



UC/FPCE 2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)* numa amostra de adolescentes institucionalizados

Maria Inês Santos Ferreira (ines.014@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de especialização em Psicologia Forense, sob a orientação de Professor Doutor Mário R. Simões

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2* (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados

Resumo: A elevada prevalência de problemas de saúde mental entre os jovens delinquentes acentua a necessidade do recurso a métodos fiáveis e eficazes na avaliação desses problemas por forma a assegurar que os recursos escassos do sistema de justiça juvenil sejam aplicados aos jovens com maior necessidade. Assim, a presente investigação tem como objetivo principal a adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument* (MAYSI-2). O MAYSI-2 é uma medida de rastreio breve, constituída por 52 itens, destinada a identificar necessidades de saúde mental de jovens em contacto com o sistema de justiça.

O processo de adaptação e validação da prova incluiu a administração de um protocolo de avaliação a uma amostra de 100 jovens rapazes, entre os 12 e os 20 anos que cumpram medida de Internamento em Centro Educativo. O protocolo de avaliação foi composto por *Massachusetts Youth Screening Instrument* (MAYSI-2), Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR), Escala de Auto-Conceito Piers-Harris para Crianças – 2 (PHSCS-2), a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne (MCSDS) e o subteste de Vocabulário da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) ou da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III).

As análises revelam resultados elevados nas dimensões MAYSI-2 para os jovens, nomeadamente nas dimensões Perturbações do Pensamento, Raiva/Irritação, Depressão/Ansiedade e Experiências Traumáticas. Os itens e as dimensões MAYSI-2 revelam uma consistência interna adequada ($\alpha=.36$ a $.81$ para as dimensões e $\alpha= .87$ para os itens) e a maioria das dimensões está substancialmente correlacionada com as dimensões YSR conceptualmente equivalentes.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos com o MAYSI-2: o MAYSI-2 é um instrumento promissor, confiável e válido como instrumento de rastreio para ser usado no sistema de justiça na identificação de jovens que precisam de uma resposta imediata para os seus problemas mentais e emocionais.

Palavras chave: avaliação, rastreio, saúde mental, delinquência, justiça juvenil, validação.

Adaptation and validation of the Massachusetts Youth Screening Instrument -2 (Maysi-2) in a sample of institutionalized adolescents

Abstract: The high prevalence of mental health problems among juvenile offenders highlight the need for reliable and efficient methods to assess such problems to ensure that limited resources of juvenile justice system are applied to those youths with greatest need. The present investigation has as its main objective the adaptation and validation of Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2) which is a brief screening measure consisting of 52 items, designed to identify mental health needs of young people in contact with the justice system.

The adaptation and validation of Maysi-2 requires the administration of an assessment protocol to a sample of 100 young boys between 12 and 20 years who reside in Educational Centers. The protocol was composed by *Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)*, *Youth Self Report (YSR)*, *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 (PHSCS-2)*, *Marlowe-Crowne Social Desiderability Scale (MCSDS)* and the Vocabulary subtest of the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III) or the Vocabulary subtest of the Wechsler Intelligence Scale for adults (WAIS-III).

Analyses revealed higher MAYSI-2 scales scores for boys. The items and scales Maysi manifested adequate internal consistency and most scales were substantially correlated with conceptual similar scales in the YSR. These results are similar to those reported in other MAYSI-studies

So, we conclude that the MAYSI-2 is a promising tool as a reliable and valid screening to be used in juvenile justice system in identifying youths who may need an immediate response to mental and emotional problems.

Key Words: assessment, screening, mental health, delinquency, juvenile justice, validity.

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional e por acreditarem sempre que eu consigo.

Ao Alexandro, por me dar força, coragem e motivação.

Aos meus amigos pela amizade de sempre.

Aos colegas de estágio e de curso pela partilha de todo este percurso e por cinco anos inesquecíveis.

Ao Professor Doutor Mário Simões pelo apoio e aprendizagem com ele adquirida.

Ao Centro Educativo do Mondego, Centro Educativo dos Olivais, Centro Educativo Padre António Oliveira e Centro Educativo Santo António, pela disponibilidade na recolha da amostra e pela forma como me receberam e, a todos os jovens que aceitaram participar na investigação.

A todos, um sincero obrigado.

Índice

Introdução	1
I-Enquadramento Conceptual (revisão da literatura)	2
1. A prevalência e a comorbilidade dos problemas de saúde mental.....	2
2. Relevância dos resultados.....	3
3. Diagnóstico categorial ou dimensional.....	5
4. Avaliação e rastreio de saúde mental.....	5
5. <i>Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)</i>	7
II-Objetivos	10
III-Metodologia	11
1. Caracterização da amostra	11
2. Instrumentos	14
3. Procedimentos	15
IV-Resultados	16
1. Análise descritiva das dimensões e itens da Medida de Rastreio dos Jovens (MAYSI-2).....	16
2. Consistência interna das dimensões.....	18
3. Estudos de validade.....	19
3.1. Validade de constructo.....	19
3.2. Validade convergente.....	20
3.3. Validade discriminante.....	23
V-Discussão	28
VI-Conclusões	33
Bibliografia	36
Anexos	42

Introdução

A existência do sistema de justiça juvenil é baseada na premissa de que, uma vez que a adolescência é uma fase de desenvolvimento, é possível o abandono pelos jovens do comportamento transgressivo, se o sistema lhes proporcionar reabilitação e tratamento (Grisso, 1999). Apesar de o sistema de justiça juvenil não ser concebido como local para tratamento de perturbações de saúde mental, é reconhecida a elevada prevalência dessas perturbações entre os jovens institucionalizados (Archer, Bisbee, Spiegel, Handel, & Elkins, 2010; Cauffman, 2004; McLachlan, Gagnon, Mordell, & Roesch, 2010).

Estes dados são relevantes se tivermos em conta, quer algumas das obrigações do sistema de justiça juvenil para com os jovens que estão à sua guarda, quer a relação que os problemas de saúde mental podem ter com os comportamentos agressivos e/ou auto-lesivos. Deste modo, torna-se fundamental o desenvolvimento e a inclusão de planos para lidar com essas perturbações como parte da reabilitação dos jovens com vista a reduzir a sua reincidência no comportamento delinvente (Grisso, 2005; Hammond, 2007; Teplin et al., 2006).

Para tal, a literatura propõe dois níveis de apreciação, o rastreio e a avaliação. O rastreio é feito nas “*front doors*” do sistema de justiça, nas primeiras horas ou nos primeiros dias de contacto com o jovem e centra-se na identificação de sinais que apontam para a necessidade de algum tipo de resposta imediata. Já a avaliação, pretende obter informação mais completa e individualizada acerca dos jovens que foram identificados na fase de rastreio. No entanto, tendo em conta os objetivos que se pretendem atingir numa fase de rastreio, os instrumentos de avaliação apresentam algumas limitações (Grisso, 2005; Vincent, Grisso, & Terry, 2007).

Contudo, é reconhecida a falta de respostas especializadas para as necessidades dos jovens com problemas de saúde mental (Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência [APPIA], 2005; Hammond, 2007; Santos, 2004). Apesar de existir um número elevado de instrumentos que nos possibilitam a avaliação de problemas de saúde mental, esses instrumentos foram desenvolvidos tendo por base amostras clínicas ou da comunidade que têm características distintas da população que contacta com o sistema de justiça, o que torna pouco útil a sua utilização nesta última população (Grisso, 2004).

Assim, e considerando quer a existência de um crescente número de problemas de saúde mental entre os infratores juvenis, quer a contribuição desses problemas e dos sintomas a eles associados para o comportamento delinvente (Grisso, 2008; Wasserman, J. Ko, & McReynolds, 2004), é assumida a importância da aplicação de métodos fiáveis e eficazes na identificação dos jovens, prevalência, tipo e gravidade dos problemas de saúde mental. Deste modo, é então necessário o desenvolvimento de instrumentos psicometricamente robustos que permitam identificar e caracterizar estes jovens em risco. O rastreio dos jovens no sistema de

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)* numa amostra de adolescentes institucionalizados

Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

justiça juvenil tem progredido significativamente nas últimas décadas e tem-se mostrado eficiente na identificação das suas necessidades (D'Atrio, 2012).

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1. A prevalência e a comorbilidade dos problemas de saúde mental

A prevalência de problemas de saúde mental entre os jovens que contactam com o sistema de justiça é elevada (Teplin, Abram, McClelland, & Dulcan, 2003; Hammond, 2007). Os estudos apontam para valores que medeiam os 60% a 70% (Shufelt & Coccozza, 2006; Teplin et al., 2002). As perturbações mentais mais frequentemente identificadas pela investigação são as Perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (49,3%, 50,7%; Teplin et al., 2002; Wasserman et al., 2004), Perturbações do comportamento disruptivo (31,8%, 41,4%; Teplin et al., 2002; Wasserman et al., 2004), Perturbações da Ansiedade (18,9% a 21,3%; Teplin et al., 2002; Wasserman et al., 2004) e as Perturbações do Humor (9,1%; Wasserman et al., 2004).

Quanto às perturbações relacionadas com o consumo de substâncias estas dizem respeito ao abuso e dependência associadas ao uso crónico de álcool e drogas. As Perturbações do comportamento disruptivo mais comuns entre os jovens institucionalizados são a Perturbação do Comportamento (PC – 31,7 a 37,8%), Perturbação de Oposição (PO – 2,8 a 14,5%) e a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA – 2,3% a 16,6%) (Wasserman et al., 2004; Teplin et al., 2002).

As perturbações de Ansiedade mais frequentes são a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (4,5% a 8,3%; Teplin et al., 2002; Wasserman et al., 2004), a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD – 4,5%; Wasserman et al., 2004) e a Perturbação de Ansiedade de Separação (12, 9%; Teplin et al., 2002).

De entre as Perturbações do Humor a mais frequente é a Depressão Major (7,2% a 13%) (Teplin et al., 2002; Wasserman et al., 2004). As perturbações do pensamento, apesar de mais raras, também podem estar presentes (Chitsabesan et al., 2006; Grisso, 2008).

A comorbilidade refere-se à presença de duas ou mais perturbações mentais e a relação entre elas (Grisso, 2004). A maior parte das vezes, a comorbilidade está presente entre os jovens que contactam com sistema de justiça, o que torna o problema mais complexo (Coccozza, Skowrya, & Shufelt, 2010; Shufelt & Coccozza, 2006). A mais comum é o Abuso de Substâncias com outra perturbação mental, nomeadamente a Perturbação do Comportamento ou Perturbações do Humor (Connor, 2002; Gammelgard, Koivisto, Eronen, & Heino, 2010; Grisso, 2008; Hammond, 2007; Shufelt & Coccozza, 2006).

2. Relevância dos resultados

Obrigações do sistema de justiça

Como já foi referido anteriormente, o sistema de justiça juvenil não foi concebido para o tratamento de perturbações de saúde mental e, por isso, não deve ser confundido com o sistema de saúde. Porém, os dados apresentados anteriormente são relevantes, se tivermos em conta algumas obrigações do sistema de justiça juvenil. Em primeiro lugar, o sistema tem uma obrigação de custódia para com os jovens que estão à sua guarda, sendo responsável pela proteção, assistência e intervenção a todos aqueles que estão legalmente incapazes de agir em seu próprio nome (Art. 25 do Decreto Lei nº 49/90 de 12 de Setembro de 1990; Grisso, 2004; Grisso, 2005). Há já algumas solicitações dos tribunais para que, a par da execução da medida, o jovem receba acompanhamento psicoterapêutico, isto porque, é da competência dos centros educativos “zelar pela saúde e bem-estar do educando, promovendo, designadamente, a sua vigilância clínica regular, bem como a realização dos exames e tratamentos de que careça” (art. 56, nº1, Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos).

Em segundo lugar, o sistema de justiça juvenil tem a obrigação de assegurar o processo a dois níveis. Por um lado, como sistema de justiça, deve assegurar que os jovens sejam responsabilizados pelos seus comportamentos transgressivos mas, por outro, deve salvaguardar os direitos de defesa do jovem, nomeadamente protegendo-os dos riscos legais decorrentes das suas perturbações (Grisso, 2004; Grisso, 2005). Há indicações de que a saúde mental de um jovem que contacta com o sistema de justiça afeta as suas competências, como por exemplo a capacidade para compreender os seus direitos e deveres ou a aptidão para tomar decisões importantes no seu processo de julgamento (Grisso, 2004; Grisso, 2005; Grisso, Barnum, Fletcher, Cauffman, & Peuschold, 2001; Hammond, 2007). Por exemplo, de acordo com Grisso (2004), Perturbações de Ansiedade ou PHDA são propensas a prejudicar a atenção e o foco nas situações de tomada de decisão, aumentando assim o risco de os jovens tomarem decisões impulsivas. Da mesma forma, os sintomas depressivos aparecem associados a distorções no processamento de informação, reduzindo assim a motivação para a resolução de problemas. Assim, o sistema de justiça tem obrigação de proteger os direitos do jovem e assegurar que o seu processo é justo.

Em terceiro lugar e, partindo do princípio de que estes jovens representam um risco para eles e para os outros (Archer et al., 2010), o sistema de justiça juvenil tem a obrigação de assegurar a segurança pública e, deve por isso, por um lado, proteger a sociedade do risco imediato de dano dos jovens delinquentes e, por outro lado, fornecer serviços de reabilitação com vista a reduzir a reincidência a longo prazo (Grisso, 1999; Grisso, 2004). Como refere Kennedy (2007), ter em conta a psicopatologia nos jovens delinquentes não é apenas uma questão de saúde mental mas, também, de redução do crime.

Relação com os comportamentos agressivos e/ou lesivos

Uma vez que o sistema de justiça juvenil não é, nem deve ser confundido com o sistema de saúde, não é concebível tratar todos os jovens identificados como tendo uma perturbação mental. Deste modo devem ser conceptualizados os graus de incapacidade através da discriminação da gravidade, consequências e significância clínica das perturbações dos jovens, nunca esquecendo quais são as obrigações do sistema de justiça juvenil (Grisso, 2004). Assim, estes valores tornam-se significativos para o sistema de justiça juvenil se tivermos em conta que algumas das perturbações mentais, assim como a comorbilidade entre elas, aumentam o risco de comportamentos agressivos. Os comportamentos agressivos dificultam o processo de tratamento e reabilitação que, por sua vez, aumenta o risco dos jovens serem presos, condenados e de continuarem a contactar com o sistema de justiça juvenil até à idade adulta (Butler, Loney, & Kistner, 2007; Grisso, 2004; Grisso, 2008; Vincent & Grisso, 2005).

As perturbações mais frequentemente identificadas como aumentando o risco de comportamentos agressivos são a PC, PO e a PHDA que estão associadas como aumentando os níveis de agressividade física nos jovens (Connor, 2002). Jovens com Perturbações de Ansiedade não são frequentemente descritos como agressivos; no entanto, a PTSD parece ser uma exceção uma vez que, os seus sintomas persistentes de ansiedade podem causar irritabilidade, explosões de raiva, respostas exageradas e hipervigilância face a ameaças e ao perigo (Connor, 2002; Grisso, 1999; Rosenberg, 2001). Também os jovens que possuam sintomas de Perturbação do Humor como raiva, irritabilidade ou hostilidade são mais propensos a obter respostas semelhantes por parte de outros jovens e adultos, aumentando assim a probabilidade de comportamentos agressivos no futuro (Vincent & Grisso, 2005). Crianças e adolescentes com sintomas depressivos são muitas vezes irritáveis, têm menos habilidades sociais adquiridas e são mais propensas a envolver-se em interações negativas e agressivas (Wilmsgurst, 2005).

Os comportamentos agressivos podem ainda ser dirigidos para o próprio, ganhando assim a denominação de comportamentos auto-lesivos, de como é exemplo o suicídio. Crianças e adolescentes com ideações suicidas experienciam sentimentos depressivos intensos, raiva, desespero e incapacidade (Wilmschurst, 2005). O rastreio dos jovens quando admitidos no sistema de justiça é também importante na prevenção do risco de suicídio (Hayes, 2000) que tem vindo a aumentar entre os jovens adolescentes (Connor, 2002).

A comorbilidade deve também ser tida em conta quando tentamos entender a relação entre as perturbações mentais dos adolescentes e os comportamentos agressivos. Há estudos a indicar que, a comorbilidade entre PHDA e PC (30 a 50%; Hammond, 2007), aumenta o risco de comportamentos agressivos acontecerem durante a adolescência (Gammelgard et al., 2010). Da mesma forma, a combinação de Abuso de Substâncias com Depressão e Ansiedade durante a adolescência aumentam a probabilidade de ofensas sérias e violentas na idade adulta (Grisso, 2008).

Os jovens com PTSD são também mais suscetíveis de responder a ameaças agressivamente e inesperadamente (Charney, Ariel, Krystal, Southwick, & Davis, 1993).

3. Diagnóstico Categorial ou Dimensional

A adolescência é um processo de desenvolvimento dinâmico marcado por mudanças a vários níveis (físico, afetivo, cognitivo, moral, social) que visam a formação da identidade do jovem (Barbot & Hunter, 2012). Assim, ao contrário do observado nos adultos, na adolescência as perturbações estão mais sujeitas a mudanças e interrupções (Desai et al., 2006; Grisso, 2004; Gonçalves & Simões, 2000; Hammond, 2007). Os jovens que contactam com o sistema de justiça, experienciam respostas emocionais significativas a eventos recentes das suas vidas. Essas respostas reativas e transitórias têm implicações para a segurança dos jovens e dos outros e para o desenvolvimento de uma perturbação mental futura (Grisso & Barnum, 2006). Da mesma forma, mesmo que não existam critérios suficientes que permitam cumprir um diagnóstico, a dimensão sintomática é também relevante, podendo ter uma evolução mais negativa do que um quadro clínico completo (Gammelgard et al., 2010; Gonçalves & Simões, 2000; Grisso 2004).

Assim, uma alternativa ao diagnóstico categorial passa pelo sistema dimensional da psicopatologia que, em vez de colocar os jovens em grupos diagnósticos, se expressa em subescalas/dimensões que agrupam sintomas e comportamentos, identificando assim graus e tipos de perturbações. Desta forma, a psicopatologia é identificada de acordo com a elevação ou a depressão dos resultados em cada uma das dimensões (Gonçalves & Simões, 2000; Grisso, 2004).

Cada um destes sistemas tem vantagens e desvantagens. Porém, a questão não se coloca na escolha de um sistema em detrimento de outro, mas sim na escolha tendo por base quais os objetivos que pretendemos atingir, nunca esquecendo o contexto em que nos inserimos (Grisso, 2004). Se tivermos como contexto o sistema de justiça juvenil e a população que ele abrange, os adolescentes, o diagnóstico dimensional poderá ser-nos mais vantajoso, uma vez que, mais importante do que fazer um diagnóstico, é focar a atenção na dimensão sintomática recente e na sua relação com o comportamento agressivo a fim de delinear necessidades atuais de acompanhamento e prevenção (Gammelgard et al., 2010; Grisso, 2004; Wasserman et al., 2004; Vincent & Grisso, 2005).

4. Avaliação e rastreio de saúde mental

Uma avaliação cuidada ajuda na identificação dos jovens em maior risco. No entanto, esta é uma tarefa que no sistema de justiça juvenil encontra algumas dificuldades e limitações. Uma avaliação envolve o uso de vários instrumentos que demoram tempo para administrar e cotar. O tempo de uma entrevista é dedicado a recolher informação relativa a várias áreas e não apenas à de saúde mental. Deste modo, tem que haver um equilíbrio entre o tempo de utilização do instrumento e a quantidade e qualidade de

informação recolhida (Butler et al., 2007; Grisso & Vincent, 2005). Muitos desses instrumentos requerem ainda pagamento para aquisição do material respetivo e têm o número das suas aplicações limitadas, de modo que, os recursos financeiros do sistema de justiça irão ter influência no material que vai ser adquirido. A dificuldade em obter informação de múltiplas fontes de informação e de distintos períodos de tempo torna-se também uma limitação. Muitas vezes os jovens chegam ao centro educativo sem qualquer informação além do relatório policial e, apesar de os pais/cuidadores serem notificados, muito não aparecem na instituição, sendo os jovens as únicas fontes diretas de informação nas primeiras horas de admissão (Archer, 2010; Butler et al., 2007; D’Atrio, 2012; Grisso & Quinlan, 2005). Apesar de a obtenção de informação através de várias fontes ser o procedimento preferível isso nem sempre é possível. Contudo, os jovens parecem ser bons informadores acerca dos seus sentimentos, pensamentos e problemas internos (Fonseca, 1999; Grisso, 2004). Os instrumentos de avaliação requerem também a existência de pessoal clínico treinado e com experiência no manuseamento de instrumentos, que mais uma vez interfere com os recursos, neste caso humanos, disponíveis no centro aquando a receção dos jovens (Butler et al., 2007; D’Atrio, 2012; Grisso & Vincent, 2005). Da mesma forma os instrumentos utilizados mais frequentemente, apenas se focam num problema específico, ou não cobrem as dimensões mais relevantes que devem ser identificadas numa fase de rastreio como o risco de suicídio ou abuso de substâncias (Grisso & Barnum, 2006).

As medidas de rastreio conseguem ultrapassar ou relativizar algumas destas limitações. São medidas marcadas pela simplicidade e concebidas para serem usadas com todos os indivíduos que contactam com o sistema de justiça juvenil, têm poucos passos e são pouco complexas sendo rápidas de administrar e cotar, podendo ser usadas por técnicos não clínicos mas que ainda assim deverão receber formação no manejo de instrumentos de rastreio. Face aos objetivos que pretendem atingir estas medidas são ainda multidimensionais, cobrindo uma diversidade de áreas. O rastreio é útil em sistemas que possuem recursos limitados e que não podem responder de forma abrangente ou imediata às necessidades particulares de cada indivíduo. Assim, os instrumentos de rastreio não pretendem a formulação de um diagnóstico, mas sim, a identificação dos jovens que manifestam sintomas mais preocupantes e que apresentam um risco mais elevado de funcionamento problemático ou de desenvolver uma perturbação e que, por isso, têm necessidades mais urgentes de intervenção e/ou de uma avaliação futura mais precisa e exaustiva (Cocozza & Skowrya, 2000; D’Atrio, 2012; Grisso & Barnum, 2006; Grisso, 2001; Hoge, 2012; Vincent & Grisso, 2005). Tal, vai permitir ao sistema de justiça juvenil concentrar os seus esforços e recursos escassos em grupos de jovens que têm mais necessidades e requeiram atenção imediata (Grisso & Barnum, 2006; Grisso & Vincent, 2005).

Deste modo, os investigadores concordam que o rastreio deverá ser feito o mais rápido possível depois do contacto do jovem com o sistema de justiça (D’Atrio, 2012; Grisso, 2005). Podemos indicar algumas das etapas

do processo do jovem em que uma medida de rastreio poderá ser vantajosa, nomeadamente aquando aplicação de medida cautelar de guarda ou de internamento. Por exemplo, durante a medida cautelar de guarda, em que os jovens estão a aguardar a decisão do tribunal, cabe aos técnicos superiores da instituição a avaliação do jovem, nomeadamente acerca do seu estado mental e risco de agressão ao próprio e aos outros que irá auxiliar o tribunal na tomada de decisão acerca da continuidade ou não do adolescente na instituição e, se sim, o tipo de regime que ele deve integrar. Ainda durante este período, uma vez que o jovem fica a residir no centro educativo, ou aquando a sua institucionalização, o centro deverá tomar decisões acerca das necessidades imediatas de cada jovem, especialmente o potencial risco de suicídio, risco de agressão aos outros (colegas e funcionários) e a presença de uma perturbação mental que requeira ajuda profissional (Grisso, 2004).

5. *Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)*

Esta medida começou a ser desenvolvida em 1994 e é hoje um dos mais recentes e promissores instrumentos de rastreio de saúde mental desenhado especificamente para uso no sistema de justiça juvenil na identificação de sentimentos e comportamentos que são indicadores de perturbações mentais severas (Butler et al., 2007). Os resultados obtidos no MAYSI-2 não correspondem a um diagnóstico de saúde mental como os obtidos através da DSM-IV-TR ou da CID-10. As pontuações nesta prova têm apenas uma função de alerta, um primeiro rastreio, para uma possível necessidade de intervenção mais imediata (Cauffman, 2004; Grisso & Quinlan, 2005; Grisso & Barnum, 2006). Assim, o MAYSI-2 destina-se a ser usado com todos os jovens, rapazes e raparigas entre os 12 e os 17 anos, que contactem com o sistema de justiça, preferencialmente nas primeiras horas de admissão do jovem (Archer et al., 2010; Grisso, 2005; Grisso & Quinlan, 2005).

Do instrumento fazem parte 52 itens aos quais os jovens devem responder *Sim* ou *Não*, consoante os itens tenham sido verdadeiros ou não nos últimos meses para seis das dimensões e, em toda a sua vida, para uma dimensão. Os itens podem ser administrados de três formas: a) os jovens com um nível de leitura de 5º ano ou superior leem os itens e assinalam a sua resposta; b) os itens podem ser lidos pelo técnico e os jovens assinalam a sua resposta ou, c) pode ser usada a versão computadorizada do MAYSI-2 (apenas disponível em inglês e espanhol) (Grisso & Quinlan, 2005). Cada um dos itens vai integrar uma das sete dimensões que compõem a prova: *Consumo de Substâncias* (identifica jovens com padrão de consumo de álcool ou drogas que interferem com o seu funcionamento e que estão em risco de desenvolver dependência/abuso de substâncias); *Raiva/Irritação* (identifica sentimentos de frustração, irritabilidade e tensão relacionados com raiva; risco de comportamento agressivo e impulsivo); *Depressão/Ansiedade* (combinação de sentimentos depressivos e ansiosos: manifestações de ansiedade, agitação interna, humor depressivo); *Queixas Somáticas* (sensações físicas e/ou dores corporais que podem ser sintomas de doença física ou associadas com problemas emocionais significativos como a

ansiedade); *Ideação Suicida* (pensamentos e intenções de se prejudicar a si próprio); *Perturbação do Pensamento* (crenças e percepções incomuns frequentemente relacionadas com perturbações psicóticas) e *Experiências Traumáticas* (exposição a experiências potencialmente traumatizantes) (Grisso & Quinlan, 2005; Grisso & Barnum, 2006; The Justice Research Center [JRC], 2002). A dimensão *Perturbações do Pensamento* apenas é cotada para os rapazes, uma vez que a análise fatorial revela que os itens não têm um conteúdo indicador de perturbação do pensamento nas raparigas. A dimensão *Experiências Traumáticas* é considerada uma dimensão não clínica que apenas procura a existência de experiências traumatizantes no passado e não corresponde a um diagnóstico de PTSD, sendo que, não são apresentados pontos de corte para esta dimensão (Grisso & Quinlan, 2005).

Para cada dimensão contribuem 5 a 9 itens, sendo que há itens que integram mais do que uma dimensão e outros que não contribuem para nenhuma das dimensões. As respostas “Sim” a cada um dos itens das dimensões são somadas e esse somatório é comparado com pontos de corte que nos fornecem dois indicadores: "Cuidado" (“*Caution*”), que indica uma possível relevância clínica do resultado obtido e aponta necessidade de uma avaliação mais profunda e "Aviso" (“*Warning*”), quando o jovem obtém uma pontuação excepcionalmente elevada numa dimensão (corresponde ao percentil 90 da amostra normativa) (Butler et al., 2007; Grisso & Quinlan, 2005). O facto de o instrumento usar pontos de corte permite que os técnicos que o utilizem tomem decisões baseadas num instrumento que foi desenvolvido para aquele propósito. Um ponto de corte é “o ponto acima do qual as pontuações dos jovens são consideradas «altas», «cl clinicamente significativas» ou «necessidade de uma resposta»” (Grisso & Vincent, 2005, p.47), ponto este que foi determinado mediante investigação e será o ponto ótimo que separa os jovens que apresentam sintomas significativos de saúde mental daqueles que não.

Vantagens e limites

As vantagens do MAYSI-2 são idênticas às vantagens já apontadas dos instrumentos de rastreio. É um instrumento de auto-resposta criado especificamente para aferir as necessidades dos jovens que contactam com o sistema de justiça. Deste modo, pode ser usado com adolescentes de várias idades, género e etnias, disponibilizando normas para idade e género. É uma prova ainda relevante ao nível do conteúdo, uma vez que avalia uma variedade de problemas mentais, emocionais e comportamentais, nomeadamente dois dos fatores mais importantes na admissão de jovens ao sistema de justiça: o risco de suicídio e o abuso de substâncias (Grisso & Barnum, 2006; Grisso et al., 2001). É breve e simples de aplicar e cotar, podendo ser usado por pessoas sem treino clínico mediante a apreensão das regras constantes no manual da prova (Grisso & Quinlan, 2005). O custo dos materiais tornam o instrumento atrativo e prático para aplicação a todos os jovens que contactam com o sistema de justiça quando os recursos para a avaliação são limitados (Cauffman, 2004). Os estudos realizados com o MAYSI-2 têm revelado boas qualidades psicométricas.

Porém, algumas limitações têm sido apontadas ao MAYSI-2, nomeadamente: 1) o facto de ser um instrumento de auto-resposta em que pode haver omissão ou exagero de sintomas pelos jovens; 2) a inexistência de uma dimensão de perturbações de pensamento para raparigas (Grisso & Quinlan, 2005) e, 3) a necessidade de mais investigação referente às diferenças entre grupos étnicos, que continua a ser uma questão controversa (Grisso & Quinlan, 2005).

Estudos com o MAYSI-2

É um instrumento atual, já traduzido para vários idiomas e usado em diversos países (Grisso & Quinlan, 2005). A investigação crescente e realizada até à data tem revelado que o MAYSI-2 é um instrumento promissor com boas propriedades psicométricas (Archer et al., 2010; Butler et al., 2007; Ford, Chapman, Pearson, Borum, & Wolpaw, 2008). No estudo original (Grisso et al., 2001), a consistência interna das dimensões (medida através de alpha de Cronbach) varia entre 0.61 e 0.86 (M=.75): Abuso de Substâncias (.85), Raiva/Irritação (.80), Depressão/Ansiedade (.72), Queixas Somáticas (.75), Ideação Suicida (.80), Perturbação do Pensamento (.61) e Experiências Traumáticas (.63). Da mesma forma, as correlações inter-escala assumem valores entre .24 e .61 (M =.39). A variação das correlações entre 0.40 e 0.55, entre as dimensões do MAYSI-2 com as dimensões do *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach, 1991) e do *Millon Adolescent Clinical Inventory* (.40 e .64) (MACI; Millon, 1993), apoiam a validade de constructo das dimensões MAYSI-2.

No estudo de Butler et al. (2007) foram obtidos valores de consistência interna (alpha de Cronbach) entre 0.50 e 0.86 em que: Perturbações do Pensamento (0.50), Experiências Traumáticas (0.53), Abuso de Substâncias (0.86), Raiva/Irritação (0.82) e Ideação Suicida (0.87). Valores semelhantes foram encontrados por Ford et al. (2008): Perturbações do Pensamento (0.59), Experiências Traumáticas (0.58), Abuso de Substâncias (0.84), Raiva/Irritação (0.80), Ideação Suicida (0.88), Queixas Somáticas (0.73) e Depressão/Ansiedade (0.74).

Cauffman (2004) constatou que 81% das raparigas e 70% dos rapazes pontuam acima dos pontos de corte clínicos em pelo menos uma das dimensões Maysi-2, com a seguinte distribuição pelas dimensões: Queixas Somáticas (43%), Raiva/Irritação (41%), Experiências Traumáticas (40%), Perturbações do Pensamento (39%), Depressão/Ansiedade (36%), Abuso de Substâncias (34%) e Ideação Suicida (18%). No estudo original (Grisso et al., 2001) 66% dos rapazes e 79% das raparigas pontuam acima dos pontos de corte clínicos em pelo menos uma das dimensões: Raiva/Irritação (38%), Queixas Somáticas (33%), Perturbações do Pensamento (33%), Abuso de Substâncias (33%), Depressão/Ansiedade (31%) e Ideação Suicida (13%).

O estudo de Cruise, Dandreaux, Marsee, & DePrato (2008), pretendeu avaliar quais os itens do MAYSI-2 que são mais sensíveis na identificação das necessidades de saúde mental. Deste modo, (através dos valores *odds ratio*) encontrou que os itens 3 (3.10), 14 (3.92) e 47 (4.13) da dimensão Depressão Ansiedade, o item 8 (3.15) da dimensão Raiva/Irritação, os itens

11 (3.87), 16 (4.06), 18 (5.83), 22 (4.88) e 47 (4.13) da dimensão Ideação Suicida e os itens 9 (3.64) e 20 (4.58) da dimensão Perturbações do Pensamento são os itens mais promissores na identificação dos jovens com problemas de saúde mental. Ainda assim, a atenção recai nos itens 4 (3.09), 38 (3.00) e 50 (4.98) que apesar de não fazerem parte de nenhuma dimensão apresentaram valores elevados.

Quanto a diferenças de idades, os jovens mais novos (12-14 anos) pontuam o mesmo ou mais elevado na maior parte das dimensões do que os jovens mais velhos (14-17 anos), com exceção das dimensões Abuso de Substâncias e Experiências Traumáticas em que os jovens mais velhos pontuam mais (Cauffman, 2004; Grisso et al., 2001)

No que diz respeito às diferenças entre géneros, as investigações têm demonstrado que são as raparigas quem apresenta uma prevalência mais elevada de perturbações mentais (Cauffman, 2004; Chitsabesan et al., 2006; Grisso et al., 2001). No entanto, estas diferenças não serão analisadas nesta investigação devido à ausência de uma amostra feminina.

As diferenças entre etnias têm recebido cada vez mais atenção da investigação, uma vez que as diferenças sociais e culturais podem levar a diferentes comportamentos e diferentes formas de experienciar e comunicar os sintomas (Leonard, 2012; McCoy, 2011). Um estudo de Karnik, Jones, Campanaro, Haapanen, & Steiner (2006) encontrou que os adolescentes africanos apresentam níveis menores de psicopatologia do que os jovens caucasianos. Uma das explicações encontradas está relacionada com o facto de os jovens africanos darem mais respostas socialmente desejáveis e desta forma minimizarem os comportamentos e sentimentos que podem ser percebidos como negativos (McCoy, 2011). Ainda assim, as investigações são controversas e não proporcionam resultados conclusivos (Grisso, 2004; Grisso, 2005).

Um estudo de Stewart e Trupin (2003) reporta ainda que os jovens que obtêm resultados mais elevados nas dimensões MAYSI-2 já tiveram envolvimento anterior com sistemas de saúde mental; contudo, há necessidade de mais investigações acerca deste aspeto (Grisso, 2005).

Não há estudos que examinem se os resultados são equivalentes na administração individual e em grupo (Grisso & Barnum, 2006)

A prova não dispõe até este momento de estudos com a população portuguesa.

II - Objetivos

A importância de um rastreio de saúde mental a todos os jovens que contactam com o sistema de justiça, recai na identificação daqueles jovens que têm uma maior probabilidade de vir a necessitar de serviços adequados de saúde mental num futuro próximo. Deste modo é necessário recolher informação quer comportamental quer emocional que nos permita aceder às necessidades básicas de saúde mental destes jovens. Assim, um bom rastreio deve incluir áreas como: sintomatologia ansiosa ou depressiva, fatores que aumentem a probabilidade de agressão (raiva, irritação, hostilidade), indicadores de risco de suicídio e indicadores de abuso de álcool ou drogas.

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)* numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

A escolha de um instrumento de rastreio deve ainda ter em conta o grau em que a investigação demonstrou a validade e a fidelidade do mesmo e para os propósitos que vai ser usado (Grisso, 2004).

Deste modo, a presente investigação tem como objetivo principal a adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument* (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados e requer a administração de um protocolo de avaliação/investigação a uma amostra de jovens abrangidos pela Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99, de 14 de Setembro), que cumpram medida de Internamento em Centro Educativo.

Tendo em conta o objetivo do estudo colocam-se como hipóteses:

- H1: Os valores de consistência interna para os itens e dimensões MAYSI-2 são aceitáveis ou bons.
- H2: São observadas correlações elevadas entre as dimensões MAYSI-2 (Validade de Constructo).
- H3: São observadas correlações elevadas entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões YSR equivalentes (Validade Concorrente).
- H4: Verifica-se uma prevalência elevada de necessidades de saúde mental nos jovens institucionalizados.
- H5: Existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados MAYSI-2 entre jovens de diferentes grupos étnicos.
- H6: O envolvimento anterior ou não com sistemas de saúde mental tem impacto nos resultados MAYSI-2.
- H7: Existem diferenças significativas nos resultados MAYSI-2 entre os jovens mais velhos e os mais novos.
- H8: Não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados MAYSI-2 consoante os diferentes tipos de administração.
- H9: Não são esperadas diferenças significativas entre resultados MAYSI-2 entre dois subgrupos da mesma amostra demarcados através do ponto de corte 17 na MCSDS.
- H10: Analisar a natureza da relação entre as necessidades de saúde mental e o nível de escolaridade, regime de internamento, faseamento, unidade de residência e tempo de medida cumprido.
- H11: Analisar a natureza da relação entre as necessidades de saúde mental e o auto-conceito.

III - Metodologia

1. Caracterização da Amostra

Com vista a atingir os objetivos propostos anteriormente a presente investigação teve por base uma amostra de 100 jovens do sexo masculino que cumpriam medida de internamento em Centro Educativo abrangidos pela Lei Tutelar Educativa (Lei nº 166/99, de 14 de Setembro), cuja participação foi voluntária e objeto de consentimento informado e acordo das instituições.

Tabela 1. Idade, escolaridade, reprovações e naturalidade

Jovens Institucionalizados (N=100; 100%)	
Idade	16.3 ± 1.27 (13-20)
12-14	9 (9%)
15-17	74 (74%)
18-20	17 (17%)
Escolaridade	
Ensino Básico	5 (5%)
2º ciclo	64 (64%)
3º ciclo	31 (31%)
Reprovações	
Nenhuma	4 (4%)
Uma	12 (12%)
Duas ou mais	84 (84%)
Naturalidade	
Portuguesa	83 (83%)
PALOPS	15 (15%)
Brasileira	2 (2%)

A amostra final utilizada na presente investigação contou com a presença de 100 jovens rapazes institucionalizados em Centros Educativos do país: Centro Educativo do Mondego (Guarda), Centro Educativo dos Olivais (Coimbra) Centro Educativo Padre António Oliveira (Caxias) e Centro Educativo Santo António (Porto).

Os jovens têm idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos de idade, sendo a média de idades de 16.3 (DP=1.27), com a seguinte distribuição: 9% dos 12 aos 14 anos, 74% dos 15 aos 17 anos e 17% dos 18 aos 20 anos.

Quanto aos anos de escolaridade a amostra é distribuída entre 4 e 9 anos de escolaridade com a seguinte disposição: ensino básico 5%, 2º ciclo 64% e 3º ciclo 31%, sendo que 4% dos jovens nunca reprovou, 12% reprovou uma vez, 84% reprovou duas vezes ou mais.

Quanto à naturalidade, os jovens provém maioritariamente de Portugal (83%), seguindo-se os países PALOPS (15%; Cabo-Verde, Guiné, Angola e São-Tomé) e Brasil (2%).

Tabela 2. Tempo de medida, regime, fase de progressividade e unidade de residência

Jovens Institucionalizados (N=100; 100%)	
Tempo de Medida	
Cautelar de Guarda	13 (13%)
12 meses	14 (14%)
18 meses	17 (17%)
24 meses	36 (36%)
30 meses	6 (6%)
36 meses	6 (6%)
Outros	8 (8%)
Tempo de Medida Cumprido	
Até 15 dias	5 (5%)
1 mês	11 (11%)
2 a 6 meses	26 (26%)
7 a 12 meses	31 (31%)
13 a 24 meses	24 (24%)
25 a 36 meses	3 (3%)
Fase de Progressividade	
Fase1	41 (41%)
Fase2	27 (27%)
Fase3	21 (21%)
Fase4	11 (11%)
Unidade de Residência	
Acolhimento	54 (54%)
Progressão	46 (46%)
Regime	
Semi-Aberto	78 (78%)
Fechado	22 (22%)

A capacidade intelectual (inteligência verbal) dos jovens, avaliada através do subteste de Vocabulário da WISC-III e WAIS-III, sugere que a maioria dos jovens (N= 66) tem um nível de inteligência verbal “baixo” e os restantes jovens (N= 34) têm um nível de inteligência verbal “médio”.

A classificação utilizada teve por base os resultados padronizados (M=10, d.p.=3) em que resultados inferiores a 7 pontos padronizados são considerados “baixos”, resultados entre 7 e 13 “médios” e superiores a 13 “elevados”. Os resultados da amostra variam entre 1 e 13 pontos padronizados em que M=5.20 e d.p.= 3.13.

Os tempos de medida variam de 3 a 6 meses de medida cautelar de guarda (13%) e de 12 a 36 meses de medida de internamento (sendo o mais comum 24 meses – 36%) em regime semiaberto (77%) ou fechado (22%). Já dentro do centro a evolução dos jovens obedece a um sistema de faseamento e progressividade e às respetivas unidades de residência. A maioria dos jovens encontra-se ainda na fase 1 (41%) e na fase 2 (27%) na respetiva unidade de acolhimento (54%). Os restantes distribuem-se pela fase 3 (21%) e fase 4 (11%) na unidade de progressão (46%).

Dos jovens inquiridos, 43% já tinham tido contactos anteriores com sistemas de saúde mental (psicologia, neuropsiquiatria, pedopsiquiatria) e 57% nunca tinham estabelecido contactos com estes serviços. Dos primeiros apenas 9% têm um diagnóstico estabelecido (PHDA), contudo, 30% dos jovens da amostra tomam medicação.

Tabela 3. Consultas anteriores, presença de diagnóstico, medicação actual

Jovens Institucionalizados (N=100; 100%)	
Consultas Anteriores	
Sim	43 (43%)
Não	57 (57%)
Presença de Diagnóstico	
Sim	9 (9%)
Não	91 (91%)
Medicação Actual	
Sim	30 (30%)
Não	70 (70%)

2. Instrumentos

Medida de Rastreio dos Jovens (MAYSI-2; Grisso & Barnum, 2006; Ferreira, Simões, & Fonseca, 2012). É uma medida breve, constituída por 52 itens, destinada a identificar necessidades de saúde mental de jovens em contacto com o sistema de justiça. A sua administração requer aproximadamente entre 10 a 15 minutos e pode ser feita individualmente ou em grupo. O formato de resposta a cada item é simples - *Sim* ou *Não*-, consoante o item tenha sido verdadeiro ou não para o jovem nos últimos meses. Os jovens lêem os itens e respondem ou, estes podem ser lidos pelo técnico. Cada um dos itens integra uma das sete dimensões que compõem a prova. Para cada uma das sete dimensões, anteriormente indicadas, os resultados do jovem são comparados com pontos de corte que proporcionam dois indicadores: "Cuidado" ("*Caution*") (indica uma possível relevância clínica do resultado obtido e aponta necessidade de uma avaliação mais profunda) e "Aviso" ("*Warning*") (quando o jovem obtém uma pontuação excepcionalmente elevada numa dimensão) (Grisso & Barnum, 2006; JRC, 2002).

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (Youth Self Report, YSR; Achenbach & Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991; Fonseca e cols., 1999). Pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percecionados pela criança/ adolescente. O questionário é composto por duas partes: a primeira parte é constituída por 17 itens relacionados com competências, atividades e interesses sociais do indivíduo. A segunda parte tem um conjunto de 119 itens dos quais 103 são relativos a diversos problemas de comportamento

e/ou perturbações emocionais e 16 dizem respeito a comportamentos socialmente desejáveis. Os itens podem ser agrupados em 5 fatores: Anti-Social, Problemas de Atenção/Hiperatividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Comportamento/Esquizóide. Cabe ao sujeito indicar se a característica descrita em cada item da dimensão se aplica ou não a si (2 – *muitas vezes verdadeira*; 1 – *às vezes verdadeira*; 0 – *não verdadeira*) (Fonseca, 2009; Gonçalves & Simões, 2000).

Escala de Auto-Conceito Piers-Harris para Crianças-2 (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2; PHSCS-2; Piers, 1984; Piers & Harris, 1964; Piers & Herzberg, 2002; Veiga, 1989, 2006). É uma escala de resposta *sim/não*, composta por 60 itens de auto-resposta que se destina a avaliar um conjunto de percepções que as crianças e adolescentes, entre o 2º e o 12º ano, têm de si próprios, dos seus comportamentos e dos seus atributos. Pode ser aplicada individualmente ou em pequenos grupos. Os itens da escala são distribuídos por seis dimensões: Comportamento, Ansiedade, Estatuto Intelectual, Popularidade, Aparência Física e Satisfação-Felicidade (Veiga, 2006).

Dimensão de Desejabilidade Social de Marlowe Crowne (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale – MCSDS; Crowne & Marlowe, 1960; Ballard, 1992; Simões, Almiro, Lucas & Sousa, 2010). Uma vez que os instrumentos anteriores são de auto-resposta, a dimensão de Marlowe Crowne pretende avaliar a tendência de o sujeito dar respostas socialmente desejáveis (Domino et al., 2006). É composta por 33 itens aos quais o sujeito deve responder “Verdadeiro” ou “Falso”. Apesar de o estudo original (Crowne & Marlowe, 1960) apontar que pontuações superiores a 17 indicam uma tentativa de responder de acordo com o socialmente desejável, um estudo português recente (Silvestre, 2011), que teve por base uma amostra de adolescentes delinquentes institucionalizados em centros educativos, aponta para a necessidade de revisão deste ponto de corte em função das características desta população, sugerindo um resultado de 24.

Subteste de Vocabulário da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III; Wechsler, 2003) ou o Subteste de Vocabulário da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III; Wechsler, 2008). Neste subteste o examinador lê uma palavra e pede ao sujeito que a defina oralmente. Cada resposta é cotada com 0, 1 ou 2 consoante as indicações do manual e, posteriormente, os resultados brutos serão transformados em resultados padronizados. O subteste de Vocabulário da WISC-III será aplicado a jovens até aos 16 anos e 11 meses, enquanto o subteste de Vocabulário da WAIS-III se destina aos jovens de 17 a 20 anos de idade.

3. Procedimentos

A investigação passou, num primeiro momento, pela tradução e

retroversão da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2* (MAYSI-2) para a Língua Portuguesa. Thomas Grisso, autor da prova, autorizou a adaptação e validação do MAYSI-2 para Portugal.

Num segundo momento, depois de obtida autorização por parte da Direção Geral de Reinserção Social e dos Centros Educativos foram estabelecidos contactos com estes últimos para aplicação do protocolo de investigação. Após a explicação do âmbito e finalidade da investigação e de assegurar o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, os jovens procederam ao preenchimento do protocolo de forma voluntária. O protocolo de investigação conta com as provas referidas anteriormente pela seguinte ordem: Questionário de dados sócio-demográficos (data e local de recolha dos dados, sexo, idade, escolaridade, medida a cumprir), *Massachusetts Youth Screening Instrument* (MAYSI-2), Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (*Youth Self Report*, YSR), Escala de Auto-Conceito Piers-Harris para Crianças - 2 (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale-2*; PHSCS-2) Escala de Desejabilidade Social de Marlowe Crowne (*Marlowe-Crowne Social Desiderability Scale* – MCSDS), Subteste de Vocabulário da *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* ou da *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos*.

A aplicação do protocolo foi feita individualmente (34%) ou em grupo (66%) (com exceção do subteste de vocabulário cuja aplicação foi individual) consoante a disponibilidade dos Centros Educativos, demorando aproximadamente 30 a 45 minutos (Tabela 4). Durante a aplicação da prova MAYSI-2 não surgiram dúvidas acerca da compreensão dos itens da mesma.

De uma amostra de 105 jovens, 100 produziram protocolos válidos.

A análise de dados recolhidos foi feita recorrendo ao *software* SPSS (versão 17.0). Para avaliar a normalidade da distribuição das respostas ao MAYSI-2 recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov. Os valores de significância obtidos ($p=.000$) revelam que as respostas não seguem uma distribuição normal, pelo que, a análise estatística vai recorrer-se essencialmente de estatística não paramétrica.

Tabela 4. Tipo de Aplicação

Tipo de Aplicação	
Individual	34 (34%)
Grupo	66 (66%)

IV - Resultados

1. Análise Descritiva das dimensões e itens da Medida de Rastreio dos Jovens (MAYSI-2)

Ao analisarmos as dimensões MAYSI-2 (Tabela 5) verificamos que 78% dos jovens pontuam em pelo menos uma dimensão MAYSI-2, sendo que 44% pontua em duas ou mais. Dos jovens que pontuam em pelo menos uma dimensão, 76% pontua acima do ponto de corte Cuidado e 20% acima do ponto de corte Aviso. Dos jovens que pontuam em duas ou mais dimensões 44% pontua acima do ponto de corte Cuidado e 18% acima do

ponto de corte Aviso.

Em média, a dimensão em que os jovens mais pontuam acima do ponto de corte clínico é a dimensão Perturbações do Pensamento (37%), seguida da dimensão Raiva/Irritação (33%), Depressão/Ansiedade (30%), Queixas Somáticas (26%), Abuso de Substâncias (25%) e Ideação Suicida (13%). Para a dimensão Experiências Traumáticas, apesar de não serem indicados pontos de corte, verificamos que 47% dos jovens reportam três ou mais sintomas.

Dos jovens que pontuam na dimensão Abuso de Substâncias 18% pontuam acima do ponto de corte Cuidado e 7% acima do ponto de corte Aviso. Na dimensão Raiva/Irritação 30% pontuam em Cuidado e 3% em Aviso. Na dimensão Depressão/Ansiedade 26% pontuam acima de Cuidado e 4% acima de Aviso. Na dimensão Queixas Somáticas os 26% pontuam em Cuidado. Na dimensão Ideação Suicida 11% pontuam em Cuidado e 2% em Aviso. Por último, na dimensão Perturbações do Pensamento, 26 % pontuam em Cuidado e 11% em Aviso.

Tabela 5. Proporção de Jovens que pontuam acima dos pontos de corte Cuidado e Aviso

	"Cuidado"		"Aviso"	
	Ponto de Corte	Percentagem acima	Ponto de Corte	Percentagem acima
Abuso de Substâncias	4	18%	7	7%
Raiva/Irritação	5	30%	8	3%
Depressão/Ansiedade	3	26%	6	4%
Queixas Somáticas	3	26%	6	0%
Ideação Suicida	2	11%	3	2%
Perturbações do Pensamento	1	26%	2	11%

Percentagem de jovens que pontua acima do ponto de corte		
	"Cuidado"	"Aviso"
Em pelo menos uma dimensão MAYSI-2	76	20
Em pelo menos duas dimensões MAYSI-2	44	18

Atendendo às médias por idades (Tabela 6) verificamos que na dimensão Abuso de Substâncias são os jovens com idades compreendidas entre 17 e 20 os que pontuam mais ($M=1.90$, $d.p.=.299$), os jovens entre os 12 e os 14 pontuam mais nas dimensões Raiva/Irritação ($M=4.11$, $d.p.=.873$), Depressão/Ansiedade ($M= 2.33$ $d.p.=.601$), Queixas Somáticas ($M= 1.67$, $d.p.=.471$), Ideação Suicida ($M= 1.33$, $d.p.=.471$) e Perturbações do Pensamento ($M= 0.67$, $d.p.=.373$) e na dimensão Experiências Traumáticas os jovens de 15 e 16 anos ($M=2.49$, $d.p.=.180$).

Tabela 6. Dimensões MAYSI-2: Médias e Desvios-Padrão por idades

	12-14 anos	15-16 anos	17-20 anos
Abuso Substâncias	1.56 (.626)	1.78 (.289)	1.90 (.299)
Raiva/Irritação	4.11 (.873)	3.04 (.343)	3.14 (.282)
Depressão/Ansiedade	2.33 (.601)	1.71 (.230)	1.50 (.214)
Queixas Somáticas	1.67 (.471)	1.57 (.196)	1.33 (.186)
Ideação Suicida	1.33 (.601)	0.59 (.151)	0.17 (.067)
Perturbações do Pensamento	0.67 (.373)	0.59 (.109)	0.36 (.095)
Experiências Traumáticas	2.33 (.577)	2.49 (.180)	2.10 (.226)

Os itens que registam uma maior frequência de respostas positivas são os itens 7 “*Já pensaste muito em vingar-te de alguém com quem te tenhas zangado*” (54%; $M = 1.46$, $d.p.=.50$), 28 “*Quando te sentiste nervoso(a) ou ansioso(a) sentiste o teu coração a bater muito rápido*” (55%; $M = 1.55$, $d.p.= 1.17$), 36 “*Já sentiste vontade de não ir mais à escola*” (72%; $M = 1.28$, $d.p.=.45$), 44 “*Estragaste ou partiste alguma coisa de propósito só porque estavas furioso(a)*” (54%; $M = 1.46$, $d.p. =.50$), 48 “*Em toda a tua vida já te aconteceu alguma coisa muito má ou terrível*” (69% ($M = 1.30$, $d.p.=.46$) e 52 “*Alguma vez viste na realidade alguém gravemente ferido ou assassinado (sem ser em filmes ou na televisão)*” (66%; $M = 1.34$, $d.p. = .48$). Da mesma forma houve itens que registaram um número reduzido de respostas positivas: 14 “*Tens tido pesadelos tão maus que te deixam com muito medo de adormecer*” (7%; $M = 1.93$, $d.p.=0.26$), o item 18 “*Já pensaste em ferir-te a ti próprio*” (10%; $M = 1.90$, $d.p.=0.30$), 20 “*Tens ouvido vozes que as outras pessoas não conseguem ouvir*” (5%; $M = 1.95$, $d.p. =0.22$), 22 “*Já alguma vez pensaste ou tiveste intenção de suicidar-te*” (5%; $M = 1.95$, $d.p. =0.22$), 25 “*As outras pessoas têm conseguido controlar o teu cérebro ou os teus pensamentos*” (7%; $M = 1.93$, $d.p. =0.26$), 29 “*Quando te sentiste nervoso(a) ou ansioso(a) sentiste falta de ar*” (6%; $M = 1.94$, $d.p. =0.24$), 32 “*Já conseguiste fazer com que as outras pessoas façam coisas apenas com o pensamento*” (7%; $M = 1.93$, $d.p.=0.26$), 47 “*Já perdeste toda a esperança na tua vida*” (8%; $M = 1.92$, $d.p. =0.27$) e o 50 “*Alguma vez te violaram ou estiveste em perigo de ser violado(a)*” (0%; $M = 2.00$, $d.p.=0.00$) (Tabela 7, Anexo B).

2. Consistência Interna das Dimensões

A consistência interna foi examinada através do alpha de Cronbach para cada uma das dimensões e assume valores de alpha entre .36 e .81 (Tabela 8). Mais especificamente, a dimensão MAYSI-2 Ideação Suicida ($\alpha=.81$), Abuso de Substâncias ($\alpha=.77$), Raiva/Irritação ($\alpha=.73$), Depressão/Ansiedade ($\alpha=.65$), Experiências Traumáticas ($\alpha=.54$), Perturbações de Pensamento ($\alpha=.42$) e Queixas Somáticas ($\alpha=.36$).

Tabela 8. Consistência Interna das Dimensões MAYSI-2

	Número de Itens	alpha de Cronbach
Consumo de Substâncias	8	.77
Raiva/Irritação	9	.73
Depressão/Ansiedade	9	.65
Queixas Somáticas	6	.36
Ideação Suicida	5	.81
Perturbações do Pensamento	5	.42
Experiências Traumáticas	5	.54

Na dimensão Abuso de Substâncias, o item 19 “*Os teus pais ou os teus amigos já pensaram que tu bebes demasiado*”, tem uma correlação muito fraca com a sua dimensão ($r=.13$). A sua eliminação, aumentaria a consistência interna da dimensão Abuso de Substâncias de “razoável” ($\alpha=.77$) para “boa” ($\alpha=.81$). Na dimensão Raiva/Irritação, os itens que menos se correlacionam com a dimensão são o item 42 “*Quando «perdeste a cabeça» ficaste de cabeça perdida por muito tempo*” ($r=.169$) e o item 44 ($r=.194$). A eliminação dos dois itens aumentaria o valor de $\alpha=.72$ para $\alpha=.77$, porém, mantendo a consistência interna “razoável”. Na dimensão Depressão/Ansiedade as correlações variam entre baixas e razoáveis ($r=.211$ a $.445$). Na dimensão Queixas Somáticas o item 29 e o item 43 “*Tens tido dores de cabeça muito fortes*” apresentam correlações muito fracas com a dimensão ($r=.069$ e $r=.004$; respetivamente). A retirada dos dois itens apesar de aumentar o valor de alpha para $.42$, a consistência interna da dimensão manter-se-ia “fraca”. As correlações entre os itens da dimensão Ideação Suicida são moderadas, variando entre $r=.57$ e $r=.65$. O item 26 “*Já tiveste uma sensação ou sentimento desagradável de que as coisas não pareciam reais, como se estivesses num sonho*” é na dimensão Perturbações do pensamento aquele que tem uma correlação mais fraca com a dimensão ($r=.099$) e, a sua eliminação aumentaria a consistência interna da dimensão ($\alpha=.49$), contudo, iria manter-se fraca. Por último, na dimensão Experiências traumáticas as correlações variam entre baixas e moderadas ($r=.209$ a $.436$) (Tabela 9, Anexo C) (Pestana e Gageiro, 2005).

A consistência interna foi também calculada para o conjunto dos 51 itens da escala e revela-se “boa” ($\alpha=.865$) (Tabela 10, Anexo C). Contudo, os itens 29, 37 “*Já alguma vez estiveste bêbedo(a) ou drogado(a) na escola*” e 40 “*Tens consumido álcool e drogas ao mesmo tempo*” apresentam-se pouco correlacionados com os restantes itens. Retirando os itens 29 e 40 a consistência interna dos itens aumentaria para $\alpha=.867$, valor também ele considerado “bom”.

3. Estudos de Validade

3.1. Validade de Constructo

A validade interna foi apurada mediante as intercorrelações entre as dimensões MAYSI-2. Uma vez que os resultados não seguem uma

distribuição normal, foi utilizado o coeficiente *Rho* de Spearman.

Os coeficientes de correlação variam entre -.014 e .536. Verificam-se correlações positivas, moderadas e estatisticamente significativas ($p < .01$) entre as dimensões Raiva/Irritação e Depressão/Ansiedade ($\rho = .536$, $p < .01$), Raiva/Irritação e Experiências Traumáticas ($\rho = .448$, $p < .01$) e Experiências Traumáticas e Ideação Suicida ($\rho = .403$, $p < .01$). Verificam-se ainda correlações positivas, baixas mas estatisticamente significativas entre as dimensões Depressão/Ansiedade e Ideação Suicida ($\rho = .369$, $p < .01$), Raiva/Irritação e Queixas Somáticas ($\rho = .358$, $p < .01$), Depressão/Ansiedade e Queixas Somáticas ($\rho = .343$, $p < .01$), Depressão/Ansiedade e Experiências Traumáticas ($\rho = .304$, $p < .01$), Consumo de Substâncias e Experiências Traumáticas ($\rho = .284$, $p < .01$), Queixas Somáticas e Ideação Suicida ($\rho = .260$, $p < .01$), Queixas Somáticas e Experiências Traumáticas ($\rho = .259$, $p < .01$), Raiva/Irritação e Ideação Suicida ($\rho = .229$, $p < .05$), Perturbações do Pensamento e Experiências Traumáticas ($\rho = .220$, $p < .05$) e Consumo de Substâncias e Perturbações do Pensamento ($\rho = .203$, $p < .05$). As restantes correlações são muito fracas e não são estatisticamente significativas (Tabela 11).

Tabela 11. Correlações entre as dimensões MAYSI-2

	CS	RI	DA	QS	IS	PP	ET
CS	-						
RI	.168	-					
DA	.076	.536**	-				
QS	-.014	.358**	.343**	-			
IS	.119	.229*	.369**	.260**	-		
PP	.203*	.176	.029	.139	.195	-	
ET	.284**	.448**	.304**	.259**	.403**	.220*	-

** $p < .01$

* $p < .05$

Nota: CS (dimensão Consumo de Substâncias); RI (dimensão Raiva/Irritação); DA (dimensão Depressão/Ansiedade); QS (dimensão Queixas Somáticas); IS (dimensão Ideação Suicida); PP (dimensão Perturbação do Pensamento); ET (dimensão Experiências Traumáticas).

3.2. Validade convergente

Análise da relação entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões YSR

Analisando as correlações entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões YSR (Tabela 12), verificamos que à exceção da relação entre a dimensão MAYSI-2 Queixas Somáticas e a dimensão YSR Comportamento Anti-Social (-.013), todas as dimensões do MAYSI-2, se correlacionam positivamente com as dimensões YSR e com o resultado total YSR. As magnitudes de correlação variam entre .013 e .525.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005) verificam-se magnitudes de correlação “moderadas” e estatisticamente significativas ($p < .01$) entre as dimensões: MAYSI-2 Consumo de Substâncias e a dimensão YSR Comportamento Anti-Social (.457); a dimensão Raiva/Irritação e as

dimensões YSR Atenção/Hiperatividade (.525) e Isolamento (.403); a dimensão Depressão/Ansiedade e a dimensão YSR Atenção/Hiperatividade (.402); a dimensão Ideação Suicida e a dimensão YSR Ansiedade Depressão (.444) e, por último, a dimensão Experiências Traumáticas e as dimensões YSR Atenção Hiperatividade (.452) e Queixas Somáticas (.409).

A dimensão MAYSI-2 Queixas Somáticas e a dimensão YSR Queixas Somáticas apresentam uma associação “baixa” (.310). O mesmo acontece entre as dimensões MAYSI-2 Perturbação do Pensamento e YSR Problemas de Pensamento (.211) e com as dimensões MAYSI-2 Depressão/Ansiedade e YSR Ansiedade/Depressão.

Tabela 12. Correlações entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões YSR

	CS	RI	DA	QS	IS	PP	ET
YSR_AS	.457**	.297**	.213*	-.013	.137	.184	.310**
YSR_AH	.158	.525**	.402**	.355**	.329**	.126	.452**
YSR_AD	.167	.248*	.336**	.212*	.444**	.238*	.348**
YSR_I	.080	.403**	.384**	.282**	.157	.013	.345**
YSR_QS	.023	.339**	.323**	.310**	.271**	.101	.409**
YSR_P	.106	.369**	.242*	.121	.214*	.211*	.368**
YSR_T	.211**	.490**	.345**	.381**	.295**	.163	.431**

**p <.01

*p <.05

Nota: CS (dimensão Consumo de Substâncias); RI (dimensão Raiva/Irritação); DA (dimensão Depressão/Ansiedade); QS (dimensão Queixas Somáticas); IS (dimensão Ideação Suicida); PP (dimensão Perturbação do Pensamento); ET (dimensão Experiências Traumáticas); YSR_AS (dimensão Comportamento Anti-social); YSR_AH (dimensão Problemas de Atenção-Hiperatividade); YSR_AD (dimensão Ansiedade/Depressão); YSR_I (dimensão Isolamento); YSR_QS (dimensão Queixas Somáticas); YSR_P (dimensão Problemas de Pensamento); YSR_T (Total YSR).

Análise da relação entre o autoconceito nos resultados MAYSI-2

Os resultados da amostra da presente investigação foram comparados com os do estudo de Veiga (2006), considerando-se como valor de referência a média para cada fator indicada neste estudo. Um resultado mais elevado corresponde a um auto-conceito mais favorável. Assim, os resultados totais da escala de autoconceito Piers-Harris revelam que, 65% dos jovens institucionalizados tem um autoconceito de nível médio, 20% tem um autoconceito baixo e 15% um autoconceito elevado. Em todas as dimensões do autoconceito os resultados dos jovens situam-se dentro da média (Tabela 13, Anexo C).

Atendendo ao coeficiente Rho de Spearman, verifica-se que as correlações estatisticamente significativas entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões do autoconceito são negativas. Apesar de serem correlações baixas, o facto de serem negativas diz-nos que o aumento numa dimensão corresponde a uma diminuição na outra dimensão e vice-versa (Tabela 14).

Tabela 14. Relação entre dimensões do MAYSI-2 e fatores do autoconceito (PHSCS)

	C	EI	AF	A	P	SF	Total
CS	-.370**	-.065	.038	.019	-.082	-.088	-.175
RI	-.335**	-.004	.084	-.275**	-.028	.014	-.267**
DA	-.244*	.000	.064	-.170	-.160	-.157	-.251*
QS	-.115	.073	.099	-.230*	-.209*	.004	-.150
IS	-.245*	-.129	-.059	-.237*	-.243*	-.183	-.235*
PP	-.168	.010	-.061	-.288**	-.232	-.062	-.143
ET	-.377	-.091	-.034	-.230*	-.266**	-.014	-.353**

**p <.01

* p <.05

Nota: CS (dimensão Consumo de Substâncias); RI (dimensão Raiva/Irritação); DA (dimensão Depressão/Ansiedade); QS (dimensão Queixas Somáticas); IS (dimensão Ideação Suicida); PP (dimensão Perturbação do Pensamento); ET (dimensão Experiências Traumáticas). C (Comportamento); EI (Estatuto Intelectual), AF (Aparência Física); A (Ansiedade); P (Popularidade), SF (Satisfação-Felicidade).

Analisando as diferenças nos resultados MAYSI-2 tendo em conta o resultado total do autoconceito (inferior, médio ou elevado), verificamos que na dimensão Abuso de Substâncias são os jovens com um autoconceito médio, aqueles que pontuam mais nesta dimensão ($M=53.75$, $H(2)=6.417$, $p <.05$). Já na dimensão Raiva/Irritação ($M=59.95$, $H(2)=7.943$, $p <.05$), Depressão/Ansiedade ($M=59.80$, $H(2)=6.736$, $p <.05$) e Experiências Traumáticas ($M=67.98$, $H(2)=12.474$, $p <.05$) são os jovens com um autoconceito inferior os que obtêm resultados mais elevados.

Examinando as diferenças dos resultados MAYSI-2 tendo por base o factor Ansiedade do autoconceito, verifica-se que são os jovens com um autoconceito muito inferior, ou seja, aqueles que se consideram muito ansiosos, os que tem resultados mais elevados nas dimensões MAYSI-2, com exceção da dimensão Abuso de Substâncias ($p =.247$), dimensão Raiva/Irritação ($M=85.50$, $H(3)=14.941$, $p <.05$), Depressão/Ansiedade ($M=92.20$, $H(3)=13.754$, $p <.05$), Queixas Somáticas ($M=87.10$, $H(3)=10.215$, $p <.05$), Ideação Suicida ($M=82.30$, $H(3)=13.724$, $p <.05$), Perturbações do Pensamento ($M=79.20$, $H(3)=11.496$, $p <.05$) e Experiências Traumáticas ($M=83.00$, $H(3)=8.756$, $p <.05$). Tendo por base o autoconceito dos jovens do seu aspeto comportamental, verificamos que são os jovens com um autoconceito muito inferior os que têm pontuações mais elevadas nas dimensões MAYSI-2 Abuso de Substâncias ($M=71.75$, $H(3)=16.400$, $p <.001$), Raiva/Irritação ($M=64.56$, $H(3)=11.454$, $p <.01$) e Experiências Traumáticas ($M=63.16$, $H(3)=14.851$, $p <.01$). Da mesma forma, os jovens com um fator Estatuto Intelectual do autoconceito médio são os que obtêm resultados mais elevados nas dimensões MAYSI-2 Experiências Traumáticas ($M=57.18$, $H(3)=10.511$, $p <.05$). Os jovens com um autoconceito do fator Popularidade inferior são os que pontuam mais nas dimensões Perturbações do Pensamento ($M=74.81$, $H(3)=10.230$, $p <.05$) e Experiências Traumáticas ($M=70.88$, $H(3)=7.588$, $p <.05$). Por último, os jovens que têm um auto conceito muito inferior no fator Satisfação-Felicidade são os que obtêm pontuações mais elevadas na escala MAYSI-2 Ideação Suicida ($M=99.00$, $H(3)=6.744$, $p <.05$). As restantes diferenças não são significativas (Tabela 15, Anexo C).

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)* numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

3.3. Validade Discriminante

Análise das diferenças das idades e da origem étnica nos resultados MAYSI-2

Analisando as diferenças entre as idades com base no teste Kruskal-Wallis verificamos que estas apenas são significativas para a dimensão Ideação Suicida ($H(2) = 6.454, p < .05$). Esta diferença indica-nos que são os jovens mais novos, entre 12 e 14 anos, os que apontam mais sintomas de ideação suicida ($M = 63.00$), seguindo-se os jovens dos 15-17 anos ($M = 51.26$) e os jovens dos 18 aos 20 ($M = 40.56$) (Tabela 16).

Tabela 16. Diferenças etárias nas dimensões MAYSI-2

	12-14 anos	15-17 anos	18-20 anos	X ² (2)	p
Abuso Substâncias	47.33	49.70	55.65	.751	.687
Raiva/Irritação	61.72	49.17	50.35	1.541	.463
Depressão/Ansiedade	61.56	48.83	51.91	1.687	.430
Queixas Somáticas	54.56	50.26	49.61	.219	.896
Ideação Suicida	63.00	51.26	40.56	6.454	.040
Perturbações do Pensamento	51.33	51.17	47.15	.374	.829
Experiências Traumáticas	50.33	50.39	51.06	.008	.996

O mesmo teste foi usado para comparar as pontuações obtidas nas dimensões MAYSI-2 e as diferentes etnias e as diferenças encontradas não são significativas (Tabela 17).

Tabela 17. Diferenças dos grupos étnicos e resultados nas dimensões MAYSI-2

	Portugueses (n=83)	PALOPS (n=15)	Brasileiros (n=2)	X ² (3)	p
Abuso Substâncias	51.20	46.50	51.50	.361	.831
Raiva/Irritação	51.10	50.23	27.75	1.298	.551
Depressão/Ansiedade	49.54	51.53	82.50	2.694	.285
Queixas Somáticas	50.77	51.80	29.75	1.130	.610
Ideação Suicida	51.69	41.50	68.50	4.086	.116
Perturbações do Pensamento	48.23	62.57	54.25	4.287	.105
Experiências Traumáticas	50.57	53.90	22.00	2.230	.341

Análise da influência dos contactos anteriores com sistemas de saúde mental e da medicação nos resultados MAYSI-2

Para analisar a influência dos contactos anteriores com o sistema de saúde mental nos resultados MAYSI-2, dividiu-se a amostra em dois grupos: num primeiro grupo os jovens que já tinham tido contacto com sistemas de saúde mental ($n = 43$) e, num segundo grupo, os jovens que nunca tinham tido contactado com estes serviços ($n = 57$). Uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Tabela 18). Assim, verifica-se que para as dimensões Raiva/Irritação ($U = 795.500, p < .05$), Depressão/Ansiedade ($U = 957.500, p < .05$), Queixas Somáticas ($U = 719.500, p < .001$), Ideação Suicida ($U = 964.500, p < .05$) e Experiências

Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

Traumáticas ($U= 791.000$, $p <0.05$) as diferenças são estatisticamente significativas. Para todas as dimensões, os jovens que já tinham tido contactos anteriores com os sistemas de saúde mental pontuam mais elevado nas dimensões MAYSI-2. Já para as dimensões Abuso de Substâncias ($U= 1095.000$, $p =.346$) e Perturbações do Pensamento ($U=1051.500$, $p =.157$) não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 18. Contactos anteriores com sistema de saúde mental e resultados nas dimensões MAYSI-2

	SIM	NÃO	U	Z	p
	M	M			
Abuso Substâncias	47.57	52.79	1095.000	-.942	.346
Raiva/Irritação	60.50	42.92	795.500	-.3032	.002
Depressão/Ansiedade	56.73	45.80	957.500	-1.921	.055
Queixas Somáticas	62.27	41.62	719.500	-3.638	.000
Ideação Suicida	56.57	45.92	964.500	-2.394	.017
Perturbações do Pensamento	46.45	53.55	1051.500	-1.416	.157
Experiências Traumáticas	60.60	42.88	791.000	-3.090	.002

Quanto à toma ou não de medicação pelos jovens, a análise revela que nas dimensões Raiva/Irritação ($U=615.000$, $p <.001$) e Depressão/Ansiedade ($U= 703.000$, $p <.05$) a toma de medicação tem influência nos resultados, sendo os jovens que tomam medicação os que pontuam mais elevado nestas dimensões (Tabela 19).

Tabela 19. Toma de medicação e resultados nas dimensões do MAYSI-2

	Sim	Não	U	Z	p
	M	M			
Abuso Substâncias	50.17	50.64	1040.000	-.078	.938
Raiva/Irritação	65.00	44.29	615.000	-3.313	.001
Depressão/Ansiedade	62.07	45.54	703.000	-2.687	.007
Queixas Somáticas	54.92	48.61	917.500	-1.029	.303
Ideação Suicida	53.52	49.21	959.500	-.897	.370
Perturbações do Pensamento	50.25	50.61	1042.500	-.066	.947
Experiências Traumáticas	54.97	48.59	916.000	-1.030	.303

Análise da influência dos anos de escolaridade e da inteligência verbal nos resultados MAYSI-2

Recorrendo ao teste Kruskal-Wallis (Tabela 20) verificamos que os anos de escolaridade dos jovens parecem não influenciar os resultados nas dimensões MAYSI-2 ($p >.05$).

Tabela 20. Escolaridade e resultados nas dimensões do MAYSI-2

	Ensino Básico	2º ciclo	3º ciclo	X ² (2)	p
Abuso Substâncias	58.10	54.53	40.95	5.310	.070
Raiva/Irritação	70.40	53.05	42.03	5.626	.060
Depressão/Ansiedade	61.20	53.63	42.31	4.132	.127
Queixas Somáticas	49.90	51.98	47.55	.521	.771
Ideação Suicida	48.50	52.67	46.34	1.771	.413
Perturbações do Pensamento	40.90	51.20	50.61	.799	.671
Experiências Traumáticas	52.60	51.99	47.08	.653	.721

Da mesma forma, com base no teste *U* de Mann-Whitney conferimos que, os resultados dos jovens que têm uma inteligência verbal “baixa” não são significativamente diferentes dos resultados dos jovens que têm uma inteligência verbal “média” ($p > .05$) (Tabela 21).

Tabela 21. Inteligência Verbal e resultados nas dimensões MAYSI-2

	Baixa M	Média M	U	Z	p
Abuso Substâncias	53.63	44.43	915.500	-1.558	.119
Raiva/Irritação	49.66	52.13	1066.500	-.409	.683
Depressão/Ansiedade	50.98	49.57	1090.500	-.236	.813
Queixas Somáticas	47.34	56.63	913.500	-1.567	.117
Ideação Suicida	52.08	47.43	1017.500	-1.002	.316
Perturbações do Pensamento	52.41	46.79	996.000	-1.072	.284
Experiências Traumáticas	50.20	51.07	1102.500	-.145	.885

Análise da influência do regime de internamento, unidade de residência e fase de progressividade nos resultados MAYSI-2

Com base no teste *U* de Mann-Whitney não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados dos jovens do regime semi-aberto e fechado ($p > .05$) (Tabela 22).

Tabela 22. Regimes de internamento e resultados nas dimensões MAYSI-2

	Semi- aberto M	Fechado M	U	Z	p
Abuso Substâncias	48.54	57.43	705.500	-1.316	.188
Raiva/Irritação	49.15	55.30	752.500	-.889	.374
Depressão/Ansiedade	51.53	46.84	777.500	-.690	.491
Queixas Somáticas	51.15	48.18	807.000	-.438	.661
Ideação Suicida	51.94	45.41	746.000	-1.228	.220
Perturbações do Pensamento	50.13	51.80	829.500	-.277	.782
Experiências Traumáticas	49.88	52.70	809.500	-.412	.680

Utilizando o teste Kruskal-Wallis verificamos que as dimensões Abuso de Substâncias ($H(3) = 13.971, p < .05$) e Queixas Somáticas ($H(3) = 8.766, p < .05$) apresentam diferenças significativas entre fases de **Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados**

progressividade (Tabela 23). Na dimensão Abuso de Substâncias a Fase 1 é a que pontua mais elevado (M= 59.70), seguindo-se da Fase 3 (M=56.50), da Fase 4 (M=39.09) e da Fase 2 (M=36.52). Na dimensão Queixas Somáticas a Fase 2 é a que pontua mais elevado (M= 60.74), seguindo-se da Fase 4 (M=56.77), da Fase 3 (M=52.31) e da Fase 1 (M=41.15).

Tabela 23. Fase de progressividade e resultados nas dimensões MAYSI-2

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	X ² (3)	p
Abuso Substâncias	59.70	36.52	56.50	39.09	13.971	.003
Raiva/Irritação	48.89	55.46	45.02	54.77	1.952	.582
Depressão/Ansiedade	48.20	56.50	45.57	53.77	2.288	.515
Queixas Somáticas	41.15	60.74	52.31	56.77	8.766	.033
Ideação Suicida	53.10	48.35	47.40	52.00	1.293	.731
Perturbações do Pensamento	49.70	45.69	57.81	51.36	2.895	.408
Experiências Traumáticas	50.61	51.83	44.26	58.73	1.996	.573

Da mesma forma, são os jovens da Unidade de Acolhimento os que pontuam mais na dimensão Abuso de Substâncias (M=55.52, U= 971.000, $p < .05$). Já na dimensão Queixas Somáticas são os jovens da Unidade de Progressão que reportam mais sintomas (M= 58.33, U=882.000, $p < .01$) (Tabela 24).

Tabela 24. Unidade de residência e resultados nas dimensões MAYSI-2

	Acolhimen to M	Progress ão M	U	Z	p
Abuso Substâncias	55.52	44.61	971.000	-1.944	.052
Raiva/Irritação	49.54	51.63	1190.000	-.364	.716
Depressão/Ansiedade	49.78	51.35	1203.000	-.278	.781
Queixas Somáticas	43.83	58.33	882.000	-2.571	.010
Ideação Suicida	49.46	51.72	1186.000	-.510	.610
Perturbações do Pensamento	47.91	53.54	1102.000	-1.132	.258
Experiências Traumáticas	49.77	51.36	1202.500	-.279	.780

Análise das diferenças entre tempo de medida cumprido nos resultados MAYSI-2

O teste Kruskal-Wallis foi usado para avaliar as diferenças entre o tempo de medida cumprido. Foram encontrados resultados significativos nas dimensões Abuso de Substâncias ($H(5) = 19.868$, $p < 0.001$) e Perturbações do Pensamento ($H(5) = 15.170$, $p < 0.01$), indicando que os grupos diferem uns dos outros. São os jovens com um tempo de permanência menor (15 dias) aqueles que pontuam mais na dimensão Abuso de Substâncias (M=73.60), sendo que, este valor diminui com o passar dos meses (2-6 meses, M=61.23; 7 a 12 meses, M=36.60) e volta a aumentar nos últimos meses (13 a 24 meses, M=43.79; 25 a 36 meses, M=62.00). Na dimensão Perturbação do Pensamento, são os jovens com maior tempo de permanência, (25 a 36 meses) aqueles que revelam mais sintomas

Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados

Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

(M=88.17), seguindo-se dos jovens com um menor tempo de permanência (15 dias, M=62.20; 1 mês, M=59.95). Para as restantes dimensões as diferenças não se revelam significativas (Tabela 25).

Tabela 25. Diferenças por tempo de medida cumprido e resultados nas dimensões do MAYSI-2

	Até 15 dias	1 mês	2-6	7-12	13-24	25-36	X ² (2)	p
Abuso Substâncias	73.60	65.32	61.23	36.60	43.79	62.00	19.868	0.001
Raiva/Irritação	38.30	40.86	47.92	54.50	54.08	58.50	3.575	.612
Depressão/Ansiedade	46.10	39.73	46.62	54.85	54.69	52.50	3.508	.622
Queixas Somáticas	47.40	38.00	40.54	59.15	55.06	62.00	9.577	.088
Ideação Suicida	70.50	52.00	44.27	50.40	54.08	38.00	7.860	.164
Pert. do Pensamento	62.20	59.95	47.40	41.05	54.58	88.17	15.170	.010
Exper. Traumáticas	61.10	56.05	45.40	49.55	51.52	58.33	2.247	.814

Análise das diferenças por tipo de aplicação nos resultados do MAYSI-2

O teste *U* de Mann-Whitney foi calculado para examinar se existem diferenças entre a aplicação individual e em grupo nos resultados Maysi-2. Foram encontradas diferenças significativas nos resultados das dimensões Abuso de Substâncias ($U=828.000$, $p < .05$), Depressão/Ansiedade ($U=769.000$, $p < .001$) e Raiva/Irritação ($U=769.000$, $p < .05$). Na dimensão Abuso de Substâncias, os jovens que completaram a escala em grupo apontam mais sintomas que os jovens que completaram a prova individualmente (M= 54.95, M=41.85; respetivamente). Já na dimensão Depressão/Ansiedade e Raiva/Irritação, são os jovens que realizaram a prova individualmente que reportam mais sintomas (M= 60.88; M= 58.16; respetivamente) comparativamente aos que a realizaram em grupo (M= 45.15, M=46.55; respetivamente) (Tabela 26).

Tabela 26. Tipo de administração e resultados nas dimensões do MAYSI-2

	Individual	Grupo	U	Z	p
	M	M			
Abuso Substâncias	41.85	54.95	828.000	-2.219	.027
Raiva/Irritação	58.16	46.55	861.500	-1.920	.055
Depressão/Ansiedade	60.88	45.15	769.000	-2.644	.008
Queixas Somáticas	55.38	47.17	956.000	-1.247	.212
Ideação Suicida	53.07	49.17	1034.500	-.839	.402
Perturbações do Pensamento	52.03	49.71	1070.000	-.442	.568
Experiências Traumáticas	52.71	49.36	1047.000	-.557	.577

Análise das diferenças entre dois grupos com base no resultado obtido no MCSDS

Atendendo ao ponto de corte de 17 no MCSDS procedeu-se à divisão da amostra em dois grupos: o primeiro grupo dos jovens com resultados inferiores a 17 e por isso uma fraca desejabilidade social (n=43) e o segundo

Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

grupo dos jovens que pontuam acima do ponto de corte 17 e têm uma elevada desejabilidade social ($n=57$). Através do teste U de Mann-Whitney verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Raiva/Irritação ($U=757.500$, $p < .001$), Depressão/Ansiedade ($U=898.000$, $p < .05$) e Queixas Somáticas ($U=880.000$, $p < .05$) (Tabela 27), que nos transmitem que, os resultados nestas dimensões são mais elevados para os jovens com uma fraca desejabilidade social.

Tabela 27. Desejabilidade Social (MCSDS) e resultados nas dimensões do MAYSI-2

	Elevada	Fraca	U	Z	p
	Desejabilidade	Desejabilidade			
	M	M			
Abuso Substâncias	49.95	51.23	1194.000	-.227	.820
Raiva/Irritação	42.29	61.38	757.500	-3.300	.001
Depressão/Ansiedade	44.75	58.12	898.000	-2.347	.019
Queixas Somáticas	44.44	58.53	880.000	-2.484	.013
Ideação Suicida	49.16	52.28	1149.000	-.702	.483
Perturbações do Pensamento	49.86	51.35	1189.000	-.297	.766
Experiências Traumáticas	48.64	52.97	1119.500	-.754	.451

V - Discussão

A consistência interna para o conjunto dos 51 itens da escala MAYSI-2 ($\alpha = .87$) revela-se “boa” (Pestana & Gageiro, 2005) revelando que os itens funcionam nesta amostra de modo homogêneo. Alguns dos itens apresentam-se pouco correlacionados com o conjunto dos itens, contudo, a sua eliminação não afetaria a consistência interna.

A consistência interna das dimensões MAYSI-2 foi examinada através do alpha de Cronbach para cada uma das dimensões MAYSI-2 e assume valores de alpha entre .36 e .81. Mais especificamente, de acordo com os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2005), verificam-se resultados “bons” para a dimensão MAYSI-2 Ideação Suicida ($\alpha = .81$) e resultados “razoáveis” nas dimensões Abuso de Substâncias ($\alpha = .77$) e Raiva/Irritação ($\alpha = .73$). As exceções são para os resultados “fracos” na dimensão Depressão/Ansiedade ($\alpha = .65$) e os resultados “inadmissíveis” para as dimensões Experiências Traumáticas ($\alpha = .54$), Perturbações de Pensamento ($\alpha = .42$) e Queixas Somáticas ($\alpha = .36$). Estes resultados são em parte consistentes com estudos MAYSI anteriores em que o alpha varia entre .61 a .86 (Grisso et al., 2001), ou entre .50 e .86 (Butler et al., 2007), assim como com resultados de estudos que utilizam medidas de psicopatologia infantil como o YSR (Achenbach, 1991: $\alpha = .59$ a .90, $M = .76$) ou o MMPI-A (Millon, 1993: $\alpha = .40$ a .89, $M = .68$). Contudo, é necessário prestar atenção a alguns itens, que caso fossem eliminados aumentariam a consistência interna da sua dimensão. É caso disso o item 19 que, se eliminado, aumentaria a consistência interna da sua dimensão, Abuso de Substâncias, de “razoável” para “boa”. Já nas dimensões em que a consistência interna varia entre “fraca” a “inadmissível”, uma vez que a eliminação dos itens com correlações mais fracas com a dimensão não produz o aumento da

consistência interna da dimensão, poderia ser relevante a formulação e introdução de novos itens nestas dimensões. Assim, podemos concluir que há uma relação aceitável entre os itens e as dimensões que eles integram, confirmando-se assim H1.

A validade de constructo (relação interna entre dimensões) foi analisada através do coeficiente correlação de *Rho* de Spearman que nos indica que as correlações estatisticamente significativas são positivas, ou seja, o aumento numa dimensão corresponde ao um aumento na outra dimensão. A tabela das correlações entre escalas MAYSI-2 revela algumas correlações com interesse e relevância teórica, que fornecem à escala validade de constructo, uma vez que são consistentes com teoria da psicopatologia infantil. É caso disso a correlação entre Raiva/Irritação e Depressão/Ansiedade ($\rho=.536, p <.01$). Um dos mais frequentes sintomas depressivos nos jovens é a irritabilidade, que se manifesta em inquietação, agitação, problemas de concentração e respostas impulsivas. Da mesma forma a correlação entre Raiva/Irritação e Experiências Traumáticas ($\rho=.448, p <.01$). Nos jovens com experiências traumáticas são constantes os pesadelos, dificuldades de concentração, raiva e/ou irritabilidade (Weems & Silverman, 2008). Estes resultados são também consistentes com o estudo original (Grisso et al., 2001) que encontrou correlações substanciais entre Depressão/Ansiedade e Raiva/Irritação (.57) e entre Raiva/Irritação e Experiências Traumáticas (.45). Os mesmos resultados foram encontrados para as dimensões Experiências Traumáticas e Ideação Suicida ($\rho=.403, p <.01$). Esta última relação é também encontrada na literatura que descreve que jovens expostos a situações traumáticas podem apresentar comportamentos impulsivos e auto-destrutivos, sentimentos de desespero e hostilidade (Rosenberg, 2001; Weem & Silverman, 2008).

As inter-correlações observadas entre as dimensões MAYSI-2 não são elevadas como se previa em H2, contudo são próximas de algumas das correlações encontradas no estudo original (Grisso et al., 2001) e vão de encontro ao que é descrito na literatura da psicopatologia infantil.

A validade concorrente analisa a relação dos resultados num teste com variáveis externas como uma medida igual ou semelhante ou uma medida relacionada e diferente (Gruijter & Kamp, 2008). Assim, as correlações das dimensões MAYSI-2 com o YSR mostram algumas correlações relevantes. As magnitudes de correlação variam entre .013 e .525. Contudo, de acordo com Grisso e Barnum (2006), o mais importante é saber se uma dimensão MAYSI-2 se correlaciona melhor com outras dimensões equivalentes do que com dimensões que são teoricamente menos relevantes. Deste modo, verificamos que a dimensão Consumo de Substâncias tem correlações mais elevadas com a dimensão YSR Comportamento Anti-Social (.457), dimensão esta, que é consistente com a tendência para o consumo de álcool e drogas, uma vez que está associada com características típicas da Perturbação de Comportamento (Gonçalves & Simões, 2000; Grisso & Barnum, 2006). Esta associação foi também encontrada no estudo original (.50; Grisso et al., 2001). A dimensão Raiva/Irritação e Atenção-Hiperatividade estão também associadas (.53), o

que coincide com o que a investigação tem sugerido: as crianças com PHDA têm dificuldades na regulamentação dos seus estados emocionais, sendo frequentes a baixa tolerância à frustração, agressividade, raiva, tristeza ou depressão (American Psychiatric Association [APA], 1994; Barkley, 2006; Wolraich, Wibbelsman, Brown, Evans, Gotlieb, Knight, et al., 2005). Da mesma forma, a associação Depressão/Ansiedade e Atenção-Hiperatividade (.40) é explicada pela frequente comorbilidade entre a PHDA e a Ansiedade e Depressão (APA, 1994; Barkley, 2006; Krause-Ryan, 2010). Esta relação também foi encontrada no estudo original (.41; Grisso et al., 2001). Quanto à correlação entre as dimensões Atenção-Hiperatividade e Experiências Traumáticas (.45), as conclusões apontadas na literatura ainda são controversas e não definitivas mas, há a possibilidade de existência de comorbilidade entre PHDA e experiências traumáticas ou PTSD (Barkley, 2006; Weems & Silverman, 2008). Uma outra correlação esperada (.44; Grisso et al., 2001) é a associação entre Ideação Suicida e Ansiedade-Depressão (.44), uma vez que com os sintomas depressivos são também recorrentes os sentimentos de inutilidade e ideação suicida (Anderson, 2011; Wilmshurst, 2005).

De notar que, em dimensões que se esperavam correlações mais elevadas, como MAYSI Depressão/Ansiedade e YSR Ansiedade-Depressão, MAYSI Queixas Somáticas e YSR Queixas Somáticas e MAYSI Perturbações do Pensamento e YSR Problemas de Pensamento, as correlações são modestas.

Uma vez mais, as correlações observadas entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões YSR não são elevadas, contudo, as escalas MAYSI estão mais fortemente relacionadas com as escalas YSR que são conceptualmente equivalentes, o que fornece validade concorrente à escala. Ainda assim, há que ter em atenção a exceção das escalas Queixas Somáticas, Depressão Ansiedade e Perturbação do Pensamento que apresentam correlações muito modestas com as dimensões YSR equivalentes.

O presente estudo encontrou que 78% dos rapazes institucionalizados pontuam em pelo menos uma das dimensões MAYSI, sendo que 44% pontuam em duas ou mais dimensões. Estes resultados são congruentes com investigações anteriores: Cauffman (2004) encontrou que 70% dos rapazes pontuam em pelo menos uma das dimensões; Teplin et al. (2002) referem valores que medeiam os 66 %; e Shufelt e Coccozza (2006) encontraram que 70.4% dos jovens têm pelo menos uma perturbação mental e que destes, 79% preenchem critérios para dois ou mais diagnósticos. Assim, à semelhança de outras investigações, podemos concluir que existe uma prevalência elevada de problemas de saúde mental nos jovens institucionalizados, assim como uma elevada comorbilidade e, deste modo, aceitar H4. A distribuição pelas dimensões é em parte semelhante ao encontrado na literatura: Experiências Traumáticas (47%) Perturbações do Pensamento (37%), Raiva/Irritação (33%), Depressão/Ansiedade (30%), Queixas Somáticas (26%), Abuso de Substâncias (25%) e Ideação Suicida (13%). As diferenças, comparativamente à literatura, estão nas dimensões Experiências Traumáticas e Abuso de Substâncias. No estudo original

(Grisso et al., 2001) não são considerados pontos de corte para a dimensão Experiências Traumáticas; no entanto, se considerarmos o ponto de corte 3 usado no estudo de Cauffman (2004), verificamos que a dimensão Experiências Traumáticas é aquela em que os jovens pontuam mais elevado (47%). O resultado obtido em Abuso de Substâncias (25%) é substancialmente inferior aos encontrados por Grisso (33%; 2001) e por Cauffman (34%; 2004), contudo, tal pode dever-se ao facto de a amostra destes últimos ter por base jovens com 24h a 48h de admissão ao sistema de justiça juvenil.

Contrariamente à formulação de H5 e aos estudos de Cauffman (2004) Karnik et al. (2006) e McCoy (2011), as diferenças encontradas nos resultados MAYSI-2 por jovens de diferentes etnias não são estatisticamente significativas, levando-nos a concluir que a origem do jovem não interfere significativamente nos resultados MAYSI-2. Estas diferenças relativamente a outros estudos podem dever-se ao facto de a população dos centros educativos portugueses ser mais homogénea que a dos países em que se realizaram as outras investigações, que abrangem jovens Caucasianos, Africanos, Americanos, Hispânicos e Asiáticos e, também, à menor dimensão da amostra portuguesa.

No que respeita aos contactos anteriores com os serviços de saúde mental, o presente estudo encontrou que os jovens que já tinham tido contactos anteriores com serviços de saúde mental pontuavam mais elevado em dimensões como Raiva/Irritação, Depressão/Ansiedade, Queixas Somáticas, Ideação Suicida e Experiências Traumáticas, comparativamente a jovens que nunca tinham contactado com estes serviços. Estes resultados corroboram H6 e vão ao encontro da literatura (Stewart & Trupin, 2003).

O presente estudo mostra, à semelhança de outras investigações (Cauffman, 2004; Grisso et al., 2001) que os jovens mais novos pontuam o mesmo ou pontuam mais que os jovens mais velhos na maior parte das dimensões MAYSI-2, com exceção da dimensão Abuso de Substâncias e Experiências Traumáticas. Contudo, estas diferenças apenas se revelaram estatisticamente significativas para a dimensão Ideação Suicida.

No que diz respeito ao tipo de aplicação (individual ou coletiva), as diferenças encontradas para as dimensões Abuso de Substâncias, Depressão/Ansiedade e Raiva/Irritação são estatisticamente significativas. Os jovens que realizaram a prova em grupo referem mais sintomas de Abuso de Substâncias do que os jovens que realizaram individualmente. Nas dimensões Depressão/Ansiedade e Raiva/Irritação, os jovens que assinalam mais sintomas são os que realizaram a prova individualmente. Contudo, as duas subamostras utilizadas na presente investigação não são equivalentes quanto ao N, idade ou escolaridade. Assim, devemos ter algumas reservas quanto a H8 uma vez que, o tipo de aplicação poderá influenciar alguns dos resultados MAYSI-2, devendo este aspeto ser tido em consideração quando se pondera o modo como a prova vai ser aplicada.

A maioria dos jovens pontua acima do ponto de corte 17 na MCSDS, o que poderia sugerir que nas respostas ao MAYSI-2 os jovens não foram totalmente sinceros e responderam de acordo com o desejável socialmente, o

que enviesaria os resultados. As diferenças nos resultados MAYSI-2 dos dois grupos (fraca desejabilidade social e elevada desejabilidade social, tendo em conta o ponto de corte 17), são apenas significativa para as dimensões Raiva/Irritação, Depressão/Ansiedade e Queixas Somáticas. No entanto, nestas dimensões, são os jovens com uma fraca desejabilidade social (abaixo do ponto de corte) os que tem resultados MAYSI-2 mais elevados. Para as restantes dimensões, as diferenças obtidas pelos dois grupos, não se revelam estatisticamente significativas. Deste modo, podemos finalizar que os resultados MAYSI-2 não foram influenciados pela desejabilidade social e assim aceitar H9.

Quanto ao nível de escolaridade verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os jovens do ensino básico, do 2º ciclo e do 3º ciclo. Da mesma maneira, atendendo aos níveis de inteligência verbal baixo e médio, não existem diferenças significativas nos resultados MAYSI-2. Desta forma podemos depreender que a prova se revela adequada às características da população dos centros educativos: baixos níveis académicos, nível de inteligência verbal inferior à média normativa, elevado número de reprovações. Apesar de ser recomendado que a prova seja aplicada a jovens com um nível de leitura e compreensão equivalente ao 5º ano de escolaridade (Grisso et al., 2001), não se verificaram diferenças nos resultados dos jovens do ensino básico, no entanto, a amostra do ensino básico é bastante reduzida (N=5). Ainda assim este é também o grupo menos representado nos centros educativos portugueses (Ministério da Justiça - Direcção-Geral da Política de Justiça; 2007).

O tipo de regime de internamento, semiaberto e fechado, parece não ter influência nos resultados MAYSI-2. No entanto é de salientar que na amostra não existem jovens do regime semiaberto e regime fim-de-semana, por não haver disponibilidade para aceder a estes jovens.

Quanto às fases de progressividade verificam-se algumas diferenças nas dimensões Abuso de Substâncias e Queixas Somáticas. Na dimensão Abuso de Substâncias, apesar de ser esperado um decréscimo ao longo das 4 fases, isso não se verifica. Os jovens da Fase 1 são os que pontuam em mais sintomas de Abuso de Substâncias, como seria de esperar, uma vez que a sua estadia no centro é ainda recente, seguindo-se de um acentuado decréscimo na fase 2. No entanto, na fase 3 e fase 4 os sintomas voltam a aumentar. Tal pode ser explicado pelo facto de na fase 3 e fase 4 os jovens iniciarem novamente as saídas ao exterior. Esta informação é congruente com a encontrada para os tempos de medida já cumpridos e para as unidades de residência. Na dimensão Abuso de Substâncias, são os jovens com um tempo de permanência menor no centro educativo (15 dias), aqueles que pontuam mais nesta dimensão, havendo um decréscimo mais significativo entre os 7 a 12 meses mas, um novo aumento nos últimos meses de permanência (25 a 36 meses). Da mesma maneira, são os jovens da Unidade de Acolhimento os que pontuam mais elevado nesta dimensão.

Já na dimensão Queixas Somáticas as fases 2 e 4 são aquelas em que os jovens pontuam mais nesta dimensão. Uma vez que esta dimensão

contempla sensações físicas associadas com nervosismo e ansiedade, estes resultados podem ser explicados pelas exigências que estas fases contemplam, nomeadamente a subida à unidade de progressão para os jovens da fase 2 e o término da medida e o regresso ao exterior para os jovens da fase 4. Nesta dimensão, Queixas Somáticas, são os jovens da Unidade de Progressão que reportam mais sintomas.

As correlações entre as dimensões MAYSI-2 e as dimensões do autoconceito são negativas, ou seja, deixam transparecer que os jovens com elevados níveis de autoconceito deverão ter menos sintomas psicopatológicos, da mesma forma que, jovens com um autoconceito baixo deverão referir mais sintomas psicopatológicos. Estes resultados são congruentes com investigações anteriores e confirmam a existência de uma relação inversa entre auto-conceito e sintomas psicopatológicos (Garaigordobil, Pérez & Mozaz, 2008).

VI - Conclusões

O objetivo central do estudo é a adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument* (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados que passa pela análise das suas qualidades psicométricas. Sendo este um instrumento apontado na literatura como bastante promissor, a realização do presente estudo iria permitir a disponibilização de uma nova medida de rastreio de necessidades de saúde mental de jovens em contacto com o sistema de justiça, ampliando as possibilidades de avaliação deste grupo de adolescentes institucionalizados com comportamento antissocial. Importa novamente referir que este instrumento não pretende a formulação de um diagnóstico e deve sim, ser usado como um instrumento de triagem para identificação de necessidades de intervenção mais imediatas. Os jovens identificados neste instrumento com base nos pontos de corte devem realizar uma avaliação mais precisa e compreensiva sobre os problemas identificados.

Confirmando os dados de investigações anteriores o MAYSI-2 identificou uma elevada prevalência e comorbilidade de problemas de saúde mental entre os jovens institucionalizados sendo que, grande parte destes, pontua acima dos pontos de corte clinicamente definidos. Neste seguimento é importante alertar para a possibilidade de criação de um ponto de corte para a dimensão Experiências Traumáticas, considerando a quantidade elevada de sintomas que os jovens apontam nesta dimensão. Concluímos assim que a identificação das necessidades de saúde mental no sistema de justiça juvenil é uma realidade e, apesar deste não ter como objetivo principal o tratamento de perturbações mentais, é de extrema importância haver uma transformação para fazer frente a esta realidade e fornecer acesso a serviços de saúde mental também neste contexto de internamento, ainda mais se tivermos em conta as dificuldades que os problemas emocionais e comportamentais têm no processo de tratamento e reabilitação social dos jovens.

Os resultados encontrados para a fiabilidade e validade da prova são prometedores e consistentes com os resultados encontrados em investigações

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2* (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados

Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

anteriores. A consistência interna dos itens e das dimensões MAYSI-2 é geralmente adequada assim como a validade concorrente das dimensões MAYSI-2 quando comparadas com as dimensões YSR conceptualmente equivalentes. Importa contudo salientar que, em algumas dimensões que se esperavam correlações mais elevadas, tal não se verificou. Ainda assim, devemos ter algumas reservas, considerando a não existência de condições (necessidade de uma amostra mais numerosa) que permitissem a realização da análise fatorial.

No que concerne à idade, a presente investigação não encontrou diferenças significativas nos resultados. O facto de a idade da aplicação da prova ter sido alargado dos 12-17 anos (Grisso et al. 2001) para os 12-20 anos no estudo presente, e uma vez que não se verificaram diferenças significativas nos resultados entre os grupos etários, pode levar-nos a concluir que o uso da prova pode ser alargado pelo menos até aos 20 anos e assim abranger toda a população dos centros educativos portugueses. O mesmo se pode deduzir dos resultados obtidos entre níveis de escolaridade que, não sendo reveladores de diferenças entre os grupos, pode levar-nos a concluir que a prova tem um nível de compreensão adequado para os jovens apenas com o ensino básico, podendo ser extensível também a este grupo.

Também não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados de jovens provenientes de diferentes grupos étnicos. Ainda assim, seria relevante, numa futura investigação abranger os jovens de etnia cigana e considerar um maior número de sujeitos PALOPS e Brasileiros (grupos igualmente representados nesta investigação).

O tipo de regime de internamento dos jovens também parece não produzir diferenças nos resultados, contudo seria relevante inserir num estudo futuro uma amostra de jovens do regime semiaberto e regime fim-de-semana.

As fases de progressividade e as unidades de residência, parecem ter algum impacto nas dimensões Abuso de Substâncias e Queixas Somáticas. Estes resultados sugerem que, a utilização de uma prova de rastreio como o MAYSI-2, além de ser aplicada nos primeiros momentos de contacto do jovem com o sistema de justiça, poderia ser extensível a outras etapas do percurso do jovem no sistema de justiça como as mudanças de fase, a mudança de unidade de residência, saídas ao exterior, revisão de medida e reentrada na comunidade, uma vez que, em todas estas fases há uma necessidade de avaliar o jovem e as suas condições emocionais que possam exigir algum cuidado mais imediato. Da mesma forma, a análise tendo em conta o tempo de medida que já foi cumprido, ressalta que não é apenas nos primeiros dias de contacto com sistema de justiça que os jovens apresentam o maior número de sintomas. A elevada prevalência de necessidades de saúde mental continua presente e, de igual modo elevada, nos restantes meses de permanência do jovem no centro educativo, chamando a atenção para que os rastreios sejam repetidos de forma regular enquanto os jovens estão sob custódia do sistema de justiça juvenil (Wasserman et al., 2003).

O formato de administração da prova (individual ou colectivo) é um aspeto a considerar aquando a aplicação da mesma uma vez que, pode

produzir resultados diferentes em algumas dimensões. Esta questão necessita de ser reexaminada em futuros estudos com subamostras equivalentes mais numerosas.

A presente investigação comprovou ainda que os jovens que já tiveram contactos anteriores com serviços de saúde mental são os que pontuam mais em algumas dimensões MAYSI-2 (Raiva/Irritação, Depressão/Ansiedade, Queixas Somáticas, Ideação Suicida e Experiências Traumáticas).

Também as fases de progressividade e o regime de internamento parecem ter influência nos resultados MAYSI-2.

A relação encontrada entre a sintomatologia psicopatológica e o autoconceito, sugerem que o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção que promovam o autoconceito e a autoestima dos jovens, podem prevenir o aumento de problemas psicopatológicos. Ainda assim deve ser sublinhado que as correlações que contribuem para esta relação são bastante modestas, sendo necessária mais investigação neste sentido.

Uma das maiores limitações deste estudo diz respeito ao momento de aplicação da prova tendo em conta o tempo de permanência do jovem no centro educativo. As investigações sugerem que este tipo de prova deve ser aplicada o mais cedo possível do contacto do jovem com o sistema de justiça juvenil (24 a 72h) e assim recolheram amostras durante um a dois anos em vários centros de detenção como forma a avaliarem os jovens nos primeiros dias de detenção (Archer, 2010; Cauffman, 2004; Cruise, 2008; Ford, 2007). No entanto, o âmbito temporal da presente investigação não permitia esse tipo de recolha de dados de natureza mais longitudinal e realizada em diferentes momentos. Ainda assim, numa investigação futura seria útil uma amostra mais representativa destes jovens. Da mesma forma e, tendo em conta as diferenças já encontradas entre rapazes e raparigas, no que concerne à psicopatologia, em estudos anteriores, e apesar de este ser um grupo menos representado nos centros educativos portugueses, seria relevante a inclusão de uma amostra feminina. Um aumento da amostra iria ainda permitir a realização da análise fatorial e assim poder confirmar ou não a natureza das dimensões MAYSI-2, bem como os itens que constituem estas dimensões.

Haverá igualmente necessidade de avaliar no futuro a estabilidade temporal dos resultados (teste-reteste). Estudos anteriores propõem aproximadamente uma semana entre aplicações e têm verificado que os resultados se mantêm estáveis (Grisso & Barnum, 2006). Algumas análises de validade preditiva também poderiam ser feitas, nomeadamente saber se algumas das dimensões MAYSI-2 ou uma combinação de dimensões indica um aumento do risco de reincidência.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the U.S. Child Welfare System. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 790-796.
- Archer, R., Bisbee, E., Spiegel, D., Handel, R. & Elkins, D. (2010). Validity of the Massachusetts Youth Screening Instrument -2 (MAYSI-2) scales in juvenile justice settings. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 337-348.
- Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – APPIA (2005). Contributos para um diagnóstico e uma estratégia de intervenção integrada em matéria de saúde mental da infância e da adolescência. Subcomissão de Saúde Mental, Direitos de Menores e Família do Conselho Nacional de Saúde Mental. Disponível em <http://appia.com.pt/files/contributo.pdf>
- Barbot, B. & Hunter, S. (2012). Developmental changes in adolescence and risks for delinquency. In Elena Grigorenko (Ed.), *Handbook of juvenile forensic psychology and Psychiatry* (pp. 11-34). London: Springer.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Butler, M., Loney, B. & Kistner, J. (2007). The Massachusetts Youth Screening instrument as a predictor of institutional maladjustment in severe male juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34(4), 47-492.
- Cauffman, E. (2004). A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 430-439. doi: 10.1097/01.chi.0000112481.08386.0c
- Charney, D., Ariel, D., Krystal, J., Southwick, S. & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 50, 294-305.
- Chitsabesan, P., Kroll, L., Bailey, S., Kenning, C., Sneider, S., MacDonald, W. & Theodosiou L. (2006). Mental health needs of young offenders
- Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados**
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

- in custody and in the community. *British Journal of Psychiatry*, 188, 534-540.
- Cocozza, J. & Skowyra, K. (2000). Youth with mental health disorders: Issues and emerging responses. *Juvenile Justice*, 7(1), 3-13.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cruise, K., Dandreaux, D., Marsee, M., & DePrato D. (2008). Identification of critical items on the Massachusetts Youth Screening Instrument – 2 (MAYSI-2) in incarcerated youth. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(2), 121-132.
- D’Atrio, C. (2012). Mental Health Assessment of Juveniles. In Elena Grigorenko (Ed.), *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 169-200). London: Springer.
- Decreto Lei nº 49/90 de 12 de Setembro de 1990. *Diário da República nº 211 - I Série*. Convenção sobre os Direitos da Criança. Lisboa.
- Decreto Lei nº 323-D/2000 de 20 de Setembro de 2000. *Diário da República nº 292 - I Série A*. Regulamento Geral e Disciplinar dos Centros Educativos. Lisboa.
- Desai, R., Goulet, J., Robbins, J., Chapman, J., Migdole, S. & Hoge, M. (2006). Mental health care in juvenile detention facilities: An review. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34, 204-14.
- Domino, G. & Domino, M. (2006). *Psychological testing: An introduction* (2nd ed). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Ford, J., Chapman, J., Pearson, G., Borum, R. & Wolpaw, J. (2008). Psychometric status and clinical utility of the MAYSI-2 with girls and boys in juvenile detention. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 30, 87-99. doi: 10.1007/s10862-007-9058-9
- Garaigordobil, M., Pérez, I., & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem

and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.

- Gammelgard, M., Koivisto, A., Eronen, M. & Heino, R. (2010). Violence risk and psychopathology in institutionalized adolescents. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(6), 933-949. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2010.504857>
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In Isabel Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias in(adaptativas) ao longo da vida* (pp. 45- 87). Coimbra: Quarteto.
- Grisso, T. (1999). Juvenile offenders and mental illness. *Psychiatry, Psychology and Law*, 6(2), 143-151.
- Grisso, T., Barnum, R., Fletcher, K., Cauffman, E. & Peuschold, D. (2001). Massachusetts youth screening instruments for mental health needs of juvenile justice youths. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (5), 441-448, Doi: 10.1097/00004583-200105000-00013
- Grisso, T. (2004). *Double jeopardy: Adolescent offenders with mental disorders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Grisso, T. (2005). Why we need mental health screening and assessment in juvenile justice programs. In T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Ed.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 3-21). New York: Guildford Press.
- Grisso, T. & Quinlan, J. (2005). Massachusetts Youth Screening Instrument – Version 2. In T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Ed.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 99-111). New York: Guildford Press.
- Grisso, T. & Vincent, G. (2005). The context for mental health screening and assessment. In T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Ed.). *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 44-70). New York: Guildford Press.
- Grisso, T. & Barnum, R. (2006). *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 – User's manual and technical report*. Florida: Professional Resource Press.
- Grisso, T. (2008). Adolescent offenders with mental disorders. *Juvenile Justice*, 18(2), 143-164.
- Gruijter, D. & Kamp, L. (2008). *Statistical test theory for the behavioral*

sciences. United States: Taylor & Francis Group.

- Hammond, S. (2007). *Mental health needs of juvenile offenders*. Washington DC: National Conference of State Legislatures. Disponível em <http://www.ncsl.org/print/cj/mentaljjneeds.pdf>
- Hayes, L. (2000). Suicidal prevention in juvenile facilities. *Juvenile Justice*, 7(1), 24-32.
- Hoge, R. (2012). Assessment in Juvenile Justice Systems: An overview. In Elena Grigorenko (Ed.). *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 157-168). London: Springer.
- Karnik, N. S., Jones, P. A., Campanaro, A. E, Haapanen, R., & Steiner, H. (2006). Ethnic variation of self-reported psychopathology among incarcerated youth. *Community Mental Health Journal*, 42, 477-486.
- Kennedy, P. J., (2007). Mental health issues burden the Juvenile Justice System. *Corrections Today*, 69 (6), 24-26.
- Krause-Ryan, P. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Part I. *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 194-198.
- Leonard, K. (2012). Race and sex disparity in juvenile justice processing. In Elena Grigorenko (Ed.). *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 53-68). London: Springer.
- McCoy, H. (2011). A path analysis of factors influencing racial differences on the Massachusetts Youth Screening Instrument–Version 2. *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(3), 119-141.
- McLachlan, K., Gagnon, N., Mordell, S. & Roesch, R. (2010). Os adolescentes perante a Lei. In A.C. Fonseca (Ed.), *Crianças e adolescentes* (pp. 595-634). Coimbra: Nova Almedina.
- Ministério da Justiça - Direcção-Geral da Política de Justiça (2007). Caracterização dos menores internados nos centros educativos 2004-2007. Disponível em http://www.dgpj.mj.pt/sections/estatisticas-da-justica/destaques/caracterizacao-dos1362/downloadFile/file/Destaque_DGRS_08.09.08.2.pdf?nocache=1221562976.29
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rosenberg, J. (2001). Forensic aspects of PTSD in children and adolescents.

In Spencer Eth. (Ed.), *PTSD in children and adolescents* (pp. 33-54). London: American Psychiatric Publishing.

Santos, B. S. (Coord.) (2004). *Os caminhos difíceis da “Nova” Justiça Tutelar Educativa - Uma avaliação de dois anos de aplicação da Lei Tutelar Educativa*. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Portuguesa, CES, Universidade de Coimbra.

Shufelt, J., & Cocozza, J. (2006). *Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: Results from a multi-state prevalence study*. Delmar, NY: National Center for Mental Health and Juvenile Justice. Disponível em <http://www.ncmhjj.com/pdfs/publications/PrevalenceRPB.pdf>.

Silvestre, M. J. (2011). *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS): Estudo de validação numa amostra de adolescentes delinquentes institucionalizados em centros educativos*. Tese de Mestrado Integrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Stewart, D., & Trupin, E. (2003). Clinical utility and policy implications of a statewide mental health screening process for juvenile offenders. *Psychiatric Services*, 54, 377–382.

Teplin, L., Abram, K., McClelland & G., Dulcan (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097-1108.

Teplin, L., Abram, K., McClelland, G., Mericle, A., Dulcan, M. & Washburn, J. (2006). Psychiatric disorders of youth in detention. *Juvenile Justice Bulletin, NCJ 210331*, 1-16.

Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Revista Psicologia e Educação*, 5, 39-48.

Vincent, G. & Grisso, T. (2005). A developmental perspective on adolescent personality, psychopathology and delinquency. In T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Ed.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 22-38). New York: Guildford Press.

Wasserman, G., Jensen, P., Ko, S., Cocozza, J., Trupin, E., Angold, A., Cauffman, E., & Grisso, T. (2003). Mental health assessments in juvenile justice: Report on the consensus conference. *American Academy of Children and Adolescents Psychiatry*, 42, 751–761.

Weems, C. & Silverman, W. (2008). Anxiety disorders. In T. Beauchaine, & S. Hinshaw (Ed.). *Child and adolescent psychopathology* (pp. 447-

Adaptação e validação da prova Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

476). New Jersey: John Wiley & Sons.

Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of child psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Wolraich, M., Wibbelsman, C., Brown, T., Evans, S., Gotlieb, E., Knight, J., et al. (2005). Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, *115*(6), 1734-1746.

Anexo B – Estatísticas descritivas

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos itens do MAYSI-2

Item	N	“SIM”	“NÃO”	Min-Máx.	Média	Desvio-Padrão
Item 1	100	21%	79%	1-2	1.79	0.41
Item 2	100	34%	66%	1-2	1.66	0.48
Item 3	100	32%	67%	1-2	1.68	0.47
Item 4	100	33%	67%	1-2	1.67	0.47
Item 5	100	20%	80%	1-2	1.80	0.40
Item 6	100	46%	54%	1-2	1.54	0.50
Item 7	100	54%	46%	1-2	1.46	0.50
Item 8	100	27%	72%	1-2	1.73	0.45
Item 9	100	15%	84%	1-2	1.85	0.36
Item 10	100	26%	74%	1-2	1.74	0.44
Item 11	100	12%	88%	1-2	1.88	0.33
Item 12	100	36%	64%	1-2	1.64	0.48
Item 13	100	39%	61%	1-2	1.61	0.49
Item 14	100	7%	92%	1-2	1.93	0.26
Item 15	100	18%	81%	1-2	1.82	0.39
Item 16	100	16%	84%	1-2	1.84	0.37
Item 17	100	26%	74%	1-2	1.74	0.44
Item 18	100	10%	90%	1-2	1.90	0.30
Item 19	100	24%	76%	1-2	1.76	0.43
Item 20	100	5%	95%	1-2	1.95	0.22
Item 21	100	24%	75%	1-2	1.76	0.43
Item 22	100	5%	95%	1-2	1.95	0.22
Item 23	100	31%	69%	1-2	1.69	0.47
Item 24	100	22%	78%	1-2	1.78	0.42
Item 25	100	7%	93%	1-2	1.93	0.26
Item 26	100	21%	79%	1-2	1.79	0.41
Item 27	100	38%	62%	1-2	1.62	0.49
Item 28	100	55%	44%	1-2	1.55	1.17
Item 29	100	6%	94%	1-2	1.94	0.24
Item 30	100	29%	71%	1-2	1.71	0.46
Item 31	100	12%	87%	1-2	1.88	0.33
Item 32	100	7%	93%	1-2	1.93	0.26
Item 33	100	26%	74%	1-2	1.74	0.41
Item 34	100	14%	86%	1-2	1.86	0.34
Item 35	100	28%	72%	1-2	1.72	0.45
Item 36	100	72%	28%	1-2	1.28	0.45
Item 37	100	24%	75%	1-2	1.76	0.43
Item 38	100	15%	84%	1-2	1.85	0.36
Item 39	100	30%	69%	1-2	1.70	0.46
Item 40	100	16%	84%	1-2	1.84	0.37
Item 41	100	32%	68%	1-2	1.68	0.47
Item 42	100	30%	70%	1-2	1.70	0.46
Item 43	100	12%	88%	1-2	1.88	0.33
Item 44	100	54%	46%	1-2	1.46	0.50
Item 45	100	13%	86%	1-2	1.87	0.34
Item 46	100	41%	57%	1-2	1.58	0.50
Item 47	100	8%	92%	1-2	1.92	0.27
Item 48	100	69%	30%	1-2	1.30	0.46
Item 49	100	35%	64%	1-2	1.65	0.48
Item 50	100	0%	100%	1-2	2.00	0.00
Item 51	100	19%	81%	1-2	1.81	0.39
Item 52	100	66%	34%	1-2	1.34	0.48

Anexo C – Características Psicométricas

Tabela 9. Valores de correlação Item-Total e de alpha de Cronbach se o item for eliminado para as dimensões MAYSI-2

Dimensões	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach se item eliminado
Abuso de Substâncias		
10	.368	.768
19	.130	.805
23	.675	.710
24	.665	.716
33	.522	.741
37	.559	.734
40	.413	.760
45	.520	.744
Raiva Irritação		
2	.532	.678
6	.549	.673
7	.397	.702
8	.341	.712
13	.511	.681
35	.501	.685
39	.437	.695
42	.169	.740
44	.194	.739
Depressão/Ansiedade		
3	.222	.651
14	.332	.626
17	.366	.612
21	.313	.625
34	.383	.610
35	.458	.587
41	.250	.643
47	.388	.616
51	.328	.621
Queixas Somáticas		
27	.414	.172
28	.228	.401
29	.069	.363
30	.227	.288
31	.235	.304
43	.004	.385
Ideação Suicida		
11	.589	.770
16	.652	.753
18	.571	.775
22	.592	.778
47	.610	.765
Perturbação do Pensamento		
9	.344	.240
20	.208	.374
25	.244	.346
26	.099	.492
32	.244	.346
Experiências Traumáticas		
46	.285	.494
48	.295	.487
49	.436	.393
51	.209	.531
52	.289	.490

Nota: $\alpha=.865$

Adaptação e validação da prova *Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2)* numa amostra de adolescentes institucionalizados
 Maria Inês Ferreira (e-mail: ines.014@hotmail.com) 2012

Tabela 10. Valores de correlação Item-Total e de alpha de Cronbach se o item for eliminado para os itens MAYSI-2

Item	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach se item eliminado
Item 1	.412	.861
Item 2	.406	.861
Item 3	.216	.864
Item 4	.232	.864
Item 5	.263	.863
Item 6	.431	.860
Item 7	.299	.863
Item 8	.295	.863
Item 9	.122	.865
Item 10	.211	.864
Item 11	.381	.862
Item 12	.233	.864
Item 13	.472	.859
Item 14	.282	.863
Item 15	.288	.863
Item 16	.392	.861
Item 17	.416	.860
Item 18	.608	.859
Item 19	.178	.865
Item 20	.105	.865
Item 21	.479	.869
Item 22	.465	.861
Item 23	.329	.862
Item 24	.328	.862
Item 25	.403	.862
Item 26	.344	.862
Item 27	.386	.861
Item 28	.472	.859
Item 29	-.001	.866
Item 30	.281	.863
Item 31	.094	.865
Item 32	.371	.862
Item 33	.295	.863
Item 34	.307	.863
Item 35	.475	.859
Item 36	.094	.867
Item 37	.131	.866
Item 38	.413	.861
Item 39	.484	.859
Item 40	.094	.866
Item 41	.197	.865
Item 42	.319	.862
Item 43	.356	.862
Item 44	.397	.861
Item 45	.158	.865
Item 46	.500	.859
Item 47	.409	.861
Item 48	.238	.864
Item 49	.327	.862
Item 51	.424	.861
Item 52	.214	.864

Tabela 13. Escala de Autoconceito de Piers-Harris: Frequências e percentagens

	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado
Comportamento	16 (16%)	22 (22%)	50 (50%)	12 (12%)
Estatuto Intelectual	2 (2%)	8 (8%)	65 (65%)	25 (25%)
Aparência Física	1 (1%)	4 (4%)	82 (82%)	13 (13%)
Ansiedade	5 (5%)	14 (14%)	59 (59%)	22 (22%)
Popularidade	3 (3%)	8 (8%)	80 (80%)	9 (9%)
Satisfação-Felicidade	1 (1%)	25 (25%)	74 (74%)	-
Total	-	20 (20%)	65 (65%)	15 (15%)

Nota: Níveis do autoconceito: muito inferior, inferior, médio e elevado.

Tabela 15. Autoconceito e resultados nas dimensões MAYSI-2

Total	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	-	52.58	53.75	33.67	6.417	.040
Raiva/Irritação	-	59.95	51.65	32.90	7.943	.019
Depressão/Ansiedade	-	59.80	51.51	35.03	6.736	.034
Queixas Somáticas	-	61.53	47.44	49.90	3.890	.143
Ideação Suicida	-	58.50	50.25	40.90	5.499	.064
Pert. do Pensamento	-	58.90	48.49	48.00	2.869	.238
Exper. Traumáticas	-	67.98	48.78	34.67	12.474	.002
Ansiedade	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	69.20	40.29	51.16	50.98	4.141	.247
Raiva/Irritação	85.50	47.04	54.09	35.11	14.941	.002
Depressão/Ansiedade	92.20	42.46	51.68	42.98	13.754	.003
Queixas Somáticas	87.10	53.07	49.57	43.05	10.215	.017
Ideação Suicida	82.30	47.96	51.44	42.36	13.724	.003
Pert. do Pensamento	79.20	61.18	48.07	43.70	11.496	.009
Exper. Traumáticas	83.00	53.00	50.42	41.73	8.756	.033
Comportamento	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	71.75	51.84	48.15	29.50	16.400	.001
Raiva/Irritação	64.56	60.98	44.51	37.50	11.454	.010
Depressão/Ansiedade	59.34	57.64	47.67	37.42	6.076	.108
Queixas Somáticas	54.44	53.00	50.19	41.96	1.604	.659
Ideação Suicida	55.63	58.77	47.35	41.63	6.944	.074
Pert. do Pensamento	48.69	61.30	48.99	39.42	6.827	.078
Exper. Traumáticas	63.16	63.30	45.50	31.00	14.851	.002
Estatuto Intelectual	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	40.75	39.41	55.08	42.96	5.079	.166
Raiva/Irritação	12.75	46.13	53.79	46.36	5.040	.169
Depressão/Ansiedade	26.25	40.31	54.22	46.04	4.282	.233
Queixas Somáticas	52.75	35.50	52.02	51.16	2.498	.476
Ideação Suicida	38.00	51.81	53.30	43.80	4.038	.257
Pert. do Pensamento	54.25	43.13	51.71	49.42	.953	.813
Exper. Traumáticas	32.75	34.81	57.18	39.58	10.511	.015
Aparência Física	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	61.50	20.00	52.55	46.12	5.669	.129
Raiva/Irritação	20.50	20.25	52.85	47.31	6.268	.099
Depressão/Ansiedade	39.50	26.25	52.13	48.50	3.455	.327
Queixas Somáticas	42.50	28.50	51.36	52.46	2.674	.445
Ideação Suicida	38.00	38.00	52.60	42.04	4.279	.233
Pert. do Pensamento	76.50	43.13	51.30	45.69	2.025	.567
Exper. Traumáticas	22.00	39.63	52.66	42.38	3.132	.372
Popularidade	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	69.00	49.81	50.46	45.28	1.631	.652
Raiva/Irritação	46.67	55.13	50.34	49.11	.286	.963
Depressão/Ansiedade	50.17	62.69	50.64	38.56	3.115	.374
Queixas Somáticas	48.00	67.63	50.59	35.28	5.638	.131
Ideação Suicida	71.83	63.19	49.29	42.83	6.803	.078
Pert. do Pensamento	57.50	74.81	47.56	49.39	10.230	.017
Exper. Traumáticas	58.33	70.88	50.08	33.50	7.588	.055
Satisfação-Felicidade	Muito Inferior	Inferior	Médio	Elevado	X² (2)	p
Abuso Substâncias	83.00	53.20	49.15	-	1.755	.416
Raiva/Irritação	50.50	49.78	50.74	-	.021	.989
Depressão/Ansiedade	82.50	56.72	47.97	-	3.105	.212
Queixas Somáticas	42.50	50.70	50.54	-	.082	.960
Ideação Suicida	99.00	55.18	48.26	-	6.744	.034
Pert. do Pensamento	76.50	51.90	49.68	-	1.259	.533
Exper. Traumáticas	22.00	52.62	50.17	-	1.156	.561