conclusão geral	93
5- Referências	97

Lista de Tabelas

Pág.

Estudo 1 - Comportamentos de internalização e externalização dos alunos do 3º ciclo: perspetiva dos pais

Tabela 1	- Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação ...	32
Tabela 2	- Estatísticas relativas à idade em função do sexo	35
Tabela 3	- Idade em função do sexo	35
Tabela 4	- Grau de escolaridade em função do sexo	35
Tabela 5	- Relação parental em função do sexo	36
Tabela 6	- Descrições das escalas de síndromes e dos itens-problema da CBCL 6-18 ..	38
Tabela 7	- Síndromes das escalas de Internalização e Externalização	38
Tabela 8	- Prática de desporto em função do sexo	39
Tabela 9	- Atividades desportivas	39
Tabela 10	- Tempo da prática de desporto	40
Tabela 11	- Competência no desporto	40
Tabela 12	- Atividades e passatempos em função do sexo	40
Tabela 13	- Atividades e passatempos	41
Tabela 14	- Tempo que dedica à atividade ou passatempo	41
Tabela 15	- Competências na atividade ou passatempo	41
Tabela 16	- Pertença a organizações, clubes, equipas ou grupos em função do sexo	42
Tabela 17	- Organizações, clubes, equipas ou grupos	42
Tabela 18	- Tarefas de apoio familiar e domésticas em função do sexo	42
Tabela 19	- Tarefas de apoio familiar e domésticas	43
Tabela 20	- Competências nas tarefas de apoio familiar e domésticas	43
Tabela 21	- Número de amigos em função do sexo	43
Tabela 22	- Número de vezes por semana com os amigos	44
Tabela 23	- Relacionamento com as pessoas	44
Tabela 24	- Resultados das disciplinas escolares	45
Tabela 25	- Escala de competências: Escola	46
Tabela 26	- Problemas de saúde ou deficiências físicas e/ou mentais	46
Tabela 27	- Estatísticas relativas às síndromes CBCL 6-18	47
Tabela 28	- Estatísticas relativas aos níveis normativo, <i>borderline</i> ou clínico das síndromes em função do sexo	48
Tabela 29	- Estatísticas relativas aos níveis normativo, <i>borderline</i> ou clínico das síndromes em função do ano de escolaridade	49
Tabela 30	- Estatísticas relativas aos níveis normativo, <i>borderline</i> ou clínico das	51

	síndromes em função da idade	
Tabela 31	- Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e sexo	52
Tabela 32	- Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e idade ...	53
Tabela 33	- Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e ano de escolaridade	53
Tabela 34	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a prática de desporto	54
Tabela 35	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e os passatempos	55
Tabela 36	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a pertença a um grupo	56
Tabela 37	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a execução de tarefas de apoio familiar e domésticas	56
Tabela 38	- Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e o número de amigos	57
Tabela 39	- Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e a frequência de contacto com amigos	58
Tabela 40	- Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e o relacionamento com os irmãos(ãs)	59
Tabela 41	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com outras crianças	60
Tabela 42	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com os pais	61
Tabela 43	- Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e divertir-se ou trabalhar sozinho ..	61
Tabela 44	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o ensino especial	62
Tabela 45	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e repetição do ano escolar	62
Tabela 46	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e problemas escolares	63
Tabela 47	- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e ser portador de doença ou deficiência física ou mental	63
Tabela 48	- Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes – CBCL-6-18	64

Estudo 2 - Comportamentos de internalização e externalização nos alunos do 3º ciclo: perspectiva dos professores

Tabela 49	- Estatísticas relativas à idade segundo o sexo	68
Tabela 50	- Idade dos alunos em função do sexo	68
Tabela 51	- Descrições das escalas de síndromes e dos itens-problema da TRF	70
Tabela 52	- Grupo escolar em função do sexo	71
Tabela 53	- Ano de Escolaridade em função do sexo	71
Tabela 54	- Tempo a que conhece o aluno em função do sexo	71
Tabela 55	- Tempo a que conhece o aluno	71
Tabela 56	- Grau de conhecimento acerca do aluno em função do sexo	72
Tabela 57	- Estatística relativa ao tempo semanal com os alunos expresso em minutos ..	72
Tabela 58	- Prevalência do tipo de aulas	72

Tabela 59	- Aulas de apoio / Ensino especial em função do sexo	73
Tabela 60	- Repetição de ano de escolaridade em função do sexo	73
Tabela 61	- Anos de escolaridade repetidos e motivos	74
Tabela 62	- Características Adaptativas em comparação com o resto da turma	75
Tabela 63	- Estatísticas relativas às síndromes da TRF	76
Tabela 64	- Estatísticas relativas aos níveis normativo, <i>borderline</i> ou clínico das síndromes em função do sexo	77
Tabela 65	- Estatísticas relativas aos níveis normativo, <i>borderline</i> ou clínico das síndromes em função da idade	78
Tabela 66	- Teste U Mann Whitney entre género do professor e escala de síndromes	79
Tabela 67	- Teste Kruskal-Wallis entre grupos etários e escala de síndromes	80
Tabela 68	- Teste Kruskal-Wallis entre ano de escolaridade e escala de síndromes	80
Tabela 69	- Teste U Mann Whitney entre sexo do aluno e escala de síndromes	81
Tabela 70	- Teste U Mann Whitney entre grupo escolar e escala de síndromes	82
Tabela 71	- Teste U Mann Whitney entre tempo de conhecimento do professor em relação ao aluno e escala de síndromes	82
Tabela 72	- Teste Kruskal-Wallis entre aulas de apoio e escala de síndromes	83
Tabela 73	- Teste Kruskal-Wallis entre reprovações e escala de síndromes	84
Tabela 74	- Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes – TRF	85

Lista de Esquemas

	Pág.
Esquema 1 - Desenho de investigação	30

1 – Introdução

Ao longo dos anos, o comportamento humano tem sido alvo de atenção e conseqüentemente diversos estudos e investigações. De acordo com Júnior (2014), o comportamento resulta de diversas ações, ocorridas num contexto específico, não podendo ser reduzidas a um único fator orgânico. No entanto, o comportamento não se resume a uma dimensão orgânica multifatorial. O comportamento é uma resposta de todos os sistemas fisiológicos, que visam a homeostase, aliados a um conjunto de subsistemas: de percepção, de regulação e de alteração de condições externas e internas. Ou seja, engloba os elementos sensoriais e perceptuais, como os valores e crenças, emoções, aprendizagens e a cultura. Desta forma, não há distinção entre elementos fisiológicos diretos e comportamentais, assumindo assim que ambos são subsistemas do comportamento (Júnior, 2014). O autor remete assim para a relevância da simbiose dos contextos fisiológicos e sociológicos na análise do comportamento humano. Deste modo, é imperativo analisar o comportamento humano tendo em conta o seu ciclo vital.

Ao longo da vida, o ser humano sofre várias mudanças no seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, como consequência do contexto em que está inserido e das vivências e necessidades inerentes à fase do ciclo vital em que se encontra. A adolescência representa uma fase de transição de desenvolvimento marcada pela auto-afirmação da identidade e crescente independência. Deste modo, a adolescência marca o período de transição para a fase adulta, sinónimo de escolhas individuais, relacionais e estilo de vida (Meleis, 2010). A adolescência representa uma fase do ciclo vital humano de características peculiares. Diversas teorias do desenvolvimento caracterizam a adolescência como uma fase distinta no desenvolvimento humano, caracterizada por crescentes e inevitáveis níveis de turbulência (Santos, Silva, Mello, Alves & Rodrigues, 2016). A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, marcada por profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e socioculturais. No contexto biológico ocorrem mudanças fisiológicas e anatómicas, que incluem a interação hormonal e a maturação sexual. A nível psicológico, cognitivo e emocional as mudanças são caracterizadas pela adaptação que o corpo sofre às novas relações com a família e com os outros, identidade e personalidade e constantes mudanças do humor. As mudanças a nível sociocultural abrangem a autoafirmação desse jovem na sociedade, a sua independência e a crescente liberdade (Moreira, Lima, Tourinho & Santos, 2014). Tais mudanças afetam os padrões de comportamento dos jovens, tornando-os mais suscetíveis a ofensas que podem

comprometer a sua saúde. Esta fase do ciclo vital representa um período de vulnerabilidade particular pelas intensas e rápidas modificações que dela decorrem, como a puberdade, a evolução da sexualidade, o afastamento progressivo dos pais, as atitudes reivindicatórias, as contestações e as perceções paradoxais de invulnerabilidade do adolescente. Os adolescentes são um grupo populacional específico, que necessita de ajuda para aprender a lidar com tantas modificações, recaindo essa responsabilidade sobre a escola e os pais, que por vezes têm dificuldade em comunicar e compreender o adolescente. Esta população deve ser alvo de ações específicas, que suprimam as suas necessidades, surgindo, neste contexto, a escola como um elo fundamental para atuação dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, através de ações de prevenção e promoção da saúde (Moreia et al, 2014). Assim, cabe a estes profissionais de saúde desenvolver ações de educação em saúde de forma eficiente, que capacite os jovens nas suas tomadas de decisão. A adolescência é uma fase de transição desafiadora, que pode ser facilitada pela ação do enfermeiro, através do seu contributo na avaliação e responsabilização dos adolescentes, como parte da sua transição individual (Fegran, Hall, Uhrenfeldt, & Ludvigsen, 2014). O enfermeiro pode e deve exercer uma função de agente educador, informando, refletindo e discutindo sobre diversas temáticas com os adolescentes (Santos & Sabóia, 2017). Neste contexto, emerge a importância da Saúde Escolar, que procura aliar a Saúde à Educação, visando a obtenção de maior literacia para a saúde e tomadas de decisão responsáveis. Deste modo, são necessárias diferentes perspetivas de saúde, equidade e sustentabilidade no contexto escolar. Os jovens devem ter a oportunidade de analisar as questões da saúde e do desenvolvimento, a partir da sua própria perspetiva, da perspetiva de diferentes disciplinas, domínios e culturas, a partir da perspetiva de diferentes gerações e períodos históricos e a partir da perspetiva de diferentes partes do mundo (School for Health in Europe [SHE], 2013).

Desde 1994 que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, numa parceria entre a Saúde e a Educação, conduzindo a uma efetivação da implementação da promoção e educação para a saúde no contexto escolar. Em Portugal, os princípios das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) – equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar – continuam a ser uma referência, um objetivo comum da Educação e da Saúde e a nortear a intervenção da Saúde Escolar, alinhados com os objetivos das políticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a saúde e o bem-estar a nível europeu, Health 2020. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015 foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e

extensão a 2020, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios das EPS, School for Health in Europe (SHE).

Em Portugal, a Saúde Escolar com mais de 100 anos de existência e uma intervenção de tendo como referências disposições legais e normativas, recomendações nacionais e internacionais, refletidas em programas de saúde, nomeadamente no PNSE. De acordo com o PNSE (2015, p. 10), “a Saúde Escolar tem um percurso assinalável, com marcas indeléveis e relevantes, na promoção da saúde e prevenção da doença no contexto escolar.” O mesmo programa defende que “O desenvolvimento de competências socio-emocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida.” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, p. 10). Segundo o mesmo, a saúde escolar não deve ter receios de perder a sua identidade e estar preparada para novos e grandes desafios, o que requer uma visão abrangente da realidade social e económica complexa e mutante, visando ajudar os jovens a alcançar o seu potencial de saúde na sua plenitude (DGS, 2015).

O papel do enfermeiro nas escolas é preponderante. Mais do que restringido ao espaço do gabinete de saúde escolar, cabe a este profissional procurar conhecer os adolescentes da comunidade escolar, tentando acompanhá-los no seu percurso pessoal e académico, na tentativa de ajudar na resolução de problemas por eles sentidos. Este seria, sem dúvida, um desafio para o enfermeiro enquanto educador para a saúde, no estabelecimento duma relação de proximidade e auxílio com os adolescentes da comunidade escolar.

Dados revelados no PNSE informam que a nível nacional existem cerca de 1600000 alunos, que frequentam escolas integradas numa rede de 9500 estabelecimentos de educação e ensino reunidos em mais de 800 Agrupamentos. Tal facto faz da escola o local privilegiado para promover a saúde ao longo desta importante etapa do ciclo vital. “A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das EPS e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa” (DGS, 2015, p. 12).

O PNSE evidencia a importância da promoção da saúde como processo que assegura às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e

serem capazes de o melhorar, sendo o modelo de intervenção adotado na capacitação da comunidade educativa.

“No futuro, num processo de renovação permanente, se quiser aumentar o nível de literacia para a saúde, a responsabilização com a saúde individual e coletiva e o número de anos de vida saudável dos cidadãos, a Saúde Escolar deverá produzir e disseminar a sua própria investigação científica. (...) A intervenção da Saúde na Escola requer abordagens abrangentes e multissetoriais, para além da Saúde e da Educação, liderança para influenciar a sociedade como um todo, organização dos recursos em prol da redução das desigualdades em saúde e corresponsabilização de todos pela sustentabilidade do processo. (...) A Saúde Escolar procura entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde de crianças e jovens, salvaguardando a das/os mais vulneráveis. Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo” (DGS, 2015, p. 16).

As intervenções em contexto escolar adquirem o estatuto de intervenções comunitárias, exigindo parcerias e compromissos com os “Sistemas de Saúde, Educação, Segurança Social, Autarquias, entre outros, que visem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a redução das desigualdades, a continuidade dos programas e a sustentabilidade das ações de capacitação da comunidade educativa” (DGS, 2015, p. 19). O PNSE (2015) destina-se assim a toda a comunidade educativa, que abrange crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação, assumindo o princípio de que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar. Para desenvolver discussões temáticas que digam respeito à saúde escolar, é fundamental o envolvimento dos professores e funcionários da escola e dotá-los enquanto agentes de promoção da saúde no ambiente escolar, uma vez que eles percebem as determinações dos comportamentos e ofensas expressos pelos alunos adolescentes, funcionando em parceria com o setor da saúde na elaboração e implementação de ações intersectoriais, que devem ter o apoio das instituições e da comunidade (Chaves, Santos, Larocca, Luccas, Freitas & Nunes, 2017).

Neste sentido, promover a saúde é olhar o adolescente e o seu contexto social, englobando uma escuta diferenciada e focada nos problemas deste grupo, direcionando, assim, uma assistência focada na promoção da saúde e prevenção de doenças. Perante este facto, destaca-se o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações direcionadas a este público, e cujo trabalho se pauta na monitorização das condições de saúde, na deteção

e análise de problemas e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa (Moreira, et al., 2014). “A presença do enfermeiro é fundamental no ambiente escolar, visto que é durante este período da vida que há a formação física e intelectual da criança e adolescente e a falta de informações podem gerar prejuízos futuros a estes indivíduos em formação. Desta forma, a presença destes profissionais em saúde torna-se indispensável no que tange a saúde escolar, na busca de prevenir doenças e principalmente promover saúde” (Silva, Reis & Greinert, 2016, p. 2).

Neste contexto, é imperativo o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, “no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (...) Assim, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde (...), desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p. 1). São competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária “contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, e integrar a coordenação de Programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, dinamizando e participando em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos. Para que tal seja exequível, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária “integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais” (OE, 2010, p. 4).

Um estudo alicerçado na associação Pais-Professores (PTA: Parent-Teacher Association) foi desenvolvido por Zare e Izadi (2017), visando a melhoria da qualidade de educação numa escola pública no Teerão. Os autores referem que o envolvimento dos pais na educação aumenta o interesse e a vontade dos jovens de estudar. Com a cooperação dos dois grupos (pais e professores), os alunos percebem que o lar e a escola não estão separados e não há uma dicotomia entre as suas abordagens educacionais. A saúde de qualquer sociedade depende da qualidade do sistema educacional. Os pais como os primeiros educadores desempenham um papel vital na educação de seus filhos e dão continuidade a esse papel quando seus filhos vão para a escola. Muitas vezes, os pais querem que os seus filhos adquiram conhecimentos e se desenvolvam, remetendo essa responsabilidade para as escolas. Contudo, isso só pode ser alcançado com a cooperação de pais e professores. A educação adequada de crianças e adolescentes exige esforços mútuos e cooperação da família e da escola para identificar e resolver problemas quotidianos. Atualmente, a conexão escolar e a interação dos pais e professores em curso

são consideradas uma parte importante da educação (Zare & Izadi, 2017). Com este estudo, os autores puderam constatar que existe uma diferença significativa entre o papel da PTA e a melhoria da qualidade da educação, entre esta e o papel da coordenação com a comunidade e também entre o papel da comunicação familiar e a melhoria da qualidade da educação, sublinhando deste modo a pertinência das relações em tríade (Pais – Alunos – Professores), na melhoria da qualidade da educação.

As interações entre pais e filhos fortalecem as experiências emocionais e sociais dos próprios filhos. O nível elevado de bem-estar é um agente facilitador e promotor de relações interpessoais e comportamentos ajustados, impulsionadores de bem-estar e de vivências sociais adaptativas (Tavares, 2015). Este trabalho de investigação contém todos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico. Sob alçada do tema “Comportamentos de internalização e externalização dos alunos do 3º ciclo: perspetiva dos pais e professores” definiram-se como questões de investigação: Qual a perspetiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Qual a perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Que variáveis sociodemográficas interferem na perspetiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Qual a influência das variáveis de contexto escolar na perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? De que modo as variáveis extra-escolares, passatempos, desporto e tarefas de apoio familiar e domésticas interferem na perspetiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Para responder a estas questões de investigação foram estabelecidos os seguintes objetivos: Analisar a perspetiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Analisar a perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na perspetiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis de contexto escolar que interferem na perspetiva dos professores nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis extra-escolares, passatempos, desporto e tarefas de apoio familiar e domésticas que interferem na perspetiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo.

Esta investigação cumpre os critérios da pesquisa descritiva, correlacional e analítica, e tendo em conta a revisão teórica, questões de investigação e os objetivos,

pretende dar a conhecer as relações entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, variáveis escolares e extra-escolares) e a variável dependente (perspetiva dos pais e professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo) no contexto em escolar.

Os comportamentos dos adolescentes podem ser classificados em comportamentos de internalização e comportamentos de externalização, sendo exemplo dos primeiros a ansiedade, depressão, isolamento e queixas somáticas e dos segundos os comportamentos geradores de conflito, como o comportamento delinquente e o comportamento agressivo (Achenbach, Rescorla, Ramalho, Lima & Machado, 2014). Um estudo elaborado nos Estados Unidos da América, acerca da direccionalidade das relações entre a satisfação da vida global e os comportamentos de internalização e externalização, permitiu concluir que os alunos mais satisfeitos com a escola e com a vida escolar apresentam reduzidos problemas de internalização e externalização, revelando ainda que níveis mais elevados de satisfação com a vida podem ser um fator protetor contra comportamentos de externalização e de internalização (Lyons, Otis, Huebner, & Hills, 2014).

No que respeita à influência parental nos comportamentos dos adolescentes, Machado (2017) estabelece uma relação positiva entre os problemas de externalização e de internalização reportados e a menor confiança, menor comunicação e maior isolamento relativamente aos pais, tendo obtido correlações positivas e significativas entre os problemas de comportamento reportados pelos adolescentes e os problemas reportados pelos seus pais.

Concomitantemente, a escola é responsável pela educação de valores e competências para a convivência e deve estar preparada para trabalhar as emoções e os conflitos que nela ocorrem. Sabemos que as exigências colocadas atualmente à escola constituem imperativos não só de ordem formativa académica, mas também de natureza pessoal e social (Nunes-Valente & Monteiro, 2016). A escola é um local privilegiado para o desenvolvimento humano, experiência de vida e aquisição de ferramentas básicas para viver na sociedade (Ventura, Campos & Chaves, 2015). A escola assume-se como um espaço onde os adolescentes experienciam e manifestam vários comportamentos, seja na relação com os pares ou na relação com os professores. Consequentes aos comportamentos, os problemas nas escolas podem aumentar o risco de comportamentos de internalização e de externalização (Bai & Repetti, 2017). Os comportamentos de externalização chegam a assumir especial relevância e correspondem à queixa mais frequente dos professores que encaminham os jovens para o ensino especializado (Guerra, Rovaris, Mariano, Guidugli, Rosanti & Bolsoni-Silva, 2015).

2 – Metodologia

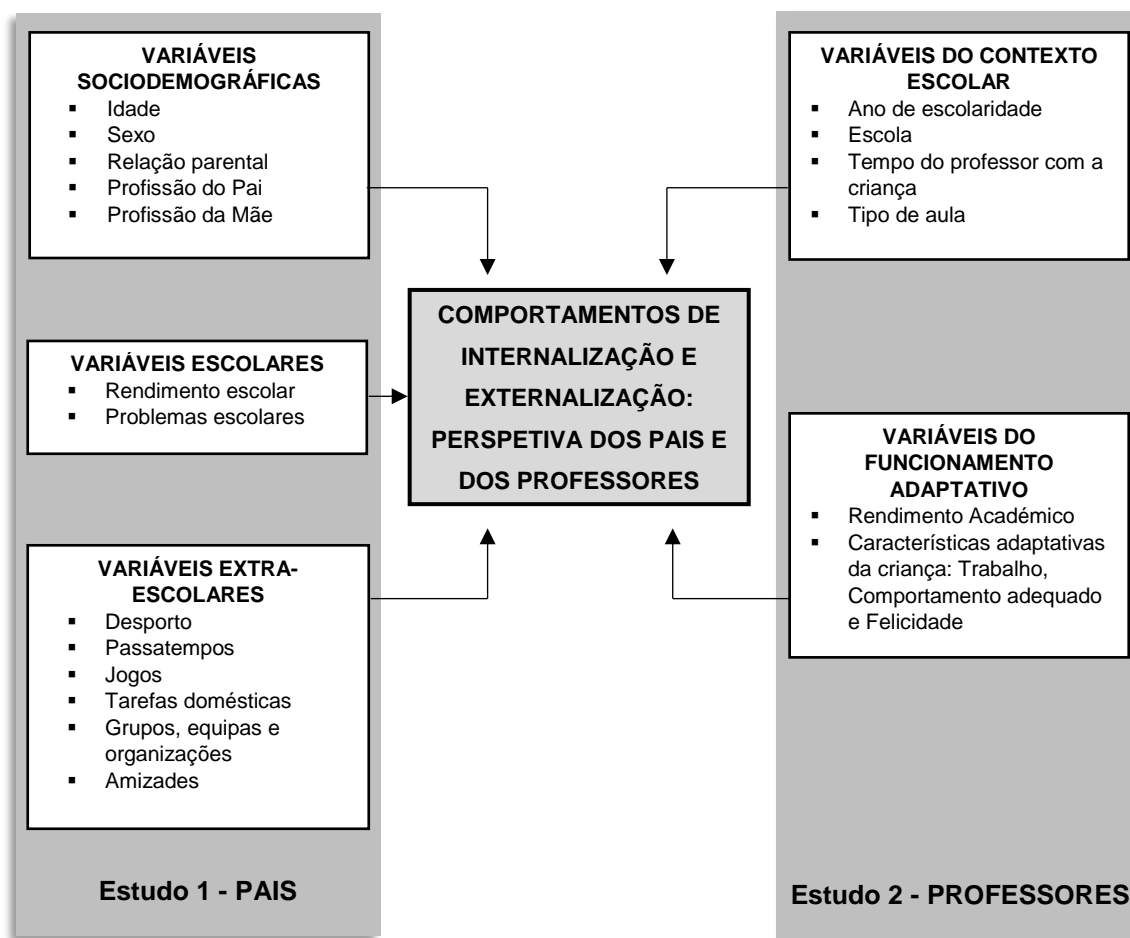
Dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico destacamos a contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formulam as questões de investigação e se delineiam os objetivos. Descreve-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem adotada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, assim como os procedimentos realizados e o respetivo tratamento estatístico.

Tratando-se de um estudo que obedece a uma pesquisa descritiva, correlacional e analítica, e considerando a revisão teórica, as questões de investigação e os objetivos, no Esquema 1 pretende-se realçar graficamente as relações entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, variáveis escolares e extra-escolares) e a variável dependente (perspetiva dos pais e professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo) no contexto em escolar.

O desenho de investigação insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar. Pretende-se descrever as características de uma determinada população (pais e professores) ou fenómeno (perspetiva sobre a saúde escolar dos alunos do terceiro ciclo) e estabelecer relação entre as variáveis. Como tal, optou-se pela metodologia quantitativa por se alicerçar no método hipotético dedutivo, através do qual os dados colhidos proporcionam realidades objetivas quanto às variáveis em estudo.

Este estudo insere-se numa investigação do tipo transversal e não experimental, uma vez que não pretendemos manipular as variáveis em estudo. É também explicativo, uma vez que o seu propósito é o de responder às causas dos acontecimentos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, procurar compreender a perspetiva dos pais e professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo e de que forma esta variável se relaciona com as variáveis sociodemográficas, escolares e extra-escolares. Estudo com características epidemiológicas, uma vez que adota, como unidade de estudo, o conjunto de indivíduos e procuramos analisar como os fenómenos que são motivo da sua preocupação se distribuem nesse conjunto.

Esquema 1 – Desenho de investigação



Procedimentos

Este estudo faz parte do projeto PTDC/MHC-CED/1204/2014, com o título “Competências emocionais para a promoção do Sucesso Escolar: Programa de intervenção sistémica”. Este projeto que tem como objetivo principal construir e validar um programa de intervenção a aplicar a alunos, e respetivos pais e professores para que, de uma forma integrada, se possam alterar comportamentos menos ajustados e se potenciem relações interpessoais mais produtivas, mais comportamentos positivos e maior sucesso escolar. Este programa é visto numa ótica de empoderamento, dos vários agentes educativos para gerir os vários ambientes e relações. A equipa de investigação é coordenada pela investigadora principal Manuela Ferreira e composta pelos investigadores colaboradores Ana Cardoso, Célia Ribeiro, Cláudia Chaves, Cláudia Moreira, Daniel Silva, João Duarte,

José Abrantes, Margarida Lima, Gabriela Portugal, Maria Martins, Maria Figueiredo, Maria Pereira, Paulo Tomé, Renato Carvalho, Rui Moreira, Sara Felizardo e Sofia Pires.

O instrumento de colheita de dados não contempla a identificação pessoal dos participantes, foi garantido o anonimato, bem como lhes foi entregue o consentimento informado. A colheita de dados decorreu durante o mês de setembro na integração no ano letivo de 2016/2017, após autorização das instituições envolvidas.

Análise dos dados

Após a colheita de dados foi efetuada uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente procedido à sua codificação e tabulação para posterior tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica.

A estatística descritiva permitiu a determinação das frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, para além das medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada.

Para a análise bivariada aplicámos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado (X^2), dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana e Gageiro (2014), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , na medida em que “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores citados consideram, para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa que permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2014) do seguinte modo:

Tabela 1 - Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear utilizada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que, por norma, que a intensidade de um (em média) é acompanhada pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, adotando valores situados entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Por convenção, os valores de r têm de ser interpretados como sugerem Pestana e Gageiro (2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso de testes paramétricos e testes não paramétricos, quando não se verificavam condições para a aplicação dos primeiros, nomeadamente:

- Teste t de student ou Teste de U-Mann Whitney (UMW) - usado para amostras independentes, ou seja, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis – usados na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisam o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova permite comparar mais de dois grupos em estudo. Quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc para saber quais as médias que se diferenciam entre si. (Pestana & Gageiro, 2014)

- Teste de qui quadrado (X^2) - utilizado no estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se

inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica (Pestana & Gageiro, 2014).

Recorreu-se também ao uso de regressões. A regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X), informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente, ou seja, consiste na média de Y, condicional às informações de X ($E[Y|X]$) (Pestana & Gageiro, 2014). No modelo linear de regressão, a correlação mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ - diferença estatística não significativa

O tratamento estatístico foi processado no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0 de 2016 para Windows.

Os resultados são apresentados com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes, omitindo-se nas mesmas os dados relativos ao local, data e fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados e num estudo transversal. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem em que surge no instrumento de colheita de dados.

Apresentadas estas considerações metodológicas e subdivididos os estudos em Estudo 1, referente à perspetiva dos pais e Estudo 2, referente à perspetiva dos professores, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados de cada um dos estudos.

2.1- Estudo 1 – Comportamentos de internalização e externalização dos alunos do 3º ciclo: perspectiva dos pais

As interações entre pais e filhos fortalecem as experiências emocionais e sociais dos próprios filhos. O nível elevado de bem-estar é um agente facilitador e promotor de relações interpessoais e comportamentos ajustados, impulsionadores de bem-estar e de vivências sociais adaptativas (Tavares, 2015). A família é considerada a primeira e constante responsável pela formação global dos seus educandos (Sousa & Pereira, 2014). As práticas educativas parentais estão relacionadas com os problemas de comportamento de externalização de internalização, sendo esses comportamentos mais evidenciados na adolescência (Boing & Crepaldi, 2016).

2.1.1 – Métodos

Neste estudo formulam-se como questões de investigação: Qual a perspectiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Que variáveis sociodemográficas interferem na perspectiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? De que modo as variáveis extra-escolares, passatempos, desporto e tarefas de apoio familiar e domésticas interferem na perspectiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Face às questões de investigação formuladas foram delineados os seguintes objetivos: Analisar a perspectiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na perspectiva dos pais sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis extra-escolares, passatempos, desporto e tarefas de apoio familiar e domésticas que interferem na perspectiva dos pais nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo.

2.1.2 – Participantes

A amostra é não probabilística, intencional, por conveniência, constituída por 148 alunos, de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários do terceiro ciclo, tendo como fonte de informação os pais.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Na Tabela 2 é possível verificar que a idade mínima dos alunos do terceiro ciclo é de 13 anos e a máxima de 15 anos quer para ambos os sexos como para a amostra global. A idade média é comum nos grupos em estudo ($M=13.58$; ± 0.583 anos) divergindo apenas nos desvios padrão. Os coeficientes de variação revelam dispersões fracas e os valores de assimetria e curtose são indicadores de curvas normais.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo

Idade	Min	Max	M	D.P.	CV	SK/erro	K/erro
Masculino	13	15	13.58	0.610	4.49	2.00	-1.12
Feminino	13	15	13.58	0.555	4.09	0.73	-1.61
Total	13	15	13.58	0.583	4.29	2.05	-1.79

Ainda em relação à idade, a tabela 3, dá-nos indicação sobre a sua prevalência. Verifica-se que os alunos do sexo masculino têm na sua maioria 13 anos de idade (48.1%) e os do sexo feminino 14 anos de idade (52.2%). Na amostra global o maior percentual (48.6%) recai nos que possuem 14 anos.

Tabela 3 - Idade em função do sexo

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
13 anos	39	48.1	30	44.8	69	46.6
14 anos	37	45.7	35	52.2	72	48.6
15 anos	5	6.2	2	6.0	7	4.7
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=1.202^a$ (33.3%)
p=0.548

No que respeita ao grau de escolaridade e atendendo à Tabela 4, os encarregados de educação inquiridos responderam que a maior parte dos alunos do sexo masculino frequenta o 8º ano de escolaridade (56.8%), bem como os alunos do sexo feminino (53.7%).

Tabela 4 - Grau de escolaridade em função do sexo

Grau Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
8º ano	46	56.8	36	53.7	82	55.4
9º ano	35	43.2	31	46.3	66	44.6
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=0.139^a$ (0.0%)
Fisher=0.742

p=0.709

Pela análise da Tabela 5, é possível inferir que os encarregados de educação que responderam aos questionários são maioritariamente as mães biológicas (85.4%), seguidas dos pais biológicos (10.8%) e dos avós (1.4%). Os pais biológicos são maioritariamente encarregados de educação das crianças do sexo masculino (13.6%). As mães biológicas assumem assim uma maior percentagem nas crianças do sexo feminino.

Tabela 5 - Relação parental em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mãe Biológica	66	81.4	60	89.6	126	85.2
Avó	2	2.5	-	0.0	2	1.4
Pai Biológico	11	13.6	5	7.5	16	10.8
Outro	2	1.4	2	1.4	4	2.7
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

2.1.3 – Instrumentos

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos o inquérito por questionário aplicado aos pais, denominado *Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL 6-18)*. Este instrumento faz parte de uma bateria de avaliação de competências psicossociais designada Sistema de Avaliação Empiricamente Validado ou *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*.

Questionário de Comportamento da Criança - CBCL 6-18

A CBCL 6-18 é parte de um sistema desenvolvido por Achenbach, composto por 112 itens com questões que dizem respeito a problemas, comportamentos e competências, mais três questões abertas, que permitem conhecer a perceção dos pais em relação à criança num contexto familiar. Os itens abordados neste questionário são relativos a problemas comportamentais, emocionais e sociais, sendo posteriormente pontuados em escalas de síndromes (Achenbach, Rescorla, Ramalho, Lima & Machado, 2014).

A CBCL 6-18 é preenchida pelos pais ou cuidadores da criança, onde consta informação relativa a dados demográficos da criança (nome, idade, sexo, escolaridade e data de nascimento) e do cuidador (nome, sexo e profissão), bem como do tipo de relação deste com a criança (mãe, pai, pais adotivos ou outro).

Escala de Competências da CBCL 6-18

Relativamente às escalas de competências, a CBCL 6-18 identifica três áreas distintas: Atividades, Social e Escola. A Escala de Atividades comporta informação respeitante à participação da criança em desportos, outras atividades recreativas, emprego e tarefas (inclui os grupos I. Desportos, II. Outras atividades e IV. Trabalhos). A Escala Social tem em conta a participação da criança em organizações, número de amigos próximos, bem como o número de contactos semanais com os amigos, o quão bem a criança se relaciona com os outros, se diverte e trabalha sozinha (inclui os grupos III. Organizações, V. Amigos e VI. Comportamento com os outros). Da Escala Escola fazem parte informações relativas ao rendimento académico, frequência de ensino especial, retenções e outros problemas escolares (inclui o grupo VII1. Rendimento Médio, VII2. Ensino Especial, VII3. Repetição de Ano, VII4. Problemas Escolares). O Score Total de Competências é calculado através da soma das Escalas de Atividades, Social e Escola.

Escala de Síndromes da CBCL 6-18

Na última parte do questionário, o cuidador responde aos 112 itens, tendo em conta os últimos seis meses, classificando de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos: 0 se a afirmação não for verdadeira, 1 se a afirmação for de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito ou frequentemente verdadeira. A informação obtida é posteriormente enquadrada nas escalas de síndromes e nas escalas de internalização e externalização.

Podem identificar-se oito Escalas de Síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo (ver Tabela 6). A denominação de cada escala revela o resumo dos principais tipos de problemas que formam a síndrome. Quanto ao funcionamento global, a partir dos scores obtidos nestas escalas, a cotação da criança ou adolescente é compreendida dentro dos limites definidos como clínico, *borderline* e normativo (Achenbach et al., 2014).

A avaliação destes itens permite a caracterização as crianças em idade escolar (entre os 6 e os 18 anos de idade), sendo por esse motivo adequada a sua aplicação em pais de crianças frequentadoras do terceiro ciclo de escolaridade.

Tabela 6 - Descrições das escalas de síndromes e dos itens-problema da CBCL 6-18

Síndromes	Descrição	Itens-Problema CBCL 6-18
Ansiedade/Depressão	Associada a diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão.	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112
Isolamento/Depressão	Relacionada com o isolamento ou mal-estar interpessoal. Surge frequentemente em quadros depressivos ou de ansiedade social.	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111
Queixas Somáticas	A elevação deste fator está associada a uma tendência para a somatização.	47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Problemas Sociais	Síndrome relacionada com problemas sociais e da personalidade.	11, 12, 25, 27, 34, 48, 62, 64, 79
Problemas de Pensamento	Síndrome relacionada com perturbações da forma e do conteúdo do pensamento.	9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100
Problemas de Atenção	Associada ao diagnóstico categorial de Perturbação de Hiperatividade e Déficit da Atenção.	1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80
Comportamento Delinvente	Associado a comportamentos antissociais, agressivos ou desafiadores. Surge relacionado entre outras perturbações, à Perturbação do Comportamento.	2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106
Comportamento Agressivo	Representa comportamentos de desafio aberto. Surge associada, entre outras perturbações, à Perturbação de oposição.	3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104

Escalas de Internalização e Externalização

Para além das escalas de síndromes da CBCL 6-18, as pontuações obtidas podem ser agrupadas em duas escalas: Internalização e Externalização. A Internalização diz respeito a problemas relacionados com a criança e sintomas de natureza subjetiva, como é o caso do isolamento social, ansiedade e/ou medos. Neste estudo, a Internalização diz respeito à perceção que os pais têm em relação às crianças. Deste modo, a escala de Internalização engloba as três síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas. A Externalização engloba principalmente conflitos que se expressam em relação às outras pessoas e expectativas em relação à criança. Neste estudo, a Externalização reporta para a perceção que os pais têm das relações das crianças com as outras pessoas, abarcando assim as duas síndromes: Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo (ver Tabela 7).

Tabela 7 - Síndromes das escalas de Internalização e Externalização

Escala	Síndrome
Internalização	Ansiedade/Depressão
	Isolamento/Depressão
	Queixas Somáticas
Externalização	Comportamento Delinvente
	Comportamento Agressivo

Sistema de classificação de atividades desportivas

Devido há grande variabilidade e dispersão de respostas, e com base na relação de cooperação, foram agrupadas as atividades desportivas em dois grupos: desportos individuais, quando o aluno participa sozinho na totalidade da ação desportiva (duração da prova ou jogo), sem a participação colaborativa de um colega, e desportos coletivos, ou seja, quando as modalidades exigem, pela sua estrutura e dinâmica, a coordenação de dois ou mais alunos no desenvolvimento da ação desportiva (Gonzalez, 2004).

2.1.4. – Análise e discussão dos dados

De acordo com os resultados apresentado na Tabela 8, podemos afirmar que a maior parte dos rapazes pratica desporto (96.3%), o que é também comum à maioria das raparigas (71.6%). Não praticam desporto 3.7% dos rapazes e 28.4% das raparigas, correspondendo a 14.9% da totalidade da amostra. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Marques, Bouw, Almeida, Martins e Costa (2016) e do estudo de Sousa (2016), nos quais se conclui que os rapazes adolescentes apresentam maior índice de atividade física do que as raparigas.

Tabela 8 - Prática de desporto em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	78	96.3	48	71.6	126	85.1
Não	3	3.7	19	28.4	22	14.9
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=17.612^a$ (0.0%)

Fisher=0.000

p=0.000

Em relação à atividade desportiva praticada, e tendo em conta o sistema de classificação de atividades desportivas adotado, pode-se constatar pela análise dos resultados da Tabela 9 que os desportos individuais são os mais praticados pelos alunos do terceiro ciclo (54.8%).

Tabela 9 - Atividades desportivas

	Nº	%
Individual (Atletismo, Badminton, Caminhar, Ciclismo, Dança, equitação, ginástica, artes marciais, natação, patinagem no gelo, pesca, skate)	69	54.8
Coletivo (Basquetebol, futebol/futsal, jogar raquetes, voleibol)	57	45.2
Total	126	100.0

Relativamente à questão “Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada desporto?”, grande parte dos encarregados de educação respondeu que passaria em média o mesmo tempo (59.5%), 20.6% consideram que passa mais tempo, 12.7% não soube responder e 7.1% considera que passa menos tempo, comparativamente às outras crianças. Os dados obtidos sugerem a mesma tendência da amostra total em rapazes e raparigas (ver Tabela 10).

Tabela 10 - Tempo da prática de desporto

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	9	11.5	7	14.6	16	12.7
Menos	5	6.4	4	8.3	9	7.1
Médio	44	56.4	31	64.6	75	59.5
Mais	20	25.6	6	12.5	26	20.6
Total	78	100.0	48	100.0	126	100.0

$\chi^2=3.191^a$ (12.5%)
p=0.363

Os dados da Tabela 11 sugerem que os encarregados de educação consideram que a criança tem em média a mesma competência para praticar desporto (59.5%) comparativamente com outras crianças da mesma idade.

Tabela 11 - Competência no desporto

Competência no desporto	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	8	10.3	6	12.5	14	11.1
Menos	3	3.8	2	4.2	5	4.0
Médio	48	61.5	27	56.3	75	59.5
Mais	19	24.2	13	27.1	32	25.4
Total	78	100.0	48	100.0	126	100.0

$\chi^2=0.369^a$ (25.0%)
p=0.947

Uma grande parte dos alunos do terceiro ciclo pratica outras atividades e passatempos (82.4%), sendo as raparigas o grupo que mais atividades tem (83.6%) em comparação com os rapazes (81.5%). Estes resultados vão de encontro ao referido por Sousa (2016), ao referir que as raparigas praticam mais atividades e passatempos comparativamente aos rapazes. (ver Tabela 12)

Tabela 12 - Atividades e passatempos em função do sexo

Atividades e passatempos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	66	81.5	56	83.6	122	82.4
Não	15	18.5	11	16.4	26	17.6
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=0.112^a$ (0.0%)
Fisher=0.830
p=0.738

A atividade ou passatempo mais praticado pelos alunos é ler (29.5%), seguida de atividades musicais (24.6%) e passatempos envolvendo o recurso a computador, telemóvel, videojogos e internet (22.1%), como mostra a Tabela 13.

Tabela 13 - Atividades e passatempos

Atividades e passatempos	Nº	%
Atividades desportivas (bicicleta, futebol)	5	4.1
Cinema e televisão	4	3.3
Computador, telemóvel e videojogos (internet)	27	22.1
Cozinhar	1	0.8
Escrever	1	0.8
Escutismo	4	3.3
Fotografia	1	0.8
Jogos, bonecas, legos e cromos	8	6.6
Ler	36	29.5
Música (instrumentos musicais, cantar, rádio)	30	24.6
Trabalhos Manuais e desenho	5	4.1
Total	122	100.0

Os resultados da Tabela 14 indicam que 59.8% dos encarregados de educação dedica à atividade ou passatempo em média o mesmo tempo que outras crianças da mesma idade. E ainda 54.9% consideram que as crianças possuem em média a mesma competência para exercer a atividade que as outras crianças da mesma idade.

Tabela 14 - Tempo que dedica à atividade ou passatempo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	5	7.6	6	10.7	11	9.0
Menos	8	12.1	4	7.1	12	9.8
Médio	42	63.6	31	55.4	73	59.8
Mais	11	16.7	15	26.8	26	21.3
Total	66	100.0	56	100.0	122	100.0

$\chi^2=2.897^a$ (0.0%)
p=0.408

Pela análise da tabela 15, os encarregados de educação consideram que o educando tem em média as mesmas competências para exercer a atividade ou passatempo comparativamente com outras crianças da mesma idade (54.9%).

Tabela 15 - Competências na atividade ou passatempo

Competências na atividade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	8	12.1	6	10.7	14	11.5
Menos	7	10.6	3	5.4	10	8.2
Médio	36	54.5	31	55.4	67	54.9
Mais	15	22.7	16	28.6	31	25.4
Total	66	100.0	56	100.0	122	100.0

$\chi^2=1.481^a$ (12.5%)
p=0.687

Quanto à pertença das crianças a organizações, clubes, equipas ou grupos, 63.5% da totalidade da amostra não pertence a qualquer organização, sendo na sua maioria do sexo feminino (76.1%) (ver Tabela 16).

Tabela 16 - Pertença a organizações, clubes, equipas ou grupos em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	38	46.9	16	23.9	54	36.5
Não	43	53.1	51	76.1	94	63.5
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=8.395^a$ (0.0%)
Fisher=0.004
p=0.006

Da totalidade dos educandos que pertencem a alguma organização, clube, equipa ou grupo extracurricular, 70.4% pertence a associações de solidariedade social, recreativas e desportivas, seguidas de organizações de cariz musical e escuteiros (11.1%) (ver Tabela 17).

Tabela 17 - Organizações, clubes, equipas ou grupos

Organizações, clubes, equipas ou grupos	Nº	%
Associações de Solidariedade Social, recreativas e Desportivas (ASSRD, clubes desportivos)	38	70.4
Música (coro, grupo filarmónico, clube de música)	6	11.1
Bombeiros	1	1.9
Religião (Paróquia, catequese)	2	3.7
Escuteiros	6	11.1
Internet (ViseuNet)	1	1.9
Total	54	100.0

Pela análise da Tabela 18, é possível verificar que 88.5% do total da amostra desempenha tarefas de apoio familiar e domésticas, sendo constituída na sua maioria por elementos do sexo feminino (89.6%).

Tabela 18 – Tarefas de apoio familiar e domésticas em função do sexo

Tarefa	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	71	87.7	60	89.6	131	88.5
Não	10	12.3	7	10.4	17	11.5
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=0.130^a$ (0.0%)
Fisher=0.799
p=0.719

As atividades inerentes à arrumação do quarto são as mais desempenhadas pelos alunos (61.8%), seguida das atividades no auxílio da limpeza e arrumação da casa (17.6%) como mostra a Tabela 19.

Tabela 19 – Tarefas de apoio familiar e domésticas

Tarefas de apoio familiar e domésticas	Nº	%
Ajudar na limpeza e arrumação da casa (arrumar a casa, varrer, limpar o pó)	23	17.6
Ajudar na cozinha (cozinhar, lavar/arrumar a loiça, pôr/levantar a mesa)	12	9.2
Arrumar o quarto (arrumar a roupa, fazer a cama)	81	61.8
Cuidar de animais domésticos	1	0.8
Explicações	1	0.8
Tarefas no exterior (despejar o lixo, regar a horta)	2	1.5
Tomar conta de outras crianças (bebés, irmãos)	11	8.4
Total	131	100.0

Pela análise da tabela 20, os encarregados de educação consideram que o educando tem em média as mesmas competências para exercer as tarefas de apoio familiar e domésticas, comparativamente com outras crianças da mesma idade (63.4%).

Tabela 20- Competências nas tarefas de apoio familiar e domésticas

Competências na tarefa	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	6	8.5	5	8.3	11	8.4
Menos	5	7.0	-	0.0	5	3.8
Médio	43	60.6	40	66.7	83	63.4
Mais	17	23.9	15	25.0	32	24.4
Total	71	100.0	60	100.0	131	100.0

$\chi^2=4.432^a$ (25.0%)
p=0.218

Dos encarregados de educação inquiridos, 46.6% relata que o filho tem 4 ou mais amigos, seguidos de 43.2% que relatam 2 ou 3. No entanto, 3.4% da totalidade da amostra responde que o filho não tem nenhum amigo, com maior predominância no sexo masculino (3.7%) (ver Tabela 21).

Tabela 21 - Número de amigos em função do sexo

Número de amigos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	3	3.7	2	3.0	5	3.4
1	4	4.9	6	9.0	10	6.8
2 ou 3	34	42.0	30	44.8	64	43.2
4 ou mais	40	49.4	29	43.3	69	46.6
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=1.291^a$ (37.5%)
p=0.731

À questão “o seu filho(a) tem atividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana?”, a maioria dos encarregados de educação respondeu 1 a 2 vezes (52.7%) (ver Tabela 22).

Tabela 22- Número de vezes por semana com os amigos

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos que 1 vez	17	21.0	20	29.9	37	25.0
1 ou 2 vezes	41	50.6	37	55.2	78	52.7
3 ou mais vezes	23	28.4	10	14.9	33	22.3
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

$\chi^2=4.284^a$ (0.0%)
p=0.117

No que diz respeito ao relacionamento com os outros e em comparação com outras crianças, a maioria dos encarregados de educação considera que o seu filho/a tem um relacionamento em média semelhante ao das outras crianças com os irmãos (N= 59; 39.9%) e melhor com outras crianças (N=89; 60.1%) e com os pais (N=80; 54.1%). Os encarregados de educação inquiridos consideraram também que o seu filho se diverte sozinho em média de modo semelhante ao das outras crianças (N=83; 56.1%) (ver Tabela 23).

Tabela 23 - Relacionamento com as pessoas

	Masculino		Feminino		Total		χ^2	P
	N (81)	%(54.7)	N (67)	%(45.3)	N (148)	%(100)		
Irmãos								
Pior	1	1.2	3	4.5	4	2.7	3.436 (25.0%)	0.329
Médio	29	35.8	30	44.8	59	39.9		
Melhor	36	44.4	22	32.8	58	39.2		
Não tem irmãos	15	18.5	12	17.9	27	18.2		
Outras crianças								
Pior	-	0.0	3	4.5	3	2.0	3.762 (33.3%)	0.152
Médio	32	39.5	24	35.8	56	37.8		
Melhor	49	60.5	40	59.7	89	60.1		
Pais								
Pior	-	0.0	1	1.5	1	0.7	1.625 (33.3%)	0.444
Médio	35	43.2	32	47.8	67	45.3		
Melhor	46	56.8	34	50.7	80	54.1		
Divertir-se sozinho								
Pior	3	3.7	2	3.0	5	3.4	3.860 (33.3%)	0.145
Médio	51	63.0	32	47.8	83	56.1		
Melhor	27	33.3	33	49.3	60	40.5		

No que concerne aos resultados das disciplinas escolares, a maioria dos encarregados de educação considera que o seu educando tem resultados em média semelhante aos das outras crianças em todas as disciplinas escolares (ver Tabela 24).

Tabela 24 - Resultados das disciplinas escolares

Disciplinas escolares	Masculino		Feminino		Total		X ²	P
	N (81)	%(54.7)	N (67)	%(45.3)	N (148)	%(100)		
Português								
Maus resultados	5	6.2	2	3.0	7	4.7	2.650 (25.0%)	0.449
Abaixo da média	11	13.6	5	7.5	16	10.8		
Médio	50	61.7	44	65.7	94	63.5		
Acima da média	15	18.5	16	23.9	31	20.9		
Francês / Inglês								
Maus resultados	2	2.5	2	3.0	4	2.7	0.153 (50.0%)	0.985
Abaixo da média	2	2.5	2	3.0	4	2.7		
Médio	47	58.0	37	55.2	84	56.8		
Acima da média	30	37.0	26	38.8	56	37.8		
Matemática								
Maus resultados	8	9.9	9	13.4	17	11.5	5.319 (0.0%)	0.150
Abaixo da média	17	21.0	10	14.9	27	18.2		
Médio	34	42.0	38	56.7	72	48.6		
Acima da média	22	27.2	10	14.9	32	21.6		
História								
Maus resultados	3	3.7	4	6.0	7	4.7	0.445 (25.0%)	0.931
Abaixo da média	8	9.9	6	9.0	14	9.5		
Médio	52	64.2	42	62.7	94	63.5		
Acima da média	18	22.2	15	22.4	33	22.3		

Analisando a Tabela 25, é possível aferir que a maior parte dos educandos não frequenta o ensino especial (94.6%), não repetiu nenhum ano de escolaridade (87.8%) e os encarregados de educação não consideram que tenha algum problema escolar (85.8%). Os alunos que frequentam o ensino especial são maioritariamente do sexo feminino (6%), quanto aos que já repetiram algum ano escolar (13.6%) e aos que têm problemas escolares (16%) são na sua maioria do sexo masculino. Não existem diferenças estatisticamente significativas ao longo da tabela.

Tabela 25 - Escala de competências: Escola

	Masculino		Feminino		Total		X ² Fisher	p
	N (81)	%(54.7)	N (67)	%(45.3)	N (148)	%(100)		
Ensino Especial								
Não	77	95.1	63	94.0	140	94.6	0.076 (50.0%) Fisher=1.000	0.782
Sim	4	4.9	4	6.0	8	5.4		
Repetiu ano								
Não	70	86.4	60	89.6	130	87.8	0.337 (0.0%) Fisher=0.621	0.562
Sim	11	13.6	7	10.4	18	12.2		
Problemas escolares								
Não	68	84.0	59	88.1	127	85.8	0.508 (0.0%) Fisher=0.637	0.476
Sim	13	16.0	8	11.9	21	14.2		

Pela análise da tabela 26, é possível aferir que a maioria dos encarregados de educação não reporta problemas de saúde ou deficiências físicas e/ou mentais dos seus educandos (91.2%).

Tabela 26 - Problemas de saúde ou deficiências físicas e/ou mentais

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	74	91.4	61	91.0	135	91.2
Sim	7	8.6	6	9.0	13	8.8
Total	81	100.0	67	100.0	148	100.0

x²=0.004^a (0.0%)
Fisher=1.000
p=0.947

Os resultados obtidos em relação às síndromes indicam mínimos de 0 e máximos a oscilar entre 13 e 94, tendo-se registado o valor médio mais elevado para a ansiedade/depressão (M=4.70;±4.28), seguindo-se o comportamento agressivo (M=4.21;±4.78). O valor mais baixo refere-se ao comportamento delinvente (M=2.33;±3.89). Os resultados obtidos relativamente à internalização e externalização apontam para mínimos de 0 e máximos a oscilar entre 44 para a internalização e 50 para a externalização, tendo-se obtido o valor médio mais elevado para a internalização (M=10.26; ±8.66) (ver Tabela 27).

Tabela 27 - Estatísticas relativas às síndromes CBCL 6-18

	Min	Max	M	D.P.	CV	SK/erro	K/erro
Ansiedade/Depressão	0	20	4.70	4.28	91.06	6.59	4.00
Isolamento/Depressão	0	13	2.93	2.51	85.66	6.97	5.77
Queixas somáticas	0	22	2.62	3.36	128.24	12.02	21.74
Problemas sociais	0	15	2.38	2.96	124.37	10.42	11.67
Problemas pensamento	0	23	2.49	3.78	151.81	14.92	26.33
Problemas atenção	0	15	4.18	3.91	93.54	4.87	0.58
Comportamento delinquente	0	25	2.33	3.89	166.95	18.54	41.04
Comportamento agressivo	0	28	4.21	4.78	113.54	8.94	11.20
Internalização	0	44	10.26	8.66	84.41	7.17	5.87
Externalização	0	50	6.55	8.00	122.14	12.49	21.31
Fator Global CBCL 6-18	0	94	16.81	15.33	91.20	10.26	14.42

Os perfis de competências mostram as áreas nas quais os resultados obtidos estão distribuídos pelos níveis normativo, *borderline* ou clínico. Pela análise da Tabela 28, é possível constatar que ambos os sexos se encontram situados no nível normativo em todos os parâmetros da escala. A síndrome com maior representatividade é o comportamento delinquente (93.9%), com predominância no nível normativo e no sexo masculino (95.1%). A ansiedade/depressão no sexo feminino é o que apresenta maior percentagem no nível clínico (10.4%). A par desta síndrome encontramos o valor do nível *borderline* mais elevado nas queixas somáticas (13.5%), predominantemente nas crianças do sexo feminino (16.4%). A externalização assume um valor médio mais elevado que a internalização, com predominância do nível normativo em ambos os sexos (85.8%), mas mais elevado no sexo masculino (87.7%). O sexo feminino assume valores mais elevados nos níveis clínico (9.0%) e *borderline* (7.5%). Não existem diferenças estatisticamente significativas ao longo da tabela, em nenhuma das síndromes.

Estes dados confirmam a tendência de os rapazes serem mais propensos a desenvolver problemas de externalização e as raparigas serem mais afetadas pelos problemas de internalização (Crocetti, Klimstra, Hale, Koot & Meeus, 2013).

Tabela 28 - Estatísticas relativas aos níveis normativo, *borderline* ou clínico das síndromes em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		X ²	P
	N (81)	% (100)	N (67)	% (100)	N (148)	% (100)		
Ansiedade/Depressão								
Normativo	62	76.5	51	34.5	113	76.4	0.013 (0.0%)	0.993
Borderline	11	13.6	9	13.4	20	13.5		
Clínico	8	9.9	7	10.4	15	10.1		
Isolamento								
Normativo	72	88.9	56	83.6	128	86.5	1.354 (33.3%)	0.508
Borderline	7	8.6	7	10.4	14	9.5		
Clínico	2	2.5	4	2.7	6	4.1		
Queixas somáticas								
Normativo	67	82.7	49	73.1	116	78.4	2.020 (0.0%)	0.364
Borderline	9	11.1	11	16.4	20	13.5		
Clínico	5	6.2	7	10.4	12	8.1		
Problemas sociais								
Normativo	73	90.1	56	83.6	129	87.2	1.405 (33.3%)	0.495
Borderline	5	6.2	7	10.4	12	8.1		
Clínico	3	3.7	4	6.0	7	4.7		
Problemas pensamento								
Normativo	69	85.2	55	82.1	124	83.8	0.438 (33.3%)	0.803
Borderline	8	9.9	7	10.4	15	10.1		
Clínico	4	4.9	5	7.5	9	6.1		
Problemas atenção								
Normativo	74	91.4	56	83.6	130	87.8	3.197 (50.0%)	0.202
Borderline	5	6.2	5	7.5	10	6.8		
Clínico	2	2.5	6	9.0	8	5.4		
Comportamento delincente								
Normativo	77	95.1	62	92.5	139	93.9	0.499 (66.7%)	0.779
Borderline	2	2.5	3	4.5	5	3.4		
Clínico	2	2.5	2	1.4	4	2.7		
Comportamento agressivo								
Normativo	77	95.1	59	88.1	136	91.9	2.413 (66.7%)	0.299
Borderline	3	3.7	6	9.0	9	6.1		
Clínico	1	1.2	2	3.0	3	2.0		
Internalização								
Normativo	53	65.4	40	59.7	93	62.8	0.525 (0.0%)	0.769
Borderline	9	11.1	9	13.4	18	12.2		
Clínico	19	23.5	18	26.9	37	25.0		
Externalização								
Normativo	71	87.7	56	83.6	127	85.8	0.543 (33.3%)	0.762
Borderline	5	6.2	5	7.5	10	6.8		
Clínico	5	6.2	6	9.0	11	7.4		
Fator global CBCL 6-18								
Normativo	76	93.8	58	86.6	134	90.5	2.281 (66.7%)	0.320
Borderline	2	2.5	4	6.0	6	4.1		
Clínico	3	3.7	5	7.5	8	5.4		

Pela análise da Tabela 29, é possível aferir que o comportamento delincente é a síndrome com maior representatividade (93.9%), com predominância do nível normativo e nas crianças que frequentam o 9º ano de escolaridade (95.5%). Nas crianças que frequentam o 8º ano esta síndrome apresenta valores mais elevado nos níveis *borderline* e clínico (3.7%). As queixas somáticas são a síndrome com maior representatividade no nível *borderline* (13.5%), mais frequente nas crianças do 8º ano (14.6%). A ansiedade é a

síndrome com maior representatividade no nível clínico (10.1%), predominante nas crianças do 8º ano de escolaridade (15.9%) e com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8.242$; $p=0.016$). A externalização predomina sobre a internalização no nível normativo (85.8%) e nas crianças que frequentam o 9º ano de escolaridade (92.4%). A internalização apresenta valores mais elevados nos níveis *borderline* (12.2%), com predominância nas crianças que frequentam o 9º ano de escolaridade (13.6%) e clínico (25%), com predominância das crianças do 8º ano de escolaridade (32.9%), com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6.164$; $p=0.046$).

Tabela 29 - Estatísticas relativas aos níveis normativo, *borderline* ou clínico das síndromes em função do ano de escolaridade

	8º Ano		9º Ano		Total		X ²	P
	N (82)	% (100)	N (66)	% (100)	N (148)	% (100)		
Ansiedade/Depressão								
Normativo	56	68.3	57	86.4	113	76.4	8.242 (0.0%)	0.016
Borderline	13	15.9	7	10.6	20	13.5		
Clínico	13	15.9	2	3.0	15	10.1		
Isolamento								
Normativo	67	81.7	61	92.4	128	86.5	3.834 (33.3%)	0.147
Borderline	10	12.2	4	6.1	14	9.5		
Clínico	5	6.1	1	1.5	6	4.1		
Queixas somáticas								
Normativo	60	73.2	56	84.8	116	78.4	4.595 (0.0%)	0.100
Borderline	12	14.6	8	12.1	20	13.5		
Clínico	10	12.2	2	3.0	12	8.1		
Problemas sociais								
Normativo	67	81.7	62	93.9	129	87.2	6.878 (33.3%)	0.032
Borderline	8	9.8	4	6.1	12	8.1		
Clínico	7	8.5	-	0.0	7	4.7		
Problemas pensamento								
Normativo	66	80.5	58	87.9	124	83.8	1.470 (33.3%)	0.479
Borderline	10	12.2	5	7.6	15	10.1		
Clínico	6	7.3	3	4.5	9	6.1		
Problemas atenção								
Normativo	70	85.4	60	90.9	130	87.8	1.457 (50.0%)	0.483
Borderline	6	7.3	4	6.1	10	6.8		
Clínico	6	7.3	2	3.0	8	5.4		
Comportamento delinquente								
Normativo	76	92.7	63	95.5	139	93.9	0.694 (66.7%)	0.707
Borderline	3	3.7	2	3.0	5	3.4		
Clínico	3	3.7	1	1.5	4	2.7		
Comportamento agressivo								
Normativo	73	89.0	63	95.5	136	91.9	3.041 (66.7%)	0.219
Borderline	6	7.3	3	4.5	9	6.1		
Clínico	3	3.7	-	0.0	3	2.0		
Internalização								
Normativo	46	56.1	47	71.2	93	62.8	6.164 (0.0%)	0.046
Borderline	9	11.0	9	13.6	18	12.2		
Clínico	27	32.9	10	15.2	37	25.0		
Externalização								
Normativo	66	80.5	61	92.4	127	85.8	4.391 (33.3%)	0.111
Borderline	8	9.8	2	3.0	10	6.8		
Clínico	8	9.8	3	4.5	11	7.4		
Fator global CBCL 6-18								
Normativo	72	87.8	62	93.9	134	90.5	3.558 (66.7%)	0.169
Borderline	3	3.7	3	4.5	6	4.1		
Clínico	7	8.5	1	1.5	8	5.4		

Pela análise da Tabela 30, é possível conferir que o comportamento delinquente é a síndrome mais dominante no nível normativo (93.9%), com predominância nas crianças com 13 anos de idade (94.2%). As queixas somáticas são a síndrome que apresenta maiores valores no nível *borderline* (13.5%), maioritariamente nas crianças com idade igual ou superior a 14 anos (13.9%). A ansiedade é a síndrome com maior representatividade no nível clínico (10.1%), com predominância nas crianças com 13 anos (13.0%). A internalização regista o maior valor no nível clínico (25%), mais dominante nas crianças com 13 anos de idade (27.5%) e no nível *borderline* (12.2%), predominante também nas crianças com 13 anos (13.0%). A externalização predomina sobre a internalização no nível normativo (85.8%) e maioritariamente nos alunos com 14 ou mais anos de idade. Numa análise global, é possível constatar que em ambas as faixas etárias as crianças se encontram situadas maioritariamente no nível normativo nas síndromes da escala, não existindo diferenças estatisticamente significativas em todos os parâmetros.

Tabela 30 - Estatísticas relativas aos níveis normativo, *borderline* ou clínico das síndromes em função da idade

	13 Anos		≥ 14 Anos		Total		χ ²	p
	N (69)	% (100)	N (79)	% (100)	N (148)	% (100)		
Ansiedade/Depressão								
Normativo	50	72.5	63	79.7	113	76.4		
Borderline	10	14.5	10	12.7	20	13.5	1.426	0.490
Clínico	9	13.0	6	7.6	15	10.1	(0.0%)	
Isolamento								
Normativo	59	85.8	69	87.3	128	86.5		
Borderline	7	10.1	7	8.9	14	9.5	0.106	0.948
Clínico	3	4.3	3	3.8	6	4.1	(33.3%)	
Queixas somáticas								
Normativo	53	76.8	63	79.7	116	78.4		
Borderline	9	13.0	11	13.9	20	13.5	0.723	0.697
Clínico	7	10.1	5	6.3	12	8.1	(0.0%)	
Problemas sociais								
Normativo	60	87.0	69	87.3	129	87.2		
Borderline	5	7.2	7	8.9	12	8.1	0.430	0.806
Clínico	4	5.8	3	3.8	7	4.7	(33.3%)	
Problemas pensamento								
Normativo	58	84.1	66	83.5	124	83.8		
Borderline	8	11.6	7	8.9	15	10.1	0.911	0.634
Clínico	3	4.3	6	7.6	9	6.1	(33.3%)	
Problemas atenção								
Normativo	59	85.5	71	89.9	130	87.8		
Borderline	6	8.7	4	5.1	10	6.8	0.836	0.658
Clínico	4	5.8	4	5.1	8	5.4	(50.0%)	
Comportamento delinquente								
Normativo	65	94.2	74	93.7	139	93.9		
Borderline	2	2.9	3	3.8	5	3.4	0.108	0.948
Clínico	2	2.9	2	2.5	4	2.7	(66.7%)	
Comportamento agressivo								
Normativo	62	89.9	74	93.7	136	91.9		
Borderline	4	5.8	5	6.3	9	6.1	3.510	0.173
Clínico	3	4.3	0	0.0	3	2.0	(66.7%)	
Internalização								
Normativo	41	59.4	52	65.8	93	62.8		
Borderline	9	13.0	9	11.4	18	12.2	0.655	0.721
Clínico	19	27.5	18	22.8	37	25.0	(0.0%)	
Externalização								
Normativo	57	82.6	70	88.6	127	85.8		
Borderline	6	8.7	4	5.1	10	6.8	1.151	0.562
Clínico	6	8.7	5	6.3	11	7.4	(16.7%)	
Fator global CBCL 6-18								
Normativo	63	91.3	71	89.9	134	90.5		
Borderline	1	1.4	5	6.3	6	4.1	2.982	0.225
Clínico	5	7.2	3	3.8	8	5.4	(66.7%)	

Efetuada a análise descritiva, procede-se à análise inferencial, procurando desta forma dar resposta às questões de investigação.

Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e sexo

Analisada a relação entre síndromes e sexo verificamos que o sexo feminino apresenta índices mais elevados no que concerne às síndromes ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento e comportamento agressivo. Os problemas de atenção e o comportamento delinquente assume valores mais elevados no sexo masculino. É possível aferir que os comportamentos de internalização e externalização predominam no sexo feminino, com maior representatividade da internalização ($M=11.76; \pm 9.44$). Assumindo igualdade de variância, o valor de t não é estatisticamente significativo em nenhum dos parâmetros da tabela inferindo-se que o sexo não se relaciona com as síndromes em estudo (ver Tabela 31).

Estes resultados contrariam o estudo de Crocetti, Klimstra, Hale, Koot e Meeus (2013) que refere que os rapazes são mais propensos a desenvolver problemas de externalização e as raparigas serem mais afetadas pelos problemas de internalização.

Tabela 31 - Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e sexo

	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ansiedade/Depressão	4.20	4.21	5.29	4.32	0.747	-1.546	0.124
Isolamento/Depressão	2.81	2.36	3.08	2.69	0.210	-0.652	0.516
Queixas somáticas	2.00	2.61	3.37	3.99	0.25	-2.418	0.017
Problemas sociais	2.20	2.79	2.59	3.16	0.465	-0.781	0.436
Problemas de pensamento	2.20	3.75	2.83	3.83	0.605	-1.000	0.319
Problemas de atenção	4.51	3.79	3.79	4.04	0.663	1.126	0.262
Comportamento delinquente	2.37	4.03	2.29	3.74	0.844	0.111	0.911
Comportamento agressivo	3.71	4.25	4.82	5.31	0.357	-1.375	0.172
Internalização	9.02	7.81	11.76	9.44	0.273	-1.895	0.060
Externalização	6.08	7.65	7.11	8.43	0.806	-0.781	0.436
Fator Global	15.11	14.18	18.88	16.48	0.543	-1.495	0.137

Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e idade

Analisada a relação entre síndromes e idade é possível verificar que as crianças com 13 anos de idade apresentam índices mais elevados em todas as síndromes, do que as crianças com 14 ou mais anos de idade. A síndrome ansiedade/depressão é a que apresenta médias mais elevadas, nas duas faixas etárias. Deste modo, é possível aferir que os comportamentos de internalização ($M=10.81; \pm 8.83$) e externalização ($M=7.18; \pm 9.32$) predominam nas crianças com 13 anos de idade. O valor de t não é estatisticamente significativo em nenhum dos parâmetros da tabela não havendo relação entre a idade e as síndromes (ver Tabela 32).

Estes resultados contrariam os obtidos por Salavessa (2015) ao relatar que os problemas de externalização aumentam com a idade dos adolescentes.

Tabela 32 - Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e idade

	13 Anos		≥ 14 Anos		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ansiedade/depressão	4.79	4.35	4.62	4.24	0.450	0.249	0.804
Isolamento/Depressão	3.05	2.60	2.83	2.44	0.815	0.535	0.593
Queixas somáticas	2.95	3.59	2.32	3.14	0.604	1.131	0.260
Problemas sociais	2.52	3.22	2.26	2.72	0.442	0.517	0.606
Problemas de pensamento	2.66	4.05	2.34	3.56	0.765	0.519	0.605
Problemas de atenção	4.52	3.92	3.89	3.90	0.899	0.966	0.336
Comportamento delinquente	2.44	4.22	2.24	3.60	0.495	0.321	0.749
Comportamento agressivo	4.73	5.65	3.75	3.84	0.104	1.215	0.227
Internalização	10.81	8.83	9.78	8.54	0.765	0.718	0.474
Externalização	7.18	9.32	6.00	6.65	0.176	0.881	0.380
Fator Global	18.00	17.02	15.78	13.71	0.400	0.864	0.389

Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e ano de escolaridade

Analisada a relação entre síndromes e o ano de escolaridade é possível averiguar que as crianças frequentadoras do 8ºano apresentam índices mais elevados em todas as síndromes, quando comparadas com as que frequentam o 9ºano. A síndrome ansiedade/depressão é a que apresenta médias mais elevadas, em ambos os anos de escolaridade. Deste modo, pode-se conferir que os comportamentos de internalização e externalização predominam nas crianças que frequentam o 8ºano. O valor de t é estatisticamente significativo para ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo e na internalização e externalização, havendo assim relação entre o ano de escolaridade e as síndromes (ver Tabela 33).

Estes resultados corroboram o estudo de Salavessa (2015) que refere que o ano de escolaridade apresenta correlações significativas positivas com a externalização.

Tabela 33 - Teste t de student para amostras independentes entre síndromes e ano de escolaridade

	8º Ano		9º Ano		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Ansiedade/depressão	5.34	4.99	3.90	3.05	0.000	2.147	0.034
Isolamento/Depressão	3.39	2.81	2.37	1.95	0.019	2.569	0.011
Queixas somáticas	3.17	3.91	1.93	2.38	0.005	2.355	0.020
Problemas sociais	3.01	3.51	1.60	1.81	0.000	3.138	0.002
Problemas de pensamento	2.98	4.24	1.87	3.05	0.090	1.846	0.067
Problemas de atenção	4.90	3.99	3.30	3.64	0.283	2.540	0.012
Comportamento delinquente	2.73	4.29	1.84	3.30	0.111	1.415	0.159
Comportamento agressivo	5.02	5.45	3.21	3.57	0.018	2.430	0.016
Internalização	11.90	10.05	8.22	6.03	0.000	2.751	0.007
Externalização	7.75	9.14	5.06	6.05	0.022	2.148	0.033
Fator Global	19.65	17.72	13.28	10.83	0.004	2.690	0.008

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a prática de desporto

Procurou-se saber em que medida a prática de desporto influenciava as síndromes. Realizado o teste de UMW, verificou-se que as ordenações médias eram menores naqueles que praticavam desporto. Pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, comportamento agressivo e nos parâmetros de internalização e externalização (ver Tabela 34).

Estes dados são corroborados pelo estudo de Silva, Rosado, da Silva e Serpa (2013), ao concluírem que a inteligência emocional e satisfação com a vida percebidas pelos adolescentes estão intimamente correlacionadas com a prática desportiva, sendo significativamente superiores nos praticantes de desporto comparativamente com os não praticantes.

Tabela 34 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a prática de desporto

	Ordenação Média		Z	P
	Pratica	Não pratica		
Ansiedade/depressão	71.65	90.84	-1.948	0.051
Isolamento/Depressão	71.87	89.55	-1.812	0.070
Queixas somáticas	70.62	96.73	-2.698	0.007
Problemas sociais	71.56	91.32	-2.037	0.042
Problemas de pensamento	71.63	90.95	-2.002	0.045
Problemas de atenção	72.60	85.41	-1.303	0.193
Comportamento delinquente	72.24	87.43	-1.577	0.115
Comportamento agressivo	70.48	97.55	-2.764	0.006
Internalização	71.26	93.07	-2.206	0.027
Externalização	70.80	95.70	-2.526	0.012
Fator Global	70.89	95.16	-2.451	0.014

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e os passatempos

Procurou-se entender em que medida os passatempos influenciavam as síndromes. Realizado o teste de UMW, verificou-se que os passatempos desempenham uma influência positiva no que respeita às síndromes ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas sociais e problemas de pensamento, exercendo deste modo uma influência positiva na internalização. Pela análise da Tabela 35, é também possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas queixas somáticas.

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Giacomoni, de Souza e Hutz (2014), ao estudarem a visão das crianças sobre a felicidade, concluindo que as crianças associam a felicidade a sentimentos e estados positivos (tais como rir e estar alegre) e ao lazer, envolvendo atividades físicas divertidas e brincar.

Ainda sobre esta temática, Sousa, Ribeiro, Domiciano, Teles, Santos e Macena (2013) concluem no estudo sobre o desenvolvimento de uma revista passatempo como estratégia de promoção de saúde para adolescentes que a adoção de material educativo, com recurso a linguagem compatível com a realidade do adolescente e que atraem a sua atenção representam uma estratégia eficaz na promoção da saúde dos adolescentes.

Tabela 35 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e os passatempos

	Ordenação Média		Z	P
	Sim	Não		
Ansiedade/depressão	76.72	64.08	-1.373	0.170
Isolamento/Depressão	74.17	96.04	-0.205	0.838
Queixas somáticas	78.38	56.29	-2.442	0.015
Problemas sociais	74.75	73.35	-0.154	0.877
Problemas de pensamento	76.09	67.06	-1.000	0.317
Problemas de atenção	73.56	78.90	-0.581	0.561
Comportamento delinquente	73.32	80.02	-0.744	0.457
Comportamento agressivo	73.89	77.37	-0.380	0.704
Internalização	76.61	64.60	-1.300	0.194
Externalização	73.69	78.31	-0.501	0.616
Fator Global	75.16	71.38	-0.408	0.683

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a pertença a um grupo

Procurou-se entender em que medida a pertença a um grupo ou organização influenciava as síndromes. Realizado o teste de UMW, verificou-se que pertencer a um grupo ou organização influencia positivamente nos problemas de pensamento e no comportamento delinquente. No entanto, pela análise da Tabela 36, é possível verificar um aumento ao nível das restantes síndromes e nos parâmetros de internalização e externalização. Não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros da tabela.

De acordo com o estudo de Matos, Cruz, Simões, Frasquilho, Santos e Gomes (2015) as atividades extracurriculares, trabalho de voluntariado e atividades de lazer, são formas importantes de fortalecer os laços entre os adolescentes e a comunidade. Os autores acrescentam ainda que, em Portugal esta questão assume particular relevância uma vez que a pertença a uma rede social (clubes e associações juvenis, por exemplo) não tem uma grande expressão entre os jovens e mais ainda, se as redes virtuais e os desportos forem excluídos, a expressão das redes sociais torna-se extremamente reduzida. As atividades socioculturais (tais como teatro, artes plásticas, música e dança), contribuem para um bom desempenho relativo às competências e disfunções nas interações adolescente/ambiente (Monteiro, Nascimento, Montesanto & Azmar-Farias, 2013).

Tabela 36 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a pertença a um grupo

	Ordenação Média		Z	P
	Pertence	Não pertence		
Ansiedade/depressão	73.03	75.35	-0.318	0.750
Isolamento/Depressão	68.16	78.14	-1.385	0.166
Queixas somáticas	74.41	74.55	-0.020	0.984
Problemas sociais	69.56	77.34	-1.086	0.277
Problemas de pensamento	74.57	74.46	-0.016	0.987
Problemas de atenção	71.45	76.25	-0.660	0.509
Comportamento delinquente	75.64	73.85	-0.252	0.801
Comportamento agressivo	73.87	74.86	-0.137	0.891
Internalização	71.31	76.34	-0.688	0.491
Externalização	73.37	75.15	-0.244	0.807
Fator Global	72.21	75.81	-0.492	0.623

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a execução de tarefas

Procurou-se entender em que medida a execução de tarefas de apoio familiar e domésticas influenciava as síndromes. Realizado o teste de UMW, verificou-se que executar estas tarefas influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas de pensamento e de atenção e na internalização. Contudo, pela análise da Tabela 37, é possível averiguar um aumento ao nível das restantes síndromes e na externalização. Não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros da tabela.

De acordo com o estudo de Coutinho, Souza, Brauner e Valentini (2015), os ambientes familiares são pouco estimuladores de atividades no ambiente doméstico, havendo carência de modelos favoráveis ao desenvolvimento do hábito de práticas ativas pelos responsáveis. Os resultados do estudo sugerem que a prática de atividades de ampla movimentação é restrita e pouco estimulada na rotina doméstica.

Tabela 37 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e a execução de tarefas de apoio familiar e domésticas

	Ordenação Média		Z	P
	Sim	Não		
Ansiedade/depressão	75.02	70.47	-0.414	0.679
Isolamento/Depressão	73.73	80.44	-0.617	0.537
Queixas somáticas	76.19	61.44	-1.366	0.172
Problemas sociais	73.29	83.82	-0.974	0.330
Problemas de pensamento	74.93	71.21	-0.345	0.730
Problemas de atenção	74.61	73.68	-0.085	0.932
Comportamento delinquente	73.39	83.09	-0.903	0.366
Comportamento agressivo	73.03	85.79	-1.168	0.243
Internalização	75.10	69.88	-0.473	0.636
Externalização	73.08	85.47	-1.127	0.260
Fator Global	74.08	77.74	-0.331	0.741

Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e o número de amigos

Procurou-se entender em que medida o número de amigos íntimos influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que ter um amigo íntimo influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas sociais, de pensamento e de atenção, no comportamento agressivo e, conseqüentemente, na internalização e na externalização. O aumento do número de amigos não influencia positivamente nenhuma das síndromes. Pela análise da Tabela 38, é possível averiguar um aumento ao nível do isolamento/depressão e comportamento delinquente na ausência de amigos. Existem diferenças estatisticamente significativas apenas nos problemas de atenção.

A satisfação nos relacionamentos interpessoais é um fator que pode atuar de forma positiva e incrementar a percepção de satisfação de vida pelo adolescente (Silva, Giordani & Dell'Aglio, 2017).

O estudo desenvolvido por Rocha (2016) revela que, em 2016 há um aumento dos jovens que passam a maior parte do tempo com o grupo de pares, quando comparado a 2006. O mesmo estudo refere ainda que a maior parte dos jovens (97%) tende a ter um grupo de pares da mesma idade. Contrariamente aos resultados obtidos nesta análise, Rocha (2016) refere que, apesar de não poder afirmar que só a presença de amigos é uma condição para a delinquência, o facto de o jovem passar a maior parte do seu tempo livre com os amigos pode expô-lo mais a situações de desvio que, por sua vez, pode facilitar o seu envolvimento em comportamentos delinquentes.

Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e o número de amigos

	Ordenação Média				X ²	p
	Nenhum	1	2 a 3	4 ou mais		
Ansiedade/depressão	71.30	100.60	69.08	75.98	4.894	0.180
Isolamento/Depressão	78.20	70.65	77.37	72.13	0.634	0.889
Queixas somáticas	80.70	95.40	69.41	75.75	3.607	0.307
Problemas sociais	98.00	100.70	69.48	73.66	6.411	0.093
Problemas de pensamento	97.10	104.60	70.68	72.04	7.424	0.060
Problemas de atenção	109.10	111.50	67.72	72.92	12.584	0.006
Comportamento delinquente	95.70	77.90	70.31	76.36	2.143	0.543
Comportamento agressivo	74.80	97.30	68.31	76.91	4.481	0.214
Internalização	73.20	96.20	70.82	74.86	3.054	0.383
Externalização	83.20	91.60	68.45	77.01	3.340	0.342
Fator Global	77.70	95.85	68.90	76.37	3.737	0.291

Teste Kruskal-Wallis entre síndromes e frequência de contacto com os amigos

Procurou-se entender em que medida a frequência de contacto semanal com os amigos influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que estar com os amigos uma a duas vezes por semana influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas de pensamento, no comportamento agressivo e na internalização. Pela análise da Tabela 39 é possível averiguar que estar com os amigos três ou mais vezes por semanal influencia positivamente o comportamento delinvente e a externalização. Estar com os amigos menos do que uma vez por semana influencia positivamente o isolamento/depressão, os problemas sociais e os problemas de atenção. Não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros da tabela.

Com o passar do tempo, observa-se uma tendência para os jovens passarem mais tempo com o grupo de pares do que com a família. O afastamento da família e aproximação aos pares pode dever-se não só a necessidade de partilhar experiências e estabelecer relações sociais fora do seio familiar, mas também com as alterações sofridas na estrutura familiar e no desenvolvimento do adolescente, em grande parte devido ao estilo de vida adotado nos grandes centros urbanos, que vem diminuindo o tempo de convivência entre pais e filhos, abrindo espaço para que o grupo de pares assuma um papel cada vez mais importante no seu desenvolvimento (Tomé, Camacho, Matos & Simões, 2015). No estudo desenvolvido por Salavessa (2015), relativamente à qualidade de vinculação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na vinculação aos amigos.

Tabela 39 - Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e a frequência de contacto com amigos

Frequência de contacto semanal	Ordenação Média			X ²	p
	< 1 vez	1 a 2 vezes	≥ 3 vezes		
Ansiedade/depressão	71.57	79.02	67.11	2.044	0.360
Isolamento/Depressão	87.82	71.42	66.83	5.187	0.075
Queixas somáticas	71.19	78.65	68.39	1.700	0.428
Problemas sociais	81.64	71.35	73.95	1.516	0.469
Problemas de pensamento	76.26	76.69	67.35	1.247	0.536
Problemas de atenção	82.78	68.73	78.85	3.180	0.204
Comportamento delinvente	73.65	74.37	75.76	0.046	0.977
Comportamento agressivo	67.30	77.71	74.98	1.520	0.468
Internalização	76.59	77.81	64.33	2.417	0.299
Externalização	68.99	76.25	76.55	0.825	0.662
Fator Global	72.51	77.58	69.45	0.940	0.625

Teste Kruskal-Wallis entre síndromes e o relacionamento com os irmãos(ãs)

Procurou-se entender em que medida a frequência de contacto semanal com os amigos influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que ter um relacionamento em média semelhante ao das outras crianças com os irmãos influencia positivamente na ansiedade/depressão, no isolamento, nas queixas somáticas, nos problemas de pensamento, no comportamento delinquente, bem como na internalização e na externalização. Pela análise da Tabela 40, é possível averiguar que ter um relacionamento com os irmãos pior do que as outras crianças influencia positivamente os problemas sociais e o comportamento agressivo. Não ter irmãos influencia positivamente nos problemas de atenção. Não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos parâmetros da tabela.

Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e o relacionamento com os irmãos(ãs)

	Ordenação Média				X ²	p
	Pior	Médio	Melhor	Não tem irmãos		
Ansiedade/depressão	75.88	77.66	72.06	72.63	0.570	0.903
Isolamento/Depressão	61.25	78.09	71.03	76.06	1.249	0.741
Queixas somáticas	75.88	77.47	74.87	67.00	1.172	0.760
Problemas sociais	79.00	78.27	71.13	72.83	0.939	0.816
Problemas de pensamento	75.50	80.05	71.35	68.98	1.843	0.606
Problemas de atenção	75.13	72.67	73.48	79.11	0.709	0.871
Comportamento delinquente	77.13	77.38	75.46	65.76	1.516	0.679
Comportamento agressivo	80.75	80.64	68.37	73.31	2.561	0.464
Internalização	68.75	77.46	73.14	71.81	0.519	0.915
Externalização	76.63	79.88	71.05	69.83	1.650	0.648
Fator Global	72.63	79.75	71.22	70.35	1.485	0.686

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com outras crianças

Procurou-se entender em que medida o relacionamento com os outros influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que ter um relacionamento em média semelhante ao das outras crianças com os outros influencia positivamente na ansiedade/depressão, no isolamento, nas queixas somáticas e nos problemas sociais, bem como na internalização. Pela análise da Tabela 41, é possível averiguar que ter um relacionamento melhor com as outras crianças influencia positivamente nos problemas de pensamento, comportamento delinquente e agressivo e na externalização.

Tabela 41 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com outras crianças

	Ordenação Média		z	p
	Médio	Melhor		
Ansiedade/depressão	76.29	70.93	-0.753	0.451
Isolamento/Depressão	77.55	70.13	-1.052	0.293
Queixas somáticas	76.03	71.10	-0.705	0.481
Problemas sociais	74.56	72.02	-0.363	0.716
Problemas de pensamento	71.71	73.81	-0.302	0.763
Problemas de atenção	73.53	72.67	-0.121	0.904
Comportamento delinquente	68.65	75.74	-1.018	0.309
Comportamento agressivo	72.30	73.44	-0.160	0.873
Internalização	75.82	71.22	-0.643	0.520
Externalização	70.51	74.63	-0.592	0.554
Fator Global	73.22	72.86	-0.051	0.959

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com os pais

Procurou-se entender em que medida o relacionamento com os pais influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que ter um relacionamento em média semelhante ao das outras crianças com os pais influencia positivamente todas as síndromes e, conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 42, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas nos problemas de pensamento, no comportamento agressivo e nos comportamentos de externalização.

Estes resultados corroboram os de Martins (2016), que entende que a percepção dos adolescentes sobre o suporte emocional dos pais é inversamente proporcional à prática de comportamentos agressivos.

No estudo de Nunes, Faraco, Vieira, Lisboa e Rubin (2015) é salientada a importância da qualidade do apego nas relações entre práticas parentais e problemas emocionais e comportamentais infantis. Segundo estes autores, “um dos aspetos que relaciona as práticas parentais negativas aos problemas de externalização é a percepção da qualidade de apego que a criança desenvolve em relação ao seu cuidador (...) práticas parentais negativas, marcada por sentimentos de rejeição e pouco controle disciplinar, não afetam negativamente apenas o comportamento dos filhos, mas, também, o modo como eles percebem suas relações com os pais” (Nunes et. al, 2015, p. 380).

Tabela 42 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o relacionamento com os pais

	Ordenação Média		z	p
	Médio	Melhor		
Ansiedade/depressão	77.84	70.79	-1.005	0.315
Isolamento/Depressão	76.02	72.31	-0.535	0.593
Queixas somáticas	80.76	68.34	-1.802	0.072
Problemas sociais	77.98	70.67	-1.059	0.290
Problemas de pensamento	82.23	67.11	-2.199	0.028
Problemas de atenção	80.10	68.89	-1.600	0.110
Comportamento delinquente	80.09	68.90	-1.631	0.103
Comportamento agressivo	87.01	63.11	-3.427	0.001
Internalização	78.54	70.20	-1.184	0.236
Externalização	85.60	64.29	-3.035	0.002
Fator Global	82.83	66.61	-2.302	0.021

Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e divertir-se ou trabalhar sozinho

Procurou-se entender em que medida divertir-se ou trabalhar sozinho influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que ter um divertir-se ou trabalhar sozinho em média pior do que as outras crianças influencia positivamente todas as síndromes e, conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Isto é, quanto melhor for a capacidade do adolescente se divertir e trabalhar sozinho, menor será a hipótese de desenvolver qualquer uma das síndromes e, por conseguinte, comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 43, é possível averiguar que não há diferenças estatisticamente significativas em nenhum parâmetro.

Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre síndromes e divertir-se ou trabalhar sozinho

Divertir/Trabalhar sozinho	Ordenação média			X ²	p
	Pior	Médio	Melhor		
Ansiedade/depressão	102.90	74.97	71.48	2.529	0.282
Isolamento/Depressão	92.70	75.75	71.25	1.358	0.507
Queixas somáticas	72.30	75.22	73.68	0.061	0.970
Problemas sociais	92.20	77.23	69.25	2.180	0.336
Problemas de pensamento	93.10	74.17	73.41	1.037	0.596
Problemas de atenção	98.40	80.52	64.18	6.763	0.034
Comportamento delinquente	92.90	75.18	72.03	1.208	0.547
Comportamento agressivo	81.70	78.39	68.52	2.039	0.361
Internalização	93.10	74.72	72.65	1.059	0.589
Externalização	83.10	78.19	68.68	1.937	0.380
Fator Global	90.40	76.34	70.63	1.333	0.513

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o ensino especial

Procurou-se entender em que medida frequentar o ensino especial influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que frequentar o ensino especial influencia positivamente todas as síndromes e, conseqüentemente nos

comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 44, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas em quase todos os parâmetros, com exceção nas síndromes isolamento, problemas de pensamento e comportamento agressivo.

Tabela 44- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e o ensino especial

	Ordenação Média		z	p
	Não	Sim		
Ansiedade/depressão	72.46	110.25	-2.439	0.015
Isolamento/Depressão	73.41	93.50	-1.309	0.191
Queixas somáticas	72.47	110.06	-2.469	0.014
Problemas sociais	72.38	111.63	-2.573	0.010
Problemas de pensamento	73.23	96.69	-1.544	0.123
Problemas de atenção	72.26	113.69	-2.678	0.007
Comportamento delinquente	72.67	106.56	-2.237	0.025
Comportamento agressivo	72.95	101.63	-1.861	0.063
Internalização	72.30	113.00	-2.616	0.009
Externalização	72.78	104.69	-2.057	0.040
Fator Global	72.24	114.13	-2.690	0.007

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e repetição do ano escolar

Procurou-se entender em que medida repetir o ano escolar influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que repetir o ano escolar influência positivamente quase todas as síndromes, exceto na ansiedade/depressão, e consequentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 45, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas nos problemas de atenção e no comportamento delinquente.

Tabela 45- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e repetição do ano escolar

	Ordenação Média		z	p
	Não	Sim		
Ansiedade/depressão	74.76	72.61	-0.201	0.841
Isolamento/Depressão	73.35	82.81	-0.891	0.373
Queixas somáticas	73.29	83.25	-0.946	0.344
Problemas sociais	72.52	88.83	-1.546	0.122
Problemas de pensamento	73.04	85.06	-1.143	0.253
Problemas de atenção	70.85	100.89	-2.807	0.005
Comportamento delinquente	71.60	95.42	-2.272	0.023
Comportamento agressivo	72.77	87.03	-1.338	0.181
Internalização	73.63	80.75	-0.661	0.509
Externalização	72.34	90.11	-1.656	0.098
Fator Global	72.70	87.50	-1.374	0.170

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e problemas escolares

Procurou-se entender em que medida os problemas escolares influenciavam as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que os problemas escolares

influenciam positivamente todas as síndromes e conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 46, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas em quase todos os parâmetros, com exceção do comportamento delinquente.

Tabela 46 - Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e problemas escolares

	Ordenação Média		z	p
	Não	Sim		
Ansiedade/depressão	69.42	105.21	-3.564	0.000
Isolamento/Depressão	71.07	95.24	-2.430	0.015
Queixas somáticas	70.64	97.86	-2.759	0.006
Problemas sociais	69.27	106.14	-3.730	0.000
Problemas de pensamento	70.58	98.21	-2.807	0.005
Problemas de atenção	68.82	108.83	-3.991	0.000
Comportamento delinquente	72.66	85.64	-1.323	0.186
Comportamento agressivo	71.39	93.29	-2.192	0.028
Internalização	69.30	105.95	-3.636	0.000
Externalização	71.58	92.14	-2.045	0.041
Fator Global	69.84	102.67	-3.253	0.001

Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e ser portador de doença ou deficiência física ou mental

Procurou-se entender em que medida as doenças ou deficiências físicas e/ou mentais influenciavam as síndromes. Realizado o teste de U Mann-Whitney, verificou-se que as doenças ou deficiências físicas e/ou mentais influenciam positivamente todas as síndromes e conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Pela análise da Tabela 47, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas na ansiedade/depressão, nos problemas sociais e nos comportamentos de internalização.

Tabela 47- Teste de U Mann - Whitney entre síndromes e ser portador de doença ou deficiência física ou mental

	Ordenação Média		z	p
	Não	Sim		
Ansiedade/depressão	71.32	107.54	-2.925	0.003
Isolamento/Depressão	72.56	94.62	-1.799	0.072
Queixas somáticas	72.89	91.23	-1.508	0.132
Problemas sociais	72.21	98.27	-2.138	0.032
Problemas de pensamento	73.14	88.65	-1.279	0.201
Problemas de atenção	73.02	89.85	-1.361	0.173
Comportamento delinquente	73.12	88.81	-1.296	0.195
Comportamento agressivo	73.69	82.96	-0.754	0.451
Internalização	71.72	103.35	-2.545	0.011
Externalização	73.40	85.96	-1.014	0.311
Fator Global	72.06	99.88	-2.237	0.025

Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes

Pela análise da matriz de correlação de Pearson, é possível aferir que as correlações entre as síndromes são positivas e significativas, havendo menor correlação entre problemas de atenção e queixas somáticas (0.396) e maior correlação entre comportamento agressivo e problemas sociais (0.766). No que concerne à internalização, existe maior correlação com a ansiedade/depressão e na externalização a maior correlação é estabelecida com o comportamento agressivo.

Tabela 48 - Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes – CBCL-6-18

	Ansiedade/ Depressão	Isolamento/ Depressão	Queixas somáticas	Problemas sociais	Problemas pensamento	Problemas atenção	Comportamento delinquente	Comportamento agressivo	Internalização	Externalização
Isolamento/Depressão	.622**									
Queixas somáticas	.632**	.439**								
Problemas sociais	.704**	.626**	.554**							
Problemas pensamento	.628**	.652**	.601**	.672**						
Problemas atenção	.535**	.559**	.396**	.674**	.557**					
Comportamento delinquente	.441**	.596**	.470**	.669**	.738**	.534**				
Comportamento agressivo	.625**	.538**	.579**	.766**	.707**	.660**	.700**			
Internalização	.920**	.768**	.828**	.745**	.733**	.581**	.574**	.690**		
Externalização	.587**	.611**	.574**	.783**	.781**	.654**	.904**	.938**	.691**	
Fator global	.827**	.754**	.768**	.830**	.822**	.670**	.796**	.879**	.926**	.913**

* p<0.05

**p<0.001

n.s. p>0.05

Em súmula:

Dos dados obtidos majoritariamente pelas mães, trata-se de um aluno do sexo masculino, com 13 anos de idade, que frequenta o 8º ano de escolaridade, pratica desporto, cujo principal passatempo é ler e auxilia nas tarefas de apoio familiar domésticas.

De acordo com os dados percecionados pelos encarregados de educação, a ansiedade/depressão é a síndrome mais representativa (M=4.70; \pm 4.28), seguindo-se o comportamento agressivo (M=4.21; \pm 4.78), com maior representatividade nos

comportamentos de internalização ($M=310.26 \pm 8.66$) comparativamente aos de externalização.

Os educandos do sexo feminino apresentam índices mais elevados no que concerne às síndromes ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento e comportamento agressivo. Os problemas de atenção e o comportamento delincente assumem valores mais elevados nos educandos do sexo masculino. Os comportamentos de internalização e externalização predominam no sexo feminino, com maior representatividade na internalização ($M=11.76; \pm 9.44$).

As crianças com 13 anos de idade apresentam índices mais elevados em todas as síndromes, do que as crianças com 14 ou mais anos de idade e, conseqüentemente, nos comportamentos de internalização ($M=10.81; \pm 8.83$) e externalização ($M=7.18; \pm 9.32$). Estes são também predominantes nas crianças que frequentam o 8º ano, onde o valor de t é estatisticamente significativo, havendo assim relação entre o ano de escolaridade e as síndromes.

A maior parte dos rapazes pratica desporto (96.3%), o que é também comum à maioria das raparigas (71.6%). As crianças que praticam desporto são menos propensas ao desenvolvimento de síndromes e, conseqüentemente, de comportamentos de internalização e externalização.

Do total da amostra, 88.5% desempenha tarefas domésticas e de apoio familiar, sendo constituída na sua maioria por alunos do sexo feminino (89.6%). Executar estas tarefas influencia positivamente a ansiedade/depressão, as queixas somáticas, os problemas de pensamento e de atenção e a internalização.

Dos encarregados de educação inquiridos, 46.6% relata que o filho tem 4 ou mais amigos, com os quais está 1 a 2 vezes por semana, fora do tempo de aulas. Ter um amigo influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas sociais, de pensamento e de atenção, no comportamento agressivo e, conseqüentemente, na internalização e na externalização. O aumento do número de amigos não influencia positivamente nenhuma das síndromes. Existe um aumento ao nível do isolamento/depressão e comportamento delincente na ausência de amigos. Estar com os amigos três ou mais vezes por semana influencia positivamente o comportamento delincente e a externalização. Estar com os amigos menos do que uma vez por semana influencia positivamente o isolamento/depressão, os problemas sociais e os problemas de atenção.

A maioria dos educandos não frequenta o ensino especial, não repetiu ano escolar nem reporta problemas escolares. No entanto, frequentar o ensino especial, ter problemas escolares e doenças ou deficiências físicas e/ou mentais influencia positivamente todas as síndromes e, conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização.

As correlações entre as síndromes são positivas e significativas, havendo menor correlação entre problemas de atenção e queixas somáticas (0.396) e maior correlação entre comportamento agressivo e problemas sociais (0.766). No que concerne à internalização, existe maior correlação com a ansiedade/depressão e na externalização a maior correlação é estabelecida com o comportamento agressivo.

2.2 – Estudo 2 - Comportamentos de internalização e externalização nos alunos do 3º ciclo: perspetiva dos professores

A escola representa o espaço onde se suplementam os meios que permitem desenvolver as atitudes e os valores. Apesar de distintas, escola e família constituem parte integrante de um mesmo “sistema relacional”, partilhando objetivos relativos ao desenvolvimento do educando e que passam pela “potencialização das suas capacidades, a promoção da sua socialização e autonomia/individualização” (Sousa & Pereira, 2014). Assim sendo, não se podem dissociar as competências parentais na relação dos filhos com a escola.

2.2.1 – Métodos

Neste estudo formulam-se as questões de investigação: Qual a perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Qual a influência das variáveis de contexto escolar na perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo? Face às questões de investigação, constituem objetivos deste estudo: Analisar a perspetiva dos professores sobre os comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo; Identificar as variáveis de contexto escolar que interferem na perspetiva dos professores nos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo.

2.2.2 – Participantes

À semelhança do Estudo 1, optou-se também por uma amostra não probabilística, intencional, por conveniência, constituída pela informação dos professores dos alunos do terceiro ciclo. A amostra é constituída por 178 alunos, de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Os resultados obtidos em relação à idade revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 12 anos e uma máxima de 17 anos, ao que corresponde uma idade média de 13.74 anos (± 0.864). Para o sexo feminino a idade mínima é de 12 anos e a

máxima de 16 anos. Para o sexo masculino a idade mínima é de 13 anos e a máxima de 17 anos. Os rapazes, em média (M=13.80 anos; \pm 0.932 anos) são um pouco mais velhos que as raparigas (M=13.69 anos; \pm 0.792 anos) (ver tabela 49).

Tabela 49 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Idade	Min	Max	M	D.P.
Masculino	13	17	13.80	0.932
Feminino	12	16	13.69	0.792
Total	12	17	13.74	0.864

Pela análise da Tabela 50, constatamos que, no grupo dos rapazes, a maioria possui idade igual ou inferior a 13 anos (44.9%). No grupo das raparigas a situação é análoga, com 46.1% nesta faixa etária.

Tabela 50 - Idade dos alunos em função do sexo

Idade	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 13 anos	40	44.9	41	46.1	81	45.5		
14 anos	34	38.2	37	41.6	71	39.9		
≥ 15 anos	15	16.9	11	12.4	26	14.6		
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0		

$$\chi^2=0.754^a$$

$$p=0.686$$

2.2.3 – Instrumentos

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos o inquérito por questionário aplicado aos professores do terceiro ciclo, denominado Relatório do Professor ou *Teacher Report Form (TRF)*. Tal como o CBCL 6-18, este instrumento também faz parte da bateria de avaliação de competências psicossociais designada Sistema de Avaliação Empiricamente Validado ou *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*.

Questionário de Comportamento da Criança – Relatório do Professor – TRF 6-18

A TRF é composta por 112 itens com questões estruturadas que descrevem problemas comportamentais, emocionais e sociais para caracterizar crianças em idade escolar (entre os 6 e os 18 anos de idade). À semelhança da CBCL 6-18, a questão aberta

113 permite que o professor possa escrever acerca de outros problemas não constantes nos itens listados. Dos 112 itens da TRF, 97 são idênticos aos da CBCL 6-18.

Na primeira parte do questionário, à semelhança da CBCL 6-18, consta informação relativa aos dados demográficos da criança (nome, sexo, idade, ano de escolaridade e data de nascimento), bem como do professor (nome, sexo) e qual o seu papel junto da criança (professor, diretor de turma, professor de educação especial). Seguem-se questões relativas ao contexto em que observa a criança, a quantidade de tempo que está com ela, em que tipo de aula/serviço se insere e informações em relação ao seu rendimento académico e características adaptativas (Achenbach et al., 2014).

Funcionamento Adaptativo da TRF

O perfil de Funcionamento Adaptativo da TRF engloba itens relativos ao rendimento académico, à capacidade de trabalho, ao comportamento adequado, à aprendizagem e à felicidade da criança.

Escala de Síndromes da TRF

Na última parte do questionário, o professor responde aos 112 itens, tendo em conta os últimos dois meses, classificando de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos: 0 se a afirmação não for verdadeira, 1 se a afirmação for de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito ou frequentemente verdadeira. A informação obtida é posteriormente enquadrada nas escalas de síndromes e nas escalas de internalização e externalização.

Na TRF a identificação das síndromes é feita de modo semelhante à da CBCL. As síndromes têm a mesma designação e significado na TRF e CBCL, exceto na síndrome Problemas de Atenção, que na TRF se subdivide em Desatenção e Hiperatividade-Impulsividade (ver tabela 51).

O processo relativo à elaboração das escalas de Internalização e Externalização na TRF é semelhante ao elaborado com a CBCL (Achenbach et al., 2014).

Tabela 51 - Descrições das escalas de síndromes e dos itens-problema da TRF

Síndromes	Descrição	Itens-Problema CBCL 6-18
Ansiedade/Depressão	Associada a diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão.	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112
Isolamento/Depressão	Relacionada com o isolamento ou mal-estar interpessoal. Surge frequentemente em quadros depressivos ou de ansiedade social.	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111
Queixas Somáticas	A elevação deste fator está associada a uma tendência para a somatização.	47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Problemas Sociais	Síndrome relacionada com problemas sociais e da personalidade.	11, 12, 25, 27, 34, 48, 62, 64, 79
Problemas de Pensamento	Síndrome relacionada com perturbações da forma e do conteúdo do pensamento.	9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100
Problemas de Atenção	Associada ao diagnóstico categorial de Perturbação de Hiperatividade e Défice da Atenção.	Desatenção - 1, 4, 8, 13, 17, 22, 49, 60, 61, 72, 78, 80, 92, 100 Hiperatividade-Impulsividade -2, 7, 10, 15, 24, 41, 53, 67, 73, 74, 93, 109
Comportamento Delinvente	Associado a comportamentos antissociais, agressivos ou desafiadores. Surge relacionado entre outras perturbações, à Perturbação do Comportamento.	2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106
Comportamento Agressivo	Representa comportamentos de desafio aberto. Surge associada, entre outras perturbações, à Perturbação de oposição.	3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104

2.2.4. – Análise e discussão dos dados

De seguida são apresentados os resultados da análise descritiva, tendo em conta as variáveis independentes, começando pelo grupo escolar.

Grupo Escolar

Na Tabela 52 encontram-se os resultados respeitantes ao grupo escolar, onde se verifica que a maior parte do total dos alunos (74.7%) frequenta o grupo escolar de Repeses. A mesma tendência é análoga em relação ao grupo dos rapazes, em que 80.9% frequentam o grupo escolar de Repeses e 19.1% o grupo escolar de Silgueiros. No que se refere ao grupo das raparigas, 68.5% frequentam o grupo escolar de Repeses e 31.5% o de Silgueiros.

Tabela 52- Grupo escolar em função do sexo

Grupo escolar	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Silgueiros	17	19.1	28	31.5	45	25.3
Repeses	72	80.9	61	68.5	133	74.7
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

Ano de Escolaridade

Na Tabela 53 encontram-se os resultados respeitantes ao ano de escolaridade, onde se verifica que a maior parte do total dos alunos (53.4%) frequenta o 8º ano de escolaridade. A mesma tendência é análoga em relação ao grupo dos rapazes, em que 11.2% frequentam o 7ºano, 29.2% frequentam o 9ºano e 59.6% o 8ºano de escolaridade. No que se refere ao grupo das raparigas, 22.5% frequentam o 7ºano, 30.3% o 9ºano e 47.2% o 8º ano de escolaridade.

Tabela 53 - Ano de Escolaridade em função do sexo

Ano de Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
7º ano	10	11.2	20	22.5	30	16.9
8º ano	53	59.6	42	47.2	95	53.4
9º ano	26	29.2	27	30.3	53	29.8
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

$\chi^2=4.626^a$
p=0.099

Na relação dos professores com os alunos, relativamente à questão “Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)?”, a maioria dos professores (65.2%) respondeu conhecer o aluno em causa há 1 ano ou menos (ver Tabela 54). Esta tendência é análoga ao grupo masculino (67.4%) e ao grupo feminino (62.9%).

Tabela 54 - Tempo a que conhece o aluno em função do sexo

Tempo a que conhece o aluno	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 1 ano	60	67.4	56	62.9	116	65.2
2 anos	21	23.6	30	33.7	51	28.7
≥ 3 anos	8	9.0	3	3.4	11	6.2
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

$\chi^2=3.999^a$
p=0.135

O tempo máximo respondido foi de 4 anos, sendo a média de 1.14 anos (M=1.14 anos±0.90 anos), como nos mostra a Tabela 55.

Tabela 55 - Tempo a que conhece o aluno

	Min	Max	M	D.P.	SK/erro	K/erro	CV
Tempo que conhece (anos)	0	4	1.14	0.90	1.97	-1.26	78.75

Na Tabela 56 é possível verificar que a maioria dos professores entende conhecer razoavelmente os alunos (62.4%), não havendo nenhum professor inquirido que tenha respondido conhecer muito bem os alunos. Esta tendência é análoga ao grupo masculino (39.3%) e ao grupo feminino (36%).

Tabela 56 - Grau de conhecimento acerca do aluno em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não muito bem	35	39.3	32	36.0	67	37.6
Razoavelmente	54	60.7	57	64.0	111	62.4
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

$$\chi^2=0.215^a$$

$$p=0.643$$

Relativamente ao tempo de permanência dos professores com os alunos durante a semana, verifica-se, pela análise da Tabela 57, que o tempo os professores despendem, no mínimo de 45 minutos com os alunos, sendo o tempo máximo semanal de 270 minutos, sem distinção entre o grupo masculino e o grupo feminino.

Tabela 57 - Estatística relativa ao tempo semanal com os alunos expresso em minutos

Tempo semanal	Min	Max	M	D.P.	SK/erro	K/erro	CV
Masculino	45	270	192.27	64.83	-1.68	-0.78	33.72
Feminino	45	270	186.96	49.26	-0.07	0.25	26.35
Total	45	270	182.62	57.47	-1.48901	-0.41436	30.30

Em relação ao conteúdo letivo abordado nas aulas, é possível verificar, pela análise da Tabela 58, que a maior parte dos inquiridos é professor de Formação Cívica (66.9%), com a ressalva que estes professores lecionam também outros conteúdos letivos, como por exemplo Ciências Naturais, Educação Visual, História, entre outros, com a exceção de um professor. 11.2% dos professores não referiu o tipo de aula que leciona.

Tabela 58 - Prevalência do tipo de aulas

Tipo de aula	Nº	%
Ciências Naturais	40	22.5
Educação Física	6	3.4
Educação Visual	23	12.9
EMRC	2	1.1
Educação Especial	1	0.6
Físico-Química	9	1.7
Formação Cívica	119(*)	66.9
Educação Musical	1	0.6
Geografia	2	1.1
História	6	3.4
Matemática	46	25.8
Português	11	6.2
Línguas estrangeiras (inglês, francês, espanhol)	9	1.7
TIC	1	0.6
Não referida	20	11.2
Total	178	100.0

(*) Os professores de Formação Cívica lecionam também outros conteúdos letivos, com exceção de 1 professor.

Quanto à necessidade de frequentar aulas de apoio ou ensino especial, uma grande parte dos professores inquiridos respondeu que os alunos não careciam desse apoio (48.9% dos alunos). Contudo, uma grande percentagem de professores não respondeu a esta questão (32.6%). De referir que, os alunos alvo de aulas de apoio ou ensino especial são na sua maioria do sexo masculino (20.2%), sendo maioritariamente os alunos do sexo feminino os que não necessitam deste acompanhamento (51.7%), como se pode verificar na Tabela 59.

Tabela 59- Aulas de apoio / Ensino especial em função do sexo

Aulas de apoio / Ensino especial	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	18	20.2	15	16.9	33	18.5
Não	41	46.1	46	51.7	87	48.9
Não referido	30	33.7	28	31.5	58	32.6
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

$\chi^2=0.629^a$
p=0.730

No que respeita à repetição de ano de escolaridade, é possível verificar pela análise da Tabela 60 que, os alunos aos quais os professores inquiridos se reportaram, na sua maioria não tinham repetido nenhum ano de escolaridade (66.9%). Do total de alunos repetentes (19.7%), a maior parte eram rapazes (22.5%, contra 16.9% de raparigas repetentes). Dos professores inquiridos, 13.5% desconhece se os alunos alguma vez repetiram um ano de escolaridade.

Tabela 60- Repetição de ano de escolaridade em função do sexo

Repetição de ano	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não sei	11	12.4	13	14.6	24	13.5
Não	58	65.2	61	68.5	119	66.9
Sim	20	22.5	15	16.9	35	19.7
Total	89	100.0	89	100.0	178	100.0

$\chi^2=0.957^a$
p=0.620

Pela análise da Tabela 61 podemos averiguar que a maior parte das reprovações escolares aconteceram no terceiro ciclo (57.1%), sendo o fraco desempenho ou rendimento escolar o motivo mais frequente (51.4%). De ressaltar que houve um aluno que reprovou no 1º e no 2º ciclo, no 2º e no 5º ano respetivamente (*), e também dois alunos que reprovaram no 2º e no 3º ciclo, no 6º e no 7º ano respetivamente (#).

Tabela 61 - Anos de escolaridade repetidos e motivos

Anos de escolaridade repetidos e motivos	Mau ou fraco desempenho/ rendimento	Falta de assiduidade	Imigração/ Ida para o estrangeiro	Dificuldades de aprendizagem/ NEE	Desconhecido/ Não referido	Total
	N	N	N	N	N	N %
1ºciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)	1*	1*		1	2	5 (14.3%)
2ºciclo (5º e 6ºano)	4 (1*+2#)	1*	1			6 (17.1%)
3ºciclo (7º, 8º e 9ºano)	10 (2#)				10	20 (57.1%)
Desconhecido/ Não referido	3			1		4 (11.4%)
Total N (%)	18 (51.4%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	2 (5.7%)	12 (34.3%)	35 (100%)

* (1 aluno repetiu o 2º e o 5º ano de escolaridade)

(2 alunos repetiram o 6º e o 7º ano de escolaridade)

O perfil de funcionamento adaptativo da TRF engloba as escalas relativas ao rendimento académico e às características adaptativas da criança, nomeadamente, a capacidade de trabalho, o comportamento adequado, a capacidade de aprendizagem e a felicidade da criança, em comparação com os outros alunos da turma.

Sobre estes aspetos, na perspetiva dos professores inquiridos, a maioria dos alunos revela capacidade de trabalho (56.2%), comporta-se (58.4%), revela capacidades de aprendizagem (55.1%) na mesma linha de orientação dos restantes alunos da turma, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas. Os professores consideram também que a grande maioria dos alunos é feliz (78.7%) em comparação com a restante turma (ver Tabela 62).

Tabela 62 - Características Adaptativas em comparação com o resto da turma

Característica Adaptativa	Nº	%
Capacidade de Trabalho		
Muitíssimo menos	9	5.1
Menos	11	6.2
Um pouco menos	20	11.2
Na média	100	56.2
Um pouco mais	9	5.1
Mais	21	11.8
Muitíssimo mais	8	4.5
Comportamento Adequado		
Muitíssimo menos	5	2.8
Menos	8	4.5
Um pouco menos	12	6.7
Na média	104	58.4
Um pouco mais	11	6.2
Mais	18	10.1
Muitíssimo mais	20	11.2
Capacidade de Aprendizagem		
Muitíssimo menos	4	2.2
Menos	12	6.7
Um pouco menos	21	11.8
Na média	98	55.1
Um pouco mais	20	11.2
Mais	11	6.2
Muitíssimo mais	12	6.7
Felicidade		
Muitíssimo menos	1	0.6
Menos	2	1.1
Um pouco menos	6	3.4
Na média	140	78.7
Um pouco mais	9	5.1
Mais	10	5.6
Muitíssimo mais	10	5.6

Os resultados obtidos em relação às síndromes indicam mínimos de 0 e máximos a oscilar entre 8 e 78, tendo-se registado o valor médio mais elevado para os problemas de atenção ($M=6.44$; ± 8.87). O valor mais baixo refere-se às queixas somáticas ($M=0.30$; ± 1.29). Os resultados obtidos relativamente à internalização e externalização apontam para mínimos de 0 e máximos a oscilar entre 28 para a internalização e 36 para a externalização, tendo-se obtido o valor médio mais elevado para a internalização ($M=3.98$; ± 4.64) (ver Tabela 63).

Tabela 63 - Estatísticas relativas às síndromes da TRF

	Min	Max	M	D.P.
Ansiedade/Depressão	0	12	1.99	2.49
Isolamento/Depressão	0	14	1.7	2.45
Queixas somáticas	0	8	0.30	1.29
Problemas sociais	0	8	0.52	1.23
Problemas de pensamento	0	13	0.24	1.08
Problemas de desatenção	0	25	4.04	5.50
Hiperatividade	0	19	2.39	4.17
Comportamento delincente	0	21	1.24	2.91
Comportamento agressivo	0	17	1.52	2.94
Problemas atenção	0	38	6.44	8.87
Fator global TRF	0	78	13.94	16.38
Internalização	0	28	3.98	4.64
Externalização	0	36	2.76	5.51

Os perfis de competências mostram as áreas nas quais os resultados obtidos estão distribuídos pelos níveis normativo, *borderline* ou clínico. Pela análise da Tabela 64, é possível constatar que ambos os sexos se encontram situados no nível normativo em todos os parâmetros da escala. Os problemas de pensamento são a síndrome com maior representatividade no nível normativo (98.3%), com predominância nos rapazes (100%). A Ansiedade/depressão apresenta o valor mais elevado no nível *borderline* (4.5%), predominantemente no sexo feminino (7.9%), existindo diferença estatística significativa ($X^2=4.712$; $p=0.030$).

Os comportamentos de externalização predominam sobre os de internalização no nível normativo (88.8%), maioritariamente nas raparigas (89.9%). No nível clínico a percentagem destes comportamentos é maior nos rapazes (5.6%). Contudo, os comportamentos de internalização assumem o valor mais elevado no nível clínico (7.3%), com dominância nas raparigas (9.0%). Não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 64- Estatísticas relativas aos níveis normativo, *borderline* ou clínico das síndromes em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		X ²	p
	N (89)	% (100)	N (89)	% (100)	N (178)	% (100)		
Ansiedade/Depressão							4.712 (50%)	0.030
Normativo	88	98.9	82	92.1	170	95.5	Fisher=0.064	
Borderline	1	1.1	7	7.9	8	4.5		
Isolamento/Depressão							0.000 (66.7%)	1.000
Normativo	84	94.4	84	94.4	168	94.4		
Borderline	3	3.4	3	3.4	6	3.4		
Clínico	2	2.2	2	2.2	4	2.2		
Queixas Somáticas							0.206 (50%)	0.650
Normativo	86	96.6	87	97.8	173	97.2	Fisher=1.000	
Clínico	3	3.4	2	2.2	5	2.8		
Problemas Sociais							1.023 (50%)	0.312
Normativo	88	98.9	86	96.6	174	97.8	Fisher=0.621	
Borderline	1	1.1	3	3.4	4	2.2		
Problemas de pensamento							3.051 (66.7%)	0.217
Normativo	89	100.0	86	96.6	175	98.3		
Borderline	-	0.0	2	2.2	2	1.1		
Clínico	-	0.0	1	1.1	1	0.6		
Problemas de Atenção							2.149 (66.7%)	0.342
Normativo	85	95.5	84	94.4	169	94.9		
Borderline	4	4.5	3	3.4	7	3.9		
Clínico	-	0.0	2	2.2	2	1.1		
Comportamento delinquente							4.096 (66.7%)	0.129
Normativo	81	91.0	85	95.5	166	93.3		
Borderline	4	4.5	4	4.5	8	4.5		
Clínico	4	4.5	-	0.0	4	2.2		
Comportamento agressivo							0.206 (50%)	0.650
Normativo	87	97.8	86	96.6	173	97.2	Fisher=1.000	
Borderline	2	2.2	3	3.4	5	2.8		
Fator global TRF							3.006 (66.7%)	0.222
Normativo	80	89.9	81	91	161	90.4		
Borderline	6	6.7	2	2.2	8	4.5		
Clínico	3	3.4	6	6.7	9	5.1		
Internalização							0.715	0.687
Normativo	78	87.6	75	84.3	153	86.0		
Borderline	6	6.7	6	6.7	12	6.7		
Clínico	5	5.6	8	9.0	13	7.3		
Externalização							0.525	0.769
Normativo	78	87.6	80	89.9	158	88.8		
Borderline	6	6.7	6	6.7	12	6.7		
Clínico	5	5.6	3	3.4	8	4.5		

Pela análise da Tabela 65, é possível aferir que os problemas de pensamento são a síndrome com maior representatividade no nível normativo (98.3%), predominante nos adolescentes com idade igual ou inferior a 13 anos (98.8%), sem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4.043$; $p=0.400$). O comportamento delinquente é o que apresenta maior valor no nível *borderline* (4.5%), com predomínio nos adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos (11.5%), com diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2=20.728$; $p=0.000$). A externalização assume um valor mais elevado que a internalização no nível normativo (88.8%), predominantemente nos adolescentes com idade igual ou inferior a 13

anos (96.3%), com diferença estatística bastante significativa ($X^2=15.821$; $p=0.003$). A internalização assume valores mais elevados no nível clínico (7.3%), maioritariamente nos adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos (15.4%), havendo diferenças estatisticamente significativas ($X^2=12.534$; $p=0.014$). Através a análise da mesma tabela é possível verificar que, tanto na internalização como na externalização, a percentagem de adolescentes que se situa no nível normativo vai diminuindo à medida que a idade vai aumentando, com conseqüente aumento dos níveis *borderline* e clínico.

Tabela 65 - Estatísticas relativas aos níveis normativo, *borderline* ou clínico das síndromes em função da idade

	≤13 Anos		14 Anos		≥15 Anos		Total		X ²	p
	N (81)	%(100)	N (71)	%(100)	N (26)	%(100)	N (178)	%(100)		
Ansiedade/Depressão										
Normativo	78	96.3	67	94.4	25	96.2	170	95.5	0.358 (50.0%)	0.836
Borderline	3	3.7	4	5.6	1	3.8	8	4.5		
Isolamento/Depressão										
Normativo	79	97.5	68	95.8	21	80.8	168	94.4	15.254 (66.7%)	0.004
Borderline	1	1.2	3	4.2	2	7.7	6	3.4		
Clínico	1	1.2	-	0.0	3	11.5	4	2.2		
Queixas somáticas										
Normativo	80	98.8	68	95.8	25	96.2	173	97.2	1.360 (50.0%)	0.507
Clínico	1	1.2	3	4.2	1	3.8	5	2.8		
Problemas Sociais										
Normativo	80	98.8	69	97.2	25	96.2	174	97.8	0.786 (50.0%)	0.675
Borderline	1	1.2	2	2.8	1	3.8	4	2.2		
Problemas de pensamento										
Normativo	80	98.8	70	98.6	25	96.2	175	98.3	4.043 (66.7%)	0.400
Borderline	1	1.2	-	0.0	1	3.8	2	1.1		
Clínico	-	0.0	1	1.4	-	0.0	1	0.6		
Problemas de Atenção										
Normativo	79	97.5	68	95.8	22	84.6	169	94.9	13.631 (66.7%)	0.009
Borderline	2	2.5	1	1.4	4	15.4	7	3.9		
Clínico	-	0.0	2	1.1	-	0.0	2	1.1		
Comportamento delinquente										
Normativo	81	100.0	65	91.5	20	76.9	166	93.3	20.728 (66.7%)	0.000
Borderline	-	0.0	5	7.0	3	11.5	8	4.5		
Clínico	-	0.0	1	1.4	3	11.5	4	2.2		
Comportamento agressivo										
Normativo	81	100.0	68	95.8	24	92.3	173	97.2	5.134 (50.0%)	0.077
Borderline	-	0.0	3	4.2	2	7.7	5	2.8		
Fator global TRF										
Normativo	78	96.3	64	90.1	19	73.1	161	90.4	12.668 (66.7%)	0.013
Borderline	2	2.5	3	4.2	3	11.5	8	4.5		
Clínico	1	1.2	4	5.6	4	15.4	9	5.1		
Internalização										
Normativo	74	91.4	62	87.3	17	65.4	153	86.0	12.534 (33.3%)	0.014
Borderline	4	4.9	3	4.2	5	19.2	12	6.7		
Clínico	3	3.7	6	8.5	4	15.4	13	7.3		
Externalização										
Normativo	78	96.3	62	87.3	18	69.2	158	88.8	15.821 (55.6%)	0.003
Borderline	2	2.5	6	8.5	4	15.4	12	6.7		
Clínico	1	1.2	3	4.2	4	15.4	8	4.5		

Análise inferencial

Pela análise da tabela 66, é possível aferir que os professores do género masculino apresentam ordenações médias superiores às dos professores do género feminino, percecionando assim mais a totalidade das síndromes e, conseqüentemente, os comportamentos de internalização (OM=106.57) e de externalização (OM=108.68), com diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0.001$).

Tabela 66 -Teste U Mann Whitney entre género do professor e escala de síndromes

	Professores do género Masculino OM	Professores do género Feminino OM	z	P
Ansiedade/depressão	103.32	70.72	-4.204	.000
Isolamento/depressão	102.88	70.91	-4.188	.000
Queixas somáticas	87.47	77.51	-2.393	.017
Problemas sociais	102.14	71.23	-5.096	.000
Problemas de pensamento	97.65	73.15	-5.032	.000
Problemas de desatenção	100.74	71.83	-3.727	.000
Hiperatividade	96.86	73.49	-3.240	.001
Comportamento delinquente	109.32	68.15	-6.199	.000
Comportamento agressivo	104.92	70.04	-4.937	.000
Problemas de atenção	100.04	72.13	-3.565	.000
Internalização	106.57	69.33	-4.703	.000
Externalização	108.68	68.42	-5.525	.000
Fator global TRF	110.01	67.85	-5.283	.000

Procurou-se entender em que medida a idade influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que o aumento da idade influencia positivamente todas as síndromes, sendo maioritariamente os alunos com 15 ou mais anos de idade os que apresentam a generalidade das síndromes. Conseqüentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam uma ordenação maior nesta faixa etária. Nos alunos com 14 anos os comportamentos de externalização predominam sobre os de internalização, contrariamente ao que acontece com os alunos com idade igual ou inferior a 13 anos. Pela análise da Tabela 67, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas em quase todos os parâmetros da tabela ($p < 0.05$), com exceção da ansiedade/depressão ($p = 0.276$) e das queixas somáticas (0.643).

Tabela 67 - Teste Kruskal-Wallis entre grupos etários e escala de síndromes

	≤13 anos OM	14 anos OM	≥ 15 anos OM	x ²	P
Ansiedade/depressão	87.22	86.79	104.02	2.574	.276
Isolamento/depressão	76.86	94.22	116.00	13.601	.001
Queixas somáticas	87.48	91.13	91.37	.885	.643
Problemas sociais	78.51	96.71	104.04	12.317	.002
Problemas de pensamento	83.48	94.32	95.08	5.999	.050
Problemas de desatenção	67.86	102.68	120.90	30.212	.000
Hiperatividade	77.85	97.88	102.90	9.594	.008
Comportamento delincente	76.36	93.31	120.02	21.369	.000
Comportamento agressivo	73.65	97.39	117.33	21.856	.000
Problemas de atenção	69.02	103.19	115.90	25.608	.000
Internalização	79.01	92.07	115.15	10.173	.006
Externalização	72.33	97.20	121.94	25.027	.000
Fator global TRF	67.69	103.14	120.21	28.818	.000

Procurou-se entender em que medida o ano de escolaridade influenciava as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que o 7ºano de escolaridade é o que apresenta maior representatividade da generalidade das síndromes, com exceção dos problemas sociais e problemas de pensamento, com maior representatividade no 9ºano. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam uma ordenação maior nos alunos que frequentam o 7ºano. Nos alunos que frequentam o 8ºano os comportamentos de externalização predominam sobre os de internalização, contrariamente ao que acontece com os alunos que frequentam o 9ºano, com maior representatividade dos comportamentos de internalização. Pela análise da Tabela 68, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas apenas nas queixas somáticas ($p=0.036$).

Tabela 68 - Teste Kruskal-Wallis entre ano de escolaridade e escala de síndromes

	7º ano OM	8º ano OM	9º ano OM	x ²	P
Ansiedade/depressão	102.98	85.98	88.18	2.693	.260
Isolamento/depressão	95.87	86.06	92.06	1.114	.573
Queixas somáticas	95.82	84.78	94.38	6.623	.036
Problemas sociais	94.93	84.13	96.05	3.829	.147
Problemas de pensamento	84.15	84.37	101.72	12.528	.002
Problemas de desatenção	101.45	83.64	93.25	3.301	.192
Hiperatividade	97.40	88.48	86.85	1.089	.580
Comportamento delincente	98.28	90.05	83.55	2.300	.317
Comportamento agressivo	98.48	87.87	87.33	1.422	.491
Problemas de atenção	103.05	84.02	91.66	3.373	.185
Internalização	101.55	85.33	90.15	2.315	.314
Externalização	101.93	86.89	87.13	2.518	.284
Fator global TRF	104.75	82.77	92.93	4.498	.105

Procurou-se entender em que medida o sexo influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann Whitney, verificou-se que o sexo feminino é o que apresenta maior representatividade na ansiedade/depressão, isolamento, queixas somáticas e problemas sociais. O sexo masculino apresenta maior representatividade nos problemas de pensamento, problemas de atenção (problemas de desatenção e hiperatividade) e nos comportamentos delinquentes e agressivos. Consequentemente, os comportamentos de internalização predominam no sexo feminino (OM=99.71) e os comportamentos de externalização no sexo masculino (OM=97.15). Pela análise da Tabela 69, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas na ansiedade/depressão, problemas de atenção, comportamento delinquentes, comportamento agressivo e nas escalas de internalização e externalização ($p < 0.05$).

Estes dados são consistentes com os de Bolsoni-Silva, Silveira, Cunha, Silva e Orti (2016) ao concluir que problemas de comportamento externalizantes têm maior ocorrência nos meninos do que nas meninas.

Tabela 69 - Teste U Mann Whitney entre sexo do aluno e escala de síndromes

	Masculino OM	Feminino OM	z	P
Ansiedade/depressão	75.91	103.09	-3.629	.000
Isolamento/depressão	85.94	93.06	-.966	.334
Queixas somáticas	88.98	90.02	-.263	.793
Problemas sociais	88.24	90.76	-.428	.669
Problemas de pensamento	89.90	89.10	-.177	.859
Problemas de desatenção	100.24	78.76	-2.859	.004
Hiperatividade	102.03	76.97	-3.603	.000
Comportamento delinquentes	97.46	81.54	-2.479	.013
Comportamento agressivo	97.30	81.70	-2.295	.022
Problemas de atenção	101.38	77.62	-3.137	.002
Internalização	79.29	99.71	-2.669	.008
Externalização	97.15	81.85	-2.169	.030
Fator global TRF	94.20	84.80	-1.219	.223

Procurou-se entender em que medida o grupo escolar influenciava as síndromes. Realizado o teste de U Mann Whitney, verificou-se no grupo escolar de Silgueiros predominam a maioria das síndromes, com exceção das queixas somáticas e dos problemas de pensamento, com maior representatividade no grupo escolar de Repeses. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização apresentam maior ordenação média no grupo escolar de Silgueiros. Pela análise da Tabela 70, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas em quase todos os parâmetros da tabela ($p < 0.05$), exceto nas queixas somáticas ($p = 0.836$).

Tabela 70 - Teste U Mann Whitney entre grupo escolar e escala de síndromes

	Ordenação média		z	P
	Silgueiros	Repeses		
Ansiedade/depressão	114.09	81.18	-3.819	.000
Isolamento/depressão	106.32	83.81	-2.659	.008
Queixas somáticas	88.80	89.74	-.207	.836
Problemas sociais	101.07	85.59	-2.287	.022
Problemas de pensamento	79.92	92.74	-2.479	.013
Problemas de desatenção	109.79	82.64	-3.141	.002
Hiperatividade	105.84	83.97	-2.734	.006
Comportamento delinquente	116.00	80.53	-4.800	.000
Comportamento agressivo	110.07	82.54	-3.521	.000
Problemas de atenção	110.07	82.54	-3.158	.002
Internalização	113.22	81.47	-3.608	.000
Externalização	116.39	80.40	-4.433	.000
Fator global TRF	117.21	80.12	-4.180	.000

Procurou-se entender em que medida o tempo de conhecimento do professor em relação ao aluno influenciava a sua percepção acerca das síndromes presentes no aluno. Realizado o teste de U Mann Whitney, verificou-se que os professores que conhecem os alunos há 2 anos detetam mais a ocorrência de síndromes comparativamente aos que conhecem os alunos há 1 ano ou menos, com exceção das queixas somáticas e dos problemas de pensamento. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização apresentam maior ordenação média nos professores que conhecem os alunos há 2 anos. Pela análise da Tabela 71, é possível averiguar que há diferenças estatisticamente significativas nos problemas de pensamento, problemas de atenção e nos comportamentos delinquente e agressivo, assim como na escala de externalização ($p < 0.05$).

Tabela 71 - Teste U Mann Whitney entre tempo de conhecimento do professor em relação ao aluno e escala de síndromes

	Ordenação média		z	P
	≤ 1 ano	2 anos		
Ansiedade/depressão	82.01	88.53	-.829	.407
Isolamento/depressão	81.04	90.73	-1.258	.208
Queixas somáticas	85.63	80.29	-1.252	.211
Problemas sociais	80.93	90.99	-1.630	.103
Problemas de pensamento	84.46	82.96	-.314	.754
Problemas de desatenção	78.20	97.19	-2.409	.016
Hiperatividade	79.78	93.60	-1.899	.058
Comportamento delinquente	79.84	93.46	-2.047	.041
Comportamento agressivo	79.71	93.75	-1.980	.048
Problemas de atenção	78.54	96.41	-2.247	.025
Internalização	81.74	89.14	-.920	.357
Externalização	78.97	95.45	-2.230	.026
Fator global TRF	77.87	97.94	-2.475	.013

Procurou-se entender em que medida as aulas de apoio influenciavam as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que as aulas de apoio influenciam positivamente na generalidade das síndromes, com exceção dos problemas de pensamento. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam maior ordenação média nas aulas de apoio. Pela análise da Tabela 72, é possível verificar que há diferenças estatísticas altamente significativas para quase todos os parâmetros da tabela, com exceção das queixas somáticas e dos problemas de pensamento ($p < 0.001$).

Tabela 72- Teste Kruskal-Wallis entre aulas de apoio e escala de síndromes

	Ordenação média			χ^2	P
	Sim	Não	Não referido		
Ansiedade/depressão	114.35	90.16	74.37	13.495	.001
Isolamento/depressão	130.09	80.66	79.66	27.705	.000
Queixas somáticas	97.38	90.13	84.08	5.489	.064
Problemas sociais	117.50	86.22	78.48	21.980	.000
Problemas de pensamento	91.45	93.33	82.64	4.599	.100
Problemas de desatenção	138.95	75.48	82.40	40.103	.000
Hiperatividade	124.05	83.09	79.47	22.675	.000
Comportamento delinvente	126.27	79.28	83.91	30.249	.000
Comportamento agressivo	131.74	80.68	78.69	35.246	.000
Problemas de atenção	134.86	77.35	81.91	32.930	.000
Internalização	128.27	84.89	74.36	24.867	.000
Externalização	132.06	79.93	79.65	33.121	.000
Fator global TRF	140.85	79.91	74.67	40.713	.000

Procurou-se entender em que medida reprovar de ano de escolaridade influenciavam as síndromes. Realizado o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que reprovar de ano de escolaridade influencia positivamente todas as síndromes. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam maior ordenação média nas reprovações de ano. Pela análise da Tabela 73, é possível verificar que há diferenças estatisticamente significativas para quase todos os parâmetros da tabela, com exceção das queixas somáticas, dos problemas sociais e dos problemas de pensamento. A reprovação de anos de escolaridade é determinante significativamente na deteção de síndromes e comportamentos de internalização e externalização na perspetiva dos professores ($p < 0.05$).

Tabela 73 - Teste Kruskal-Wallis entre reprovações e escala de síndromes

	Não sei OM	Não OM	Sim OM	χ^2	P
Ansiedade/depressão	85.50	88.59	95.33	.669	.716
Isolamento/depressão	83.50	82.17	118.53	15.245	.000
Queixas somáticas	88.44	87.62	96.61	3.215	.200
Problemas sociais	92.04	85.52	101.29	4.481	.106
Problemas de pensamento	85.69	89.19	93.16	.921	.631
Problemas de desatenção	89.33	78.39	127.40	25.863	.000
Hiperatividade	90.10	84.25	106.93	6.467	.039
Comportamento delinquente	90.44	83.47	109.36	9.887	.007
Comportamento agressivo	86.69	81.97	117.01	16.266	.000
Problemas de atenção	93.46	78.68	123.59	21.531	.000
Internalização	80.46	83.65	115.60	11.475	.003
Externalização	91.40	81.28	116.14	14.880	.001
Fator global TRF	86.96	79.85	124.04	20.020	.000

Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes

Pela análise da matriz de correlação de Pearson (tabela 74), é possível aferir que os comportamentos de internalização têm correlação positiva e altamente significativa com a síndrome isolamento/depressão (variância explicada=67.89%). Os comportamentos de externalização têm uma correlação positiva e altamente significativa com o comportamento agressivo (variância explicada=88.73%). Existem correlações negativas entre a ansiedade/depressão, a hiperatividade, o comportamento delinquente, os problemas de atenção e o isolamento/depressão. Ou seja, nos alunos onde é percebida ansiedade/depressão, são menos percebidos comportamentos delinquentes, hiperatividade e problemas de atenção. Há menor correlação entre a hiperatividade e o isolamento/depressão (-0.008) e maior correlação entre os problemas de atenção e problemas de desatenção (variância explicada=87.98%). No entanto, os problemas de atenção abrangem os problemas de desatenção e hiperatividade, conforme expresso anteriormente na Tabela 31 - Descrições das escalas de síndromes e dos itens-problema da TRF.

Tabela 74 - Matriz de correlação de Pearson entre as síndromes - TRF

	Ansiiedade/ depressão	Isolamento/ depressão	Queixas somáticas	Problemas sociais	Problemas de pensamento	Problemas de desatenção	Hiperatividade	Comportamento delinquente	Comportamento agressivo	Problemas de atenção	Internalização	Externalização
Isolamento/depressão	.462**											
Queixas somáticas	.149*	.173 [†]										
Problemas sociais	.468**	.507**	.298**									
Problemas de pensamento	.361**	.339**	.083	.498**								
Problemas de desatenção	.075 n.s.	.425**	.293**	.444**	.177 [†]							
Hiperatividade	-.128 n.s.	-.008 n.s.	.055 n.s.	.211**	.107 n.s.	.676**						
Comportamento delinquente	-.021 n.s.	.234**	.087 n.s.	.170 [†]	.113 n.s.	.703**	.714**					
Comportamento agressivo	.041 n.s.	.156 [†]	.056 n.s.	.278**	.192 [†]	.717**	.845**	.774**				
Problemas de atenção	-.014 n.s.	.260**	.207**	.375**	.160 [†]	.938**	.889**	.772**	.842**			
Internalização	.821**	.824**	.449**	.601**	.395**	.346**	-.058 n.s.	.137	.120 n.s.	.187 [†]		
Externalização	.011 n.s.	.207**	.076 n.s.	.238**	.162 [†]	.754**	.828**	.941**	.942**	.857**	.136	
Fator global	.288**	.505**	.293**	.562**	.357**	.905**	.767**	.794**	.841**	.922**	.503**	.868**

* p<0.05

**p<0.001

n.s. p>0.05

Em Súmula:

De acordo com os dados obtidos pelos professores, pode de igual modo tratar-se de um aluno do sexo masculino ou do sexo feminino, com idade igual ou inferior a 13 anos, que frequenta 8º ano de escolaridade, no grupo escolar de Repeses.

Do total de professores inquiridos, 65.2% conhece os alunos em há 1 ano ou menos, entendendo assim conhece-los razoavelmente (62.4%). Os professores que conhecem os alunos há 2 anos detetam mais a ocorrência de síndromes e, conseqüentemente, os comportamentos de internalização e externalização, comparativamente aos que conhecem os alunos há 1 ano ou menos.

Os resultados obtidos em relação às síndromes apontam para o valor médio mais elevado para os problemas de atenção (M=6.44; ±8.87) e para os comportamentos de internalização (M=3.98; ±4.64).

Os professores do género masculino percecionam mais a totalidade das síndromes comparativamente aos professores do género feminino e, conseqüentemente, os

comportamentos de internalização (OM=106.57) e de externalização (OM=108.68), com diferenças estatísticas altamente significativas.

O aumento da idade influencia positivamente todas as síndromes, sendo maioritariamente os alunos com 15 ou mais anos de idade os que apresentam a generalidade das síndromes. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam uma ordenação maior nesta faixa etária, com diferenças estatisticamente significativas.

Do total dos alunos (53.4%) frequenta o 8º ano de escolaridade. No entanto, o 7º ano de escolaridade é o que apresenta maior representatividade da generalidade das síndromes e, consequentemente, dos comportamentos de internalização e externalização.

Os comportamentos de internalização predominam nos alunos do sexo feminino e os comportamentos de externalização no sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas.

No grupo escolar de Silgueiros predominam a maioria das síndromes e, consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização. Contudo, a maior parte do total dos alunos (74.7%) frequenta o grupo escolar de Repeses.

A frequência de aulas de apoio e a reprovação de ano de escolaridade influenciam positivamente na generalidade das síndromes. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam maior representatividade nos alunos que frequentam aulas de apoio e nos que reprovaram de ano de escolaridade, com diferenças estatisticamente significativas.

Os comportamentos de internalização têm correlação positiva e altamente significativa com a síndrome isolamento/depressão. Os comportamentos de externalização têm uma correlação positiva e altamente significativa com o comportamento agressivo. Existem correlações negativas entre a ansiedade/depressão, a hiperatividade, o comportamento delincente, os problemas de atenção e o isolamento/depressão. Ou seja, nos alunos onde é percecionada ansiedade/depressão, são menos percecionados comportamentos delinquentes, hiperatividade e problemas de atenção. Há menor correlação entre a hiperatividade e o isolamento/depressão e maior correlação entre os problemas de atenção e problemas de desatenção. No entanto, os problemas de atenção abrangem os problemas de desatenção e hiperatividade.

3 – Discussão integrativa

Apesar de se tratarem de estudos distintos, é imperativo considerar a perspectiva dos pais e a perspectiva dos professores, na deteção e perceção dos comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo. Pais e professores devem agir como parceiros educacionais, justificando assim uma análise e discussão integrativas dos factos.

Segundo os dados obtidos no Estudo 1, os pais percecionam mais os comportamentos de internalização ($M=310.26; \pm 8.66$), nomeadamente a síndrome ansiedade/depressão ($M=4.70; \pm 4.28$). Estes comportamentos prevalecem nos alunos do sexo feminino e nos alunos com 13 anos de idade. O ano de escolaridade é determinante na ocorrência de comportamentos de internalização e externalização ($p < 0.005$), prevalecendo nos alunos que frequentam o 8º ano de escolaridade. Na perspectiva dos pais, se o seu educando tiver com eles um relacionamento em média semelhante ao das outras crianças com os seus pais, há uma influência positiva todas as síndromes e, conseqüentemente nos comportamentos de internalização e externalização. Existem diferenças estatisticamente significativas nos problemas de pensamento, no comportamento agressivo e nos comportamentos de externalização. Salavessa (2015), a este respeito, salienta a importância da qualidade de vinculação dos adolescentes com os pais, determinante para a existência/inexistência de alguns problemas de comportamento, concluindo que quanto menor a qualidade da relação de vinculação, maior a relevância de padrões de comportamento disfuncionais, independentemente do género. Uma relação de não confiança com os pais é um fator preditor de problemas de comportamento e falta de confiança nos pares (Roelofs, Onckels, & Muris, 2013). Para Machado (2017) existe uma relação positiva entre os problemas de externalização e de internalização e a menor confiança, menor comunicação e maior isolamento relativamente aos pais, com correlações positivas e significativas entre os problemas de comportamento reportados pelos adolescentes e os problemas reportados pelos seus pais. Martins (2016) considera que quanto maior é o suporte emocional percecionado pelos adolescentes face aos pais, menos comportamentos agressivos e de *bullying* são percecionados. Por outro lado, quanto maior a perceção de sobreproteção e de rejeição na relação com os pais, mais frequente é a prática de comportamentos agressivos e de *bullying*.

À semelhança dos pais, os dados do Estudo 2 revelam que os professores percecionam mais os comportamentos de internalização ($M=3.98; \pm 4.64$), sendo a síndrome

mais detetada corresponde aos problemas de atenção ($M=6.44$; ± 8.87). Os professores do género masculino percecionam mais síndromes e, conseqüentemente, comportamentos de internalização e externalização, em comparação com os professores do género feminino, com diferenças estaticamente significativas, pelo que o género do professor é preditor da perceção de problemas comportamentais nos alunos ($p<0.01$). Neste estudo, é possível constatar que os comportamentos de internalização predominam nos alunos do sexo feminino ($OM=99.71$) e os comportamentos de externalização no sexo masculino ($OM=97.15$), com diferenças estatisticamente significativas, sendo o género uma determinante na perceção de comportamentos de internalização e externalização dos alunos do terceiro ciclo, na perspectiva dos professores. Estes dados são consistentes com os de Bolsoni-Silva, et al. (2016) que reporta mais comportamentos de externalização nos meninos do que nas meninas.

Contrariamente ao que acontece com os pais, na perspectiva dos professores o aumento da idade influencia positivamente nos comportamentos de internalização e externalização, sendo mais prevalentes nos alunos com 15 ou mais anos de idade. Para os professores, é no 7º ano de escolaridade que prevalece a generalidade das síndromes e, conseqüentemente, dos comportamentos de internalização e externalização. O grupo escolar frequentado pelos alunos do terceiro ciclo é preditor da ocorrência de comportamentos de internalização e externalização. Apesar de 74.2% dos alunos frequentar o grupo escolar de Repeses, é nos alunos do grupo escolar de Silgueiros que estes comportamentos prevalecem. A frequência de aulas de apoio e a reprovação de ano de escolaridade são também determinantes nos comportamentos de internalização e externalização. Segundo Bai e Repetti (2017), a escola representa um espaço onde os adolescentes experienciam e manifestam vários comportamentos, seja na relação com os pares ou na relação com os professores. Os problemas nas escolas podem aumentar o risco de comportamentos de internalização e de externalização. Para Santos (2017) é necessário promover junto dos professores uma atitude que enfatize a dimensão emocional dos alunos, de forma a estarem mais atentos aos comportamentos de internalização, que não são tão observáveis como problemas de externalização, e a sua relação com a realização académica. O professor assume um papel preponderante na educação dos adolescentes, sendo as suas competências enquanto educador uma ferramenta para o desenvolvimento eficaz e sustentável do capital humano. Para além das suas capacidades na transmissão do conhecimento, no comprometimento do professor com o trabalho e na gestão da sala de aula, a autoeficácia e inteligência emocional são também parte integrante da capacitação para um impacto otimizado e sustentável no desenvolvimento do capital humano (Onyilo & Shamo, 2017). Para os mesmos autores, como o desenvolvimento do

capital humano de uma sociedade está inextricavelmente ligado ao seu sistema educacional, não é de surpreender que mais e melhor educação reflita o grau de desenvolvimento de uma sociedade (Onyilo & Shamo, 2017).

A prática de desporto influencia negativamente nos comportamentos de internalização ($p=0.027$) e externalização ($p=0.012$). Estes dados são corroborados por Silva, et al. (2013), que referem que a inteligência emocional e satisfação com a vida percebidas pelos adolescentes estão intimamente correlacionadas com a prática desportiva, sendo significativamente superiores nos praticantes de desporto.

A atividade ou passatempo mais praticado pelos alunos é ler (29.5%), seguida de atividades musicais (24.6%) e passatempos envolvendo o recurso a computador, telemóvel, videojogos e internet (22.1%). Choo, Sim, Liau, Gentile e Khoo (2014) examinaram os principais efeitos da proximidade entre pais e filhos e a restrição parental de videojogos nos sintomas patológicos em crianças e adolescentes, concluindo que maior proximidade entre pais e filhos teve um efeito principal significativo na diminuição do número de sintomas patológicos, enquanto que a restrição parental de videojogos não surtiu nenhum efeito. Os resultados obtidos levam a considerar que regras restritivas e regulamentos estabelecidos pelos pais sobre o uso de videojogos da criança podem não ser uma maneira eficaz de reduzir os sintomas patológicos, destacando a importância do vínculo entre pais e filhos em avaliações e adoção de medidas preventivas para crianças e adolescentes que apresentam sintomas patológicos decorrentes da utilização de videojogos (Choo, Sim, Liau, Gentile & Khoo 2014).

As tarefas de apoio familiar e domésticas influenciam positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas de pensamento e de atenção e na internalização. Contudo, é possível averiguar um aumento ao nível das restantes síndromes e na externalização. O auxílio neste tipo de tarefas tem repercussões nas relações no seio familiar e no rendimento escolar dos adolescentes. Pestana, Duarte, Coutinho, Chaves, Nelas e Amaral (2016), sobre esta temática, referem que a participação em tarefas domésticas é promotora de capacidades (como organização, responsabilidade, autonomia, concentração, entre outras), que envolvem uma melhor capacitação em cidadania ativa, sendo promotoras de um melhor rendimento escolar. Puhrová e Majerčíková (2017) alertam para a importância de os pais desenvolverem estratégias que motivem as crianças para a execução de tarefas domésticas. Segundo estes autores, as crianças esperam e precisam do reforço positivo dos pais. Elas precisam de saber que os pais acreditam nas suas habilidades, conhecimentos, promovendo e motivando assim a nível educacional familiar e académico. Os mesmos autores alertam a importância dos

professores neste contexto, salientando tanto a visão dos pais como a perspectiva dos professores, enquanto agentes educadores nas escolas, parceiros imperativos na educação das crianças.

Durante a adolescência, os amigos e a relações com eles estabelecidas fazem parte do processo de desenvolvimento normativo e não normativo. Com a crescente e progressiva autonomia em relação à família, o adolescente tende a estabelecer relações privilegiadas no grupo de pares com o qual se identifica e que tem grande relevo no seu processo de socialização (Rocha, 2016). Dados do estudo de Rocha (2016) sobre amigos, tempo livre e atividades dos jovens revelam que em 2016, os jovens passaram mais tempo com os amigos (comparando com dados de 2006), registrando-se um decréscimo do número de amigos com comportamento violento. De acordo com o Estudo 1, é possível aferir que ter um amigo influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas sociais, de pensamento e de atenção ($p=0.006$), no comportamento agressivo e, conseqüentemente, na internalização e na externalização. O aumento do número de amigos não influencia positivamente nenhuma das síndromes, no entanto, existe um aumento ao nível do isolamento/depressão e comportamento delinquente na ausência de amigos. Num estudo sobre felicidade e na satisfação com a vida dos adolescentes em Hong Kong, Chui e Wong (2015) constatam que, enquanto a auto-estima e o sentido da vida estão associados a maior felicidade e satisfação com a vida, ter mais amigos próximos está relacionado à felicidade maior, mas não necessariamente a maior satisfação com a vida. Os adolescentes do género masculino com melhor desempenho académico são mais felizes, mas não necessariamente mais satisfeitos com a vida, contrariamente ao que acontece com adolescentes do género feminino, considerando a satisfação com a vida uma sensação de prazer e realização mais profundas e a longo prazo do que a felicidade (Chui & Wong, 2015).

Nos estudos 1 e 2 é possível aferir que os comportamentos de internalização têm correlação positiva e significativa com a síndrome isolamento/depressão e os comportamentos de externalização têm uma correlação positiva e significativa com o comportamento agressivo. Num estudo sobre efeitos o afeto parental e pressão académica nos sintomas ansiedade e depressão em adolescentes chineses, foi possível concluir que o maior afeto dos pais reduz a associação entre a pressão académica e sintomas psicopatológicos dos adolescentes. Os adolescentes associam as mães às relações de maior afeto e também de maior pressão do que seus pais, contudo, a paternidade em geral (principalmente a pressão académica) tem associações mais fortes com a ansiedade e depressão dos adolescentes do que as relações com a mãe (Quach, Epstein, Riley,

Falconier & Fang, 2013). O estudo de Crocetti, Klimstra, Hale, Koot e Meeus (2013) sobre o impacto dos problemas de externalização no desenvolvimento da identidade conclui que os adolescentes com elevados sintomas de externalização revelaram maior dificuldade em desenvolver uma identidade sólida. O mesmo estudo alerta ainda para os problemas comportamentais de externalização juntamente com uma identidade incoerente poderem reforçar-se mutuamente numa espiral negativa (Crocetti, et al., 2013). De acordo com Lyons, et al. (2014) os alunos mais satisfeitos com a escola apresentam menos problemas de internalização e externalização, considerando também que níveis mais elevados de satisfação com a vida podem ser um fator protetor contra comportamentos de externalização e de internalização.

4 - Conclusão

Pretende-se que esta conclusão seja um ponto de reflexão sobre o estudo realizado, de modo a realçar os resultados obtidos, mas sempre com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões relacionadas com os comportamentos de internalização e externalização dos adolescentes, na perspetiva dos pais e na perspetiva dos professores.

De acordo com os dados obtidos através do estudo com os pais, maioritariamente pelas mães, o perfil do aluno é do sexo masculino, com 13 anos de idade, que frequenta o 8º ano de escolaridade, pratica desporto, cujo principal passatempo é ler e auxilia nas tarefas de apoio familiar e domésticas. Segundo a perceção dos encarregados de educação, a ansiedade/depressão é a síndrome mais representativa ($M=4.70; \pm 4.28$), seguindo-se o comportamento agressivo ($M=4.21; \pm 4.78$), com maior representatividade nos comportamentos de internalização ($M=310.26 \pm 8.66$) comparativamente aos de externalização. Os educandos do sexo feminino apresentam índices mais elevados no que concerne às síndromes ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento e comportamento agressivo. Os problemas de atenção e o comportamento delinvente assumem valores mais elevados nos educandos do sexo masculino. Os comportamentos de internalização e externalização predominam no sexo feminino, com maior representatividade na internalização ($M=11.76; \pm 9.44$). As crianças com 13 anos de idade apresentam índices mais elevados em todas as síndromes, do que as crianças com 14 ou mais anos de idade e, conseqüentemente, nos comportamentos de internalização ($M=10.81; \pm 8.83$) e externalização ($M=7.18; \pm 9.32$). Estes são também predominantes nas crianças que frequentam o 8ºano, estabelecendo-se assim relação entre o ano de escolaridade e os comportamentos de internalização ($p=0.007$) e de externalização ($p=0.033$). A maior parte dos rapazes pratica desporto (96.3%), o que é também comum à maioria das raparigas (71.6%). As crianças que praticam desporto são menos propensas ao desenvolvimento de síndromes e, conseqüentemente, de comportamentos de internalização e externalização. Do total da amostra, 88.5% desempenha tarefas domésticas e de apoio familiar, sendo constituída na sua maioria por alunos do sexo feminino (89.6%). Executar estas tarefas influencia positivamente a ansiedade/depressão, as queixas somáticas, os problemas de pensamento e de atenção e a internalização. Dos encarregados de educação inquiridos, 46.6% relata que o filho tem 4 ou mais amigos, com os quais está 1 a 2 vezes por semana, fora do tempo de aulas. Ter um

amigo influencia positivamente na ansiedade/depressão, nas queixas somáticas, nos problemas sociais, de pensamento e de atenção, no comportamento agressivo e, conseqüentemente, na internalização e na externalização. O aumento do número de amigos não influencia positivamente nenhuma das síndromes. Existe um aumento ao nível do isolamento/depressão e comportamento delinquente na ausência de amigos. Estar com os amigos três ou mais vezes por semanal influencia positivamente o comportamento delinquente e a externalização. Estar com os amigos menos do que uma vez por semana influencia positivamente o isolamento/depressão, os problemas sociais e os problemas de atenção. A maioria dos educandos não frequenta o ensino especial, não repetiu ano escolar nem reporta problemas escolares. No entanto, frequentar o ensino especial influencia positiva e significativamente na percepção da generalidade das síndromes e nos comportamentos de internalização ($p=0.009$) e externalização ($p=0.040$) na perspectiva dos pais. Os problemas escolares também influenciam de forma positiva e significativa todas as síndromes e, conseqüentemente nos comportamentos de internalização ($p=0.000$) e externalização ($p=0.041$), bem como as doenças ou deficiências físicas e/ou mentais na percepção dos comportamentos de internalização ($p=0.011$). As correlações entre as síndromes são positivas e significativas, havendo menor correlação entre problemas de atenção e queixas somáticas (0.396) e maior correlação entre comportamento agressivo e problemas sociais (0.766). No que concerne à internalização, existe maior correlação com a ansiedade/depressão e na externalização a maior correlação é estabelecida com o comportamento agressivo.

Os dados percebidos pelos professores em relação aos alunos indicados no estudo 2, pode de igual modo referenciar-se como um aluno do sexo masculino ou do sexo feminino, com idade igual ou inferior a 13 anos, que frequenta 8º ano de escolaridade, no grupo escolar de Repeses. Do total de professores inquiridos, 65.2% conhece os alunos em há 1 ano ou menos, entendendo assim conhecê-los razoavelmente (62.4%). Os professores que conhecem os alunos há 2 anos detetam mais a ocorrência de síndromes e, conseqüentemente, os comportamentos de internalização e externalização, comparativamente aos que conhecem os alunos há 1 ano ou menos. Os resultados obtidos em relação às síndromes apontam para o valor médio mais elevado para os problemas de atenção ($M=6.44$; ± 8.87) e para os comportamentos de internalização ($M=3.98$; ± 4.64). Os professores do género masculino percebem mais a totalidade das síndromes comparativamente aos professores do género feminino e, conseqüentemente, os comportamentos de internalização ($OM=106.57$) e de externalização ($OM=108.68$), com diferenças estatísticas altamente significativas. O aumento da idade influencia positivamente todas as síndromes, sendo maioritariamente os alunos com 15 ou mais anos de idade os

que apresentam a generalidade das síndromes. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam uma ordenação maior nesta faixa etária, com diferenças estatisticamente significativas. Do total dos alunos (53.4%) frequenta o 8º ano de escolaridade. No entanto, o 7ºano de escolaridade é o que apresenta maior representatividade da generalidade das síndromes e, consequentemente, dos comportamentos de internalização e externalização. Os comportamentos de internalização predominam nos alunos do sexo feminino e os comportamentos de externalização no sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas. No grupo escolar de Silgueiros predominam a maioria das síndromes e, consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização. Contudo, a maior parte do total dos alunos (74.7%) frequenta o grupo escolar de Repeses. A frequência de aulas de apoio e a reprovação de ano de escolaridade influenciam positivamente na generalidade das síndromes. Consequentemente, os comportamentos de internalização e externalização também apresentam maior representatividade nos alunos que frequentam aulas de apoio e nos que reprovaram de ano de escolaridade, com diferenças estatisticamente significativas.

A educação é um pilar crucial no investimento e desenvolvimento adequado e sustentável do capital humano. A educação como um meio de desenvolvimento do capital humano incorpora a aquisição de habilidades que preparam o indivíduo para o trabalho e a promoção de comportamentos cívicos positivos, cimentando desta forma a coesão social que, consequentemente, consolida o capital social de uma nação (Iyoboyi & Muftau, 2014).

A educação de crianças e adolescentes exige esforços mútuos e de cooperação entre a família e a escola. Atualmente, com a cooperação dos dois grupos (pais e professores), os adolescentes percebem que o lar e a escola não estão separados e não há uma dicotomia entre as suas abordagens educacionais (Zare & Izadi, 2017), realçando deste modo as relações em tríade (Pais – Alunos – Professores), na melhoria da qualidade da educação.

Num estudo sobre habilidades emocionais e promoção do sucesso escolar, levado a cabo pela implementação de um programa de intervenção com os pais, foi possível concluir que importa aumentar a consciencialização dos pais sobre a sua ação e necessidade de mudança de práticas educacionais tradicionais que contribuem para a desmobilização das crianças diante das tarefas escolares, concomitantemente com a necessidade de estabelecer um contato mais próximo e mais sistemático com os professores (Ferreira, Duarte, Campos, Chaves, Felizardo & Cardoso, 2017).

As competências dos professores enquanto educadores são uma ferramenta para o desenvolvimento eficaz e sustentável do capital humano, não só enquanto detentores de

conhecimentos e capacidades de gestão, como nas competências socioemocionais (Onyilo & Shamo, 2017).

Para futuros estudos, seria importante correlacionar os resultados deste estudo com a autoavaliação dos adolescentes. Estudos que abarcassem os alunos do ensino secundário trariam dados considerados mais-valias, uma vez que estes se encontram num percurso académico diferente, sujeitos a outros fatores de stress, como é o caso dos exames nacionais.

O papel do enfermeiro nas escolas nos gabinetes de saúde deve ser novamente ponderado. Dada a sua pertinência no contexto da Saúde Escolar, dever-se-á permitir o repensar de outros *settings* de ação. A capacitação das famílias e da comunidade escolar representam pilares fulcrais na aquisição de ferramentas para tomadas de decisão mais informadas e conscientes. A intervenção do enfermeiro ao nível das competências socioemocionais das crianças e adolescentes constitui um desafio, imperativo junto dos professores e restante comunidade escolar e das famílias. Neste contexto, considera-se desafiante o desenvolvimento e implementação, pelo enfermeiro no contexto da Saúde Escolar, de projetos na área das competências socioemocionais, que visem a evolução eficaz e sustentável do capital humano.

5- Referências

- Achenbach T.M., Rescorla L.A., Dias P., Ramalho V., Lima V.S., Machado, B.C. (2014). Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar. Psiquibrios Edições.
- Bai, S. & Repetti, R. L. (2017) Negative and Positive Emotion Responses to Daily School Problems: Links to Internalizing and Externalizing Symptoms. Springer Science+Business Media New York
- Boing, E., Crepaldi, M.A. (2016). Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. 59, p. 17-33
- Bolsoni-Silva, A.T., Silveira, A.M., Cunha, E.V., Silva, L.L. e Orti, N.P. (2016). Problemas de Comportamento e Funcionamento Adaptativo no Teacher's Report Form (Trf): Comparações por gênero e escolaridade. Revista Interinstitucional de Psicologia, 9 (1), 141 – 155
- Chaves, M. M. N., Santos, N. P., Larocca, L. M., Luccas, D. S., Freitas, J. S., Nunes, P. (2017). Reconhecer a realidade de adolescentes para a educação em saúde: a contribuição da pesquisa qualitativa. Investigação Qualitativa em Saúde. Volume 2. 1155- 1162. Atas CIAIQ2017
- Choo, H., Sim, T., Liau, A. K. F., Gentile, D.A., Khoo, A. (2014). Parental Influences on Pathological Symptoms of Video-Gaming Among Children and Adolescents: A Prospective Study. Springer Science+Business Media New York 2014.
- Chui, W.H., Won, M. Y. H. (2015). Gender Differences in Happiness and Life Satisfaction Among Adolescents in Hong Kong: Relationships and Self-Concept. Springer Science+Business Media Dordrecht 2015.
- Coutinho, L. G. (2013). A Palavra e o Laço social Entre Adolescentes Na Escola. Interac es: N . 26, PP. 215-228 <http://www.eses.pt/interaccoes>
- Coutinho, M., Souza, M.S., Brauner, L., Valentini, N.C. (2015). A rotina de Atividades infantis no Ambiente Doméstico. Pensar a Prática, Goiânia, v. 18, n. 1
- Crocetti, E., Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Koot, H. M., Meeus, W. (2013). Impact of Early Adolescent Externalizing Problem Behaviors on Identity Development in Middle to Late

Adolescence: A Prospective 7-Year Longitudinal Study. *Journal of Youth Adolescence*, 42, 1745–1758. doi: 10.1007/s10964-013-9924-6.

Direção-Geral da Saúde – DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido em <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>

Fegran, L., Hall, E.O.C., Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., Ludvigsen, M.S. (2014). Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*. N°51. 123-135.

Ferreira, M., Duarte, J., Campos, S., Chaves, C., Felizardo, S., Cardoso, A.P. (2017). Emotional skills and promotion of school success: preliminary data of an intervention programme with parents. 3rd International Conference on Health and Health Psychology. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*.

Giacomoni, C.H., de Souza, L.K., Hutz, C.S. (2014). A visão das crianças sobre a felicidade. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Volume 18, Número 1; 143-150.

Gonzalez, F.J., (2004). Sistema de classificação de esportes com base nos critérios: cooperação, interação com o adversário, ambiente, desempenho comparado e objetivos táticos da ação. *Revista Digital - Buenos Aires - Ano 10 - N° 71* Departamento de Pedagogia. Curso de Educação Física. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Guerra, B. T., Rovaris, J. A., Mariano, M., Guidugli, P. M., Rosanti, S., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Análise das queixas da rede municipal encaminhadas para a Educação Especial. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19 (2), 321-328.01

Iyoboyi, M., Muftau, O. (2014). An Assessment of Human Capital Development in Nigeria through the Lens of Education. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*. Vol. 35, pp. 1-14

Junior, A. G. (2014). O comportamento como dimensão biológica dos organismos. *Psicologia e Análise do Comportamento: Conceituações e Aplicações à Educação, Organizações, Saúde e Clínica*. Editoração eletrónica: Humanidades Comunicação Geral. Universidade Estadual de Londrina.

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

- Machado, T.S. (2017). Problemas de externalização e internalização em pré-adolescentes e vinculação aos pais. *Revista De Estudios E Investigación En Psicología Y Educación* ISSN: 1138-1663; eISSN: 2386-7418 UDC / Uminho 2017, Vol. 4, No. 1, 42-51
- Marques, A., Bouw, M.I., Almeida, T., Martins, J., Costa, F.C. (2016). Atividade Física Dos Adolescentes Da Cidade De Lisboa. *journal Gymnasium*. Vol. 1, Número 2
- Martins, M.C. (2016). Perceção de adolescentes acerca da qualidade da relação com os pais e dos seus comportamentos de agressividade na escola. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento*. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. New York
- Monteiro, N.R.O., Nascimento, J.O.G., Montesanto, F.T., Azmar-Farias, M. (2013). Competência, problemas internalizantes e problemas externalizantes em quatro grupos de adolescentes. *Psico-USF*, vol. 18, núm. 3, pp. 427-436 Universidade São Francisco São Paulo, Brasil
- Moreira, P.N.O., Lima, K.Y.N., Tourinho, F.S.V., Santos, V.E.P. (2014). Assistência de enfermagem ao adolescente no âmbito escolar: uma pesquisa documental. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro.
- Nunes, S.A.N., Faraco, A.M.X., Vieira, M.L., Lisboa, C.S.M., Rubin, K.H. (2015). Relação entre Práticas Parentais e Problemas de Externalização e Internalização: Papel Mediador do Vínculo do Apego. *Interação Psicol.*, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 371-383
- Nunes-Valente, M., Monteiro, A.P. (2016). Inteligência Emocional em Contexto Escolar. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*. Volume 7, 2016, pp. 1-11
- Onyilo, B. O., Shamo, I. I. (2017). Teacher competence as a tool for effective and sustainable human capital development in the federal capital territory: Implications for career guidance. *International Journal of Psychology and Counselling*. Vol. 9(3), pp. 17-22
- Ordem dos Enfermeiros – OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Pestana, L., Duarte, J., Coutinho, E., Chaves, C., Nelas, P. e Amaral, O. (2016). Repercussões das atividades domésticas e de lazer no rendimento escolar dos

adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, num. 2, pp. 347-357

Pestana, M.H., Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo

Puhrová, B. P. e Majerčíková, J. (2017). Motivational Factors in Homework: Parent's Strategies. *Turkish Online Journal of Educational Technology – TOJET; Special Issue for INTE 2017*; p. 566-572

Quach, A.S., Epstein, N.B., Riley, P.J., Falconier, M.K., Fang, X. (2013). *Effects of Parental Warmth and Academic Pressure on Anxiety and Depression Symptoms in Chinese Adolescents*. Springer Science+Business Media New York 2013.

Rocha, A.C.L. (2016). *Amigos, tempo livre e atividades dos jovens: dados do ISRD (2006 - 2016)*. Dissertação de Mestrado Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade do Minho - Escola de Psicologia.

Roelofs, J., Onckels, L., Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinical referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Families Studies*, 22(3), 377-385.

Salavessa, M.C.D.F.T. (2015). *Vinculação e Problemas de Comportamento em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Faculdade de Psicologia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa

Santos, C. L., Sabóia, V. M. (2017). *Sexualidade e saúde na adolescência: relato de experiência*. *Academus Revista Científica da Saúde*, v. 2, n. 1

Santos, P., Silva, J.C., Mello, Alves, M.R., Rodrigues, V.D. (2016). *Comportamento De Risco à Saúde na Adolescência: Percepção de Estudantes de uma Escola Pública*. *Revista Multitexto*, 2016, v. 4, n. 01

School for Health in Europe [SHE] (2013). *School health promotion: evidence for effective action* http://www.schools-forhealth.eu/uploads/files/SHE-Factsheet_2_School%20health%20promotion_Evidence.pdf

Silva, A.L., Reis, E.C., Greinert, B.R.M. (2016) *Atuação do enfermeiro na promoção da saúde escolar*. Universidade de Santa Cruz. Brazil

-
- Silva, D.J., Giordani, J.P., Dell'Aglio, D.D. (2017). Relações entre Satisfação com a Vida, com a Família e com as Amizades e Religiosidade na Adolescência. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 8, n. 1, p. 38-54
- Silva, J.F.B., Rosado, A.F.B., da Silva, M.M., Serpa, S. (2013) Relação entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida e Prática Desportiva. Escola Superior de Desporto de Rio Maior. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte Vol. 9, nº 1 pp. 93-109.
- Sousa, J.G. (2016). Atividades e ocupações de crianças e adolescentes brasileiros de 5 a 14 anos de idade. Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília
- Sousa, M. M., Pereira, T.M.P.S. (2014). A percepção de encarregados de educação e de professores sobre a relação escola-família nas escolas dos 2º e 3º ciclos de um Concelho da região centro de Portugal. Revista Eletrônica de Educação, v. 8, 2, 321344.
- Sousa, P.H.C., Ribeiro, L.D., Domiciano, B.R., Teles, M.D., Santos, M.P.A., Macena, R.H.M. (2013). Desenvolvimento de Revista Passatempo como estratégia de Promoção de Saúde para Adolescentes. An da Jor de Fisiot da UFC. Fortaleza. 3(1):20
- Tavares, S.C.P. (2015). Emoções, inteligência emocional e parentalidade a avaliação da promoção de competências sócio-emocionais em pais. (Dissertação de Mestrado), Universidade dos Açores. Acedido em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3515/1/DissertMestradoSaraCatarinaPontesTavares2015.pdf>
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M.G., Simões, C. (2015). Influência da Família e Amigos no Bem-Estar e Comportamentos de Risco – Modelo Explicativo. Psicologia, Saúde & Doenças. 16(1), 23-34. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS.
- Ventura, M., Campos, S., Chaves, C.B. (2015). Teacher Perceptions of Curriculum Enrichment Activities Addressing the Inclusion of Students with Special Educational Needs. EduRe Journal: International Journal on Advances in Education Research. Vol. 2 Nº 3 (2015), pp. 27-47
- Zare, Z., Izadi, M. (2017). Role of PTA in Improved Quality of Education in Public Primary Schools for Girls in Tehran; Palma Journal. V.16, I.2, 2017, 92-98

ANEXOS

Todos os documentos referentes ao projeto PTDC/MHC-CED/1204/2014, com o título “Competências emocionais para a promoção do Sucesso Escolar: Programa de intervenção sistémica” podem ser solicitados à investigadora principal Manuela Ferreira, Escola Superior de Saúde de Viseu, R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102, 3500-843 Viseu.

Telefone: (+351) 232.419.100

essvgeral@essv.ipv.pt

