

**UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em  
Crianças e Adolescentes de Escolas do Ensino Público e Privado  
de João Pessoa - PB**

Alexmara de Barros Medeiros

**MESTRADO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO**

**2014**

**UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em  
Crianças e Adolescentes de Escolas do Ensino Público e Privado  
de João Pessoa - PB**

Alexmara de Barros Medeiros

Dissertação de Mestrado e Psicologia do Desenvolvimento realizada sob a orientação da  
Professora Doutora Maria da Luz B. Rodrigues Vale Dias e apresentada à Faculdade de  
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**MESTRADO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO**

**2014**

*À Deus e a Nossa Senhora, por mais esta graça alcançada. Aos meus pais, **Ernandes e Hilda**, a quem tanto amo, pela paciência e incentivo durante esta minha caminhada.*

## AGRADECIMENTO

Á Prof<sup>a</sup>. Doutora **Maria da Luz B. Rodrigues Vale Dias**, que, mesmo à distância, acompanhou pacientemente meu desenvolvimento. Em todos os momentos que recorri às suas orientações, soube fazê-las de forma segura, racional e inteligente, minimizando o stresse que envolve um trabalho como este.

Á Prof<sup>a</sup>. Doutora **Suy-Mey Carvalho de Mendonça Gonçalves**, do Centro Universitário de João Pessoa, por ter aceitado acompanhar, no Brasil, a evolução deste trabalho. Com sua amizade, experiência e paixão pela ciência, me fez vivenciar a complexidade desse mundo de uma forma crítica, mostrando-me que a tarefa de orientar perpassa o simples orientar, indo mais além, dentro do conhecimento do comportamento humano.

Aos Professores membros do júri, por terem prontamente aceitado o convite, enriquecendo esta tese. Muito obrigada!

Ao meu amigo **Flávio Lúcio Vieira** pelo incentivo e dádiva do imenso apoio que precisei na hora de decisão pelo mestrado. Obrigada!

Á minha amiga **Angela Karla Vital**, que tanto admiro como pessoa e profissional, por ter sido uma verdadeira amiga ajudando nas horas que mais precisei, com sua generosidade, amizade e confiança.

Aos amigos **Fernando Menezes e Marcelina Luna**, por me fazerem recordar outros papéis de vida para além do de trabalho. Obrigada pelo apoio nesta reta final. Obrigada pelos incentivos e por polvilharam este percurso de momentos de descoberta, cumplicidade, descontração e muitas gargalhadas.

A todos os colegas da turma do curso de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta aprendizagem e conquista, agradeço pelos momentos de descontração e pela oportunidade de voltar a sentir-me estudante.

A todos os meus amigos e colegas de profissão que souberam aceitar e compreender os meus tempos e as minhas ausências.

À **Fernanda** e **Mary Ellen** por poder, ao longo de tantos anos, continuar a desfrutar da nossa amizade.

A todos os profissionais que comigo se cruzaram nesta caminhada e me permitiram crescer e aprender.

Às escolas **Dr. José Novais**, **Gov. Leonel Brizolá** e **Kairos**, por autorizarem e viabilizarem a realização da coleta de dados.

Aos alunos participantes, pela disponibilidade e dedicação que tornaram esta pesquisa possível.

Por fim, um carinho especial para a minha base segura, em especial para:

A Ti, Meu Bondoso *Deus*, que puseste no meu caminho as sementes da Fé, da Força e da Perseverança;

Aos meus pais **Ernandes** e **Hilda** pela confiança nas minhas decisões, pelos valores que me transmitiram e pela forma como sempre estiveram para mim;

À minha irmã, **Alexsandra Lombardi**, em quem sempre me espelhei e encontrei; ao meu irmão **Anderson Medeiros**, fonte de orgulho inesgotável; e aos meus sobrinhos **Pietra**, **Maria Eduarda** e **Enzo** que são bi-tri campeões no meu coração.

Ao meu cunhado **Fabrizio Lombardi** e minha cunhada **Viviane Ribeiro** pelo apoio, atenção e carinho durante esta minha jornada.

Aos meus primos e primas, pelo elo harmônico que formamos na vida que damos aos que amamos.

“A maturidade começa a manifestar-se quando sentimos que nossa preocupação é maior pelos demais que por nós mesmos.”

Albert Einstein

# ÍNDICE

<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRATC</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>CAPÍTULO I – Ansiedade</b>	19
1.1. A Ansiedade na Infância	22
1.1.1. Ansiedade Normal e Patológica	23
1.1.2. Etiologia e Epidemiologia	25
1.2. Ansiedade na Adolescência	28
1.2.1. Ansiedade Normal e Patológica	29
1.2.2. Ansiedade e Epidemiologia	30
<b>CAPÍTULO II – Stresse</b>	32
2.1. Stresse Infantil	35
2.1.1. Causas e Fontes Internas e Externas do Stresse Infantil	35
2.1.2. Sintomas do Stresse Infantil	38
2.1.3. Dados Relevantes sobre Stresse na Escola	41
2.2. Stresse na Adolescência	43
2.2.1. Aspectos Históricos e Fases do Stresse na Adolescência	43
2.2.2. Fatores e Traumas do Stresse na Adolescência	44
2.2.3. Stresse e Maturidade Psicossocial na Infância e na Adolescência	46
<b>CAPÍTULO III - Maturidade Psicossocial</b>	48
3.1. Maturidade Psicossocial Infantil	51
3.2. Maturidade Psicossocial na Adolescência	57
<b>CAPÍTULO IV – Metodologia</b>	63
4.1. Tipo de Estudo e Objetivo	64
4.2. Amostra	64
4.3. Instrumentos	65
4.3.1. Questionário Sociodemográfico	65
4.3.2. Questionário Infante-Juvenil	65
4.3.3. Escala de Stress Infantil	65
4.3.4. Escala de Stress para Adolescentes	66
4.3.5. Questionário de Relacionamento	66

4.4. Procedimento de Coleta	67
4.5. Análise dos Dados	68
<b>CAPÍTULO V - Resultados e Discussão</b>	69
5.1. Análises Descritivas	70
5.1.1. Dados sociodemográficos da Amostra	70
5.2. Mensuração da Ansiedade	72
5.3. Mensuração de Stresse Infantil e de Stresse na Adolescência	74
5.3.1. Escala de Stress Infantil	74
5.3.2. Escala de Stress para Adolescentes	76
5.4. Mensuração da Maturidade Psicossocial	79
5.5. Medidas Correlacionais	86
5.5.1. Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças	87
5.5.2. Relações entre a Ansiedade, Stresse e as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Adolescentes	90
<b>CAPÍTULO VI – Considerações Finais</b>	94
<b>Referências Bibliográficas</b>	101
<b>ANEXOS</b>	113
<b>Anexo 1</b> - Declaração de Anuência dos Diretores das Escolas	114
<b>Anexo 2</b> - Aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa	117
<b>Anexo 3</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos	119
<b>Anexo 4</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis	120
<b>Anexo 5</b> - Questionário Sociodemográfico	121
<b>Anexo 6</b> - Questionário Infanto-Juvenil	124
<b>Anexo 7</b> - Escala de Stress Infantil (ESI)	125
<b>Anexo 8</b> - Escala de Stress para Adolescentes (ESA)	128
<b>Anexo 9</b> - Questionário de Relacionamento (Rel-Q)	130

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Frequência e Percentagem dos Escores de Ansiedade segundo as Etapas de Educação (N=157)	73
<b>Tabela 02</b> – Média e Desvio Padrão dos Fatores da ESI (N=103)	74
<b>Tabela 03</b> – Frequência e Percentagem para as Fases da Escala de Stresse Infantil com seus Fatores (N=103)	76
<b>Tabela 04</b> – Frequência e Percentagem das Reações de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)	77
<b>Tabela 05</b> – Média e Desvio Padrão das Reações de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)	77
<b>Tabela 06</b> – Frequência e Percentagem das Fases de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)	78
<b>Tabela 07</b> - Média e Desvio Padrão para as Subescalas Rel-Q de acordo com o sexo (amostra total N=157)	81
<b>Tabela 08</b> - Média e Desvio Padrão das Subescalas do Rel-Q em Crianças e Adolescentes (amostra total N=157)	82
<b>Tabela 09</b> - Média e Desvio Padrão das Subescalas do Rel-Q de acordo com o tipo de Escola (amostra total N=157)	84
<b>Tabela 10</b> Média e Desvio Padrão das Subescalas da Maturidade Psicossocial (Rel-Q) de acordo com as Etapas de Educação Básica no Brasil (amostra total N=157)	85
<b>Tabela 11</b> - Correlações entre Ansiedade e Stresse com as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Crianças (N=103)	88
<b>Tabela 12</b> - Correlações entre Ansiedade e Reações de Stresse com as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Adolescentes (N=54)	91

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> - Sintomas Desencadeadores do Stresse	39
<b>Quadro 02</b> - Os Estádios de Amizade de Selman	54

## **LISTA DE SIGLAS**

ANOVA - Análise de Variância

APA - American Psychiatric Association

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DSM III - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III

ESA - Escala de Stress para Adolescente

ESI - Escala de Stress Infantil

PB - Paraíba

Rel-Q - Questionário de Relacionamento

RF - Reações Físicas

RP - Reações Psicológicas

RPCD - Reações Psicológicas com componente depressivo

RPF - Reações Psicofisiológicas

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

## RESUMO

Medeiros, A. B. **Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças e Adolescentes de Escolas de Ensino Público e Privado de João Pessoa - PB.** N<sup>o</sup> de fl. 135 Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal, 2014.

É consenso na literatura que a maturidade psicossocial de crianças e adolescentes é permeada por variáveis diversas que podem contribuir positivamente ou negativamente para sua adequação. Nesse sentido, a escola termina sendo um cenário propício ao aparecimento de ansiedades e stresses que, quando não identificados previamente, podem afetar o desempenho cognitivo, emocional e as perspectivas sociais de si e dos outros, favorecendo comportamentos de riscos ou antissociais. Assim, a presente dissertação buscou conhecer relações entre a Ansiedade e o Stresse com a Maturidade Psicossocial em 157 estudantes, sendo 103 (65,6%) crianças e 54 (34,4%) adolescentes, com média de idade de 12,11 anos (DP= 2,24), de ambos os sexos (92 raparigas e 65 rapazes), pertencentes a escolas do ensino público e particular na cidade de João Pessoa – PB. Os estudantes responderam a quatro instrumentos: Questionário Sociodemográfico e de Comportamentos Sociais, Questionário Infante-Juvenil (Barbosa, Gaião e Barbosa & Gouveia, 2001), Escala de Stress Infantil (ESI) (Lipp & Lucarelli, 2005), Escala de Stress para Adolescente (ESA) (Lipp & Tricoli, 2005) e o Questionário de Relacionamento (Selman, Schultz & LaRusso, 2003). Estes instrumentos foram aplicados em sala de aula e avaliados segundo recomendações técnicas e análises descritivas e inferenciais. Os resultados indicaram que crianças e adolescentes não apresentaram ansiedade preocupante, mas apresentaram stresse, com índices em todas as fases, diferenciando-se em termos de fatores e sexo. Diferenças também foram verificadas segundo a fase de vida, tipo de escola e por etapas de educação ou séries nas variáveis envolvidas. Houve correlações positivas entre ansiedade e stresse e uma correlação negativa entre o fator da maturidade psicossocial, denominado de Habilidades Interpessoais Hipotéticas, e a ansiedade entre os adolescentes. Entre as crianças, o stresse correlacionou-se negativamente com 4 dos 5 fatores de maturidade psicossocial. Por fim, considera-se que, tendo em conta os objetivos desta dissertação, as expectativas foram parcialmente alcançadas, confirmando a pertinência de diversas relações entre as variáveis em análise. Estudos futuros podem aprofundar a temática, com a inclusão de variáveis de personalidade e por meio de análises confirmatórias que tentem explicar a relação proposta, por um modelo teórico explicativo. Intervenções que auxiliem crianças e adolescentes a reduzir a ansiedade e o stresse, e, conseqüentemente, contribuam para adequação da maturidade psicossocial com a série e as idades, também poderão ser subsidiadas pelos resultados aqui encontrados.

**Palavras-Chave:** Maturidade Psicossocial. Stresse. Ansiedade. Crianças e Adolescentes.

## ABSTRACT

Medeiros, A. B. - **The relationship between anxiety and stress with the psychosocial maturity of children and adolescents in public and private schools in João Pessoa - PB.**

No. of fl, 135. Master's Dissertation. University of Coimbra. Coimbra - Portugal, 2014.

Literature indicates that the psychosocial maturity of children and adolescents is permeated by many variables that can contribute either positively or negatively to their suitability. In this sense, school ends with a conducive environment to anxiety and stress, that if not previously identified, may affect cognitive, emotional and social performance prospects for themselves and others, favoring both antisocial behaviors or of risk. Thus, this thesis aimed to discover relations between anxiety and stress with the psychosocial maturity on 157 students, including 103 (65.6 %) children and 54 (34.4 %) adolescents with a mean age of 12.11 years (SD = 2.24), of both sexes (92 girls and 65 boys), in public and private schools in the city of João Pessoa – PB (Brazil). Students completed four instruments: a Sociodemographic Questionnaire and Social Behavior Questionnaire, Children and Youth Questionnaire (Barbosa, Gaião e Barbosa & Gouveia, 2001), Child Stress Scale (ESI) (Lipp & Lucarelli, 2005), Stress Scale for Adolescents (ESA) (Tricoli & Lipp, 2005) and Relationship Questionnaire (Selman, Schultz & LaRusso, 2003). These instruments were administered in the classroom and evaluated according to technical recommendations, following descriptive and inferential analyses. The results indicated that children and adolescents showed no serious anxiety but had stress, with rates at all stages, differing in terms of factors and gender. Differences in variables involved in the study were also found in function of faze, type of school and education or school grades. There were positive correlations between anxiety and stress and a negative correlation between one factor of psychosocial maturity, called Interpersonal Hypothetical Skills, and anxiety among adolescents. Among children, stress was negatively correlated with 4 of the 5 factors of psychosocial maturity. Finally, considering the objectives of this research, our expectancies were considered partially achieved, confirming the relevance of several relationships between the proposed variables. Future studies can deepen the theme with the inclusion of personality variables and by confirmatory analyzes that attempt to explain the proposed relationship, through an explanatory theoretical model. Interventions that help children and adolescents to reduce anxiety and stress, and thus contribute positively to psychosocial maturity within the different grades and age groupss, may also be subsidized by the results found here.

**Keywords:** Psychosocial Maturity. Stress. Anxiety. Children and Adolescents.

## **INTRODUÇÃO**

---

---

A presente dissertação surge com a própria história profissional da pesquisadora que atua como psicóloga, na clínica, na docência e na educação, em programas psicossociais da rede municipal de ensino da cidade de João Pessoa – PB.

A pertinência desta temática, decorre, portanto, para além da sua relevância teórica e empírica, dessa experiência da pesquisadora, que, em sua atuação no cenário educacional, constata que a temática da maturidade psicossocial é um fenômeno complexo, multideterminado e que, quando não ajustado a idade e série ou etapa educacional de crianças e adolescentes, pode ter consequências negativas, de riscos ou de vulnerabilidade social para a população em questão.

A literatura sobre a maturidade psicossocial é vasta, pois se encontra no campo da psicologia do desenvolvimento, da moralidade e da educação em geral, sendo referida pelas Teorias de tradição racionalista e estruturalista, (a exemplo de Piaget 1994, Kohlberg 1984 e Selman 2003) assim como pela Psicanálise, (com o enfoque da afetividade) e pelo Behaviorismo (através da Teoria da Aprendizagem Social e Cognição). Apesar de ser numerosa a leitura produzida sob o ângulo das perspectivas referidas, o mesmo não se verifica com a temática da maturidade psicossocial em tempos de crise, sobretudo em relação às chamadas variáveis cognitivas sociais que possuem relações diretas e indiretas com o fenômeno.

Considera-se, portanto, que estudos nesta temática são fundamentais para subsidiar programas preventivos em contextos educacionais que possam reduzir situações de riscos, mal-estares e inabilidades de crianças e adolescentes em suas relações interpessoais, favorecendo perspectivas de si e dos outros mais positivas (Shultz, Selman e La Russo, 2003).

Por este motivo, as pesquisas mais recentes vêm procurando medidas mais eficazes de se mensurar a maturidade psicossocial, considerando-a como uma variável protetora de crianças e adolescentes, e que deve ser acompanhada por educadores e demais profissionais, a

exemplo de psicólogos e assistentes sociais, como algo a ser promovido nas escolas, com níveis desejados.

No Brasil, a temática da maturidade psicossocial na população em questão, crianças e adolescentes, torna-se central e instigante, por se viver em uma sociedade marcada por relações de exploração e dominação, cheia de violências familiares e nas escolas, quer sejam públicas ou privadas. A esse respeito, em 2002, uma pesquisa feita em 14 capitais brasileiras, em escolas públicas e privadas, mostrou que a violência existe em números alarmantes, e que nela coexistem a violência física, a simbólica e a institucional.

Os atores sociais que fazem parte do cenário escolar, professores, estudantes e servidores, convivem com as violências no ambiente interno e no entorno da escola (policimento, gangues e tráfico de drogas); com as dificuldades decorrentes do funcionamento e das relações sociais na escola (percepções sobre a escola, transgressões e punições) e ainda, com as violências internas nas escolas como, ameaças, brigas, violência sexual, uso de armas, furtos e roubos, tendo que conviver com praticantes e vítimas simultaneamente (Abramovay, & Rua, 2002).

Para as citadas autoras, violência é toda ação que impede ou dificulta o desenvolvimento, logo, quando se pensa a escola como um espaço propiciador do desenvolvimento, a violência termina sendo a negação da instituição escolar.

Nesse norte, como se manter ajustado, psicossocialmente falando, e responsável, ou seja, como vir a ser cidadão, em um ambiente violento? E, ainda, como se manter nesse ambiente propiciador de ansiedades e stresses, dentro de parâmetros considerados aceitáveis?

Tentando responder a esses questionamentos, autores como Lipp (2004), Gardner e Bell (2001), asseguram que a ansiedade é um sentimento desagradável de medo e apreensão, que desempenha papel importante no desenvolvimento humano e na saúde mental de crianças, adolescentes e adultos.

Dependendo da sua intensidade, a ansiedade, ou o transtorno de ansiedade, pode vir a possibilitar anormalidades e comorbidades, que contribuem para o mau desempenho escolar e para relações interpessoais negativas ou de riscos.

A ansiedade é também um construto complexo, quer seja sintoma ou patologia, abrangendo aspectos multifatoriais, somáticos e/ou cognitivos que indicam riscos ocasionados por uma condição ameaçadora, por mudanças no meio ambiente e no processo de desenvolvimento econômico, social e cultural.

Especificamente sobre o stresse, quer seja infantil ou em adolescentes, Lipp (2000) considera que o desenvolvimento físico e mental, ajusta-se às condições sociais de inclusão e adaptação ao meio. Ou seja, a criança e o adolescente, durante o seu desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo, deparam-se com situações em que a tensão de sua vida alcança níveis altos, superando, em alguns momentos, sua capacidade ainda imatura para lidar com situações conflitantes. Se os adultos ao seu redor contestarem as tensões com ansiedade e angústia, a criança e os adolescentes reagem da mesma maneira. Posteriormente, quando confrontados com fatores causadores de stresse, terão a tendência para se sentirem angustiados e ansiosos.

Assim, o stresse infantil e em adolescentes relaciona-se a fatores externos e internos, da mesma maneira que ocorre com o adulto, tendo suas fontes de stresse algumas semelhanças com as dos adultos.

Apesar da complexidade e relevância da ansiedade, do stresse e da maturidade psicossocial, em crianças e adolescentes, como poderá ser constatado no decorrer da revisão da literatura, poucos estudos têm investigado a ansiedade e o stresse com a maturidade psicossocial, e nenhum foi encontrado que tenha investigado os mesmos conjuntamente.

Tendo em vista as considerações supracitadas, a presente dissertação buscou identificar a existência de relações entre os construtos, ansiedade e stresse com a maturidade

psicossocial, em crianças e adolescentes, pertencentes a escola pública e privada, na cidade de João Pessoa - PB.

De forma mais específica, procurou-se: identificar o perfil amostral, de acordo com variáveis sociodemográficas e comportamentais; identificar a ansiedade, o stresse e a maturidade psicossocial, com respectivos níveis, fases ou fatores relacionados; comparar as médias dos construtos com as variáveis sexo, tipo de escola e etapas de educação; e, por fim, correlacionar os construtos verificando a força da relação e sua posição.

Para responder a esses objetivos, esta dissertação foi estruturada em duas partes. Na primeira parte, encontra-se a revisão da literatura nos três primeiros capítulos, os quais enfocam a ansiedade, o stresse e a maturidade psicossocial em crianças e adolescentes, contendo conceitos, teorias e formas de mensuração. Na segunda parte, realiza-se a análise e a discussão dos resultados. Por fim, as considerações finais, com limitações e implicações da pesquisa, bem como sugestões para trabalhos futuros.

## **CAPÍTULO I - ANSIEDADE**

---

---

A ansiedade é representada por um sentimento que acompanha uma sensação de perigo, que serve para advertir as pessoas que existe algo a ser temido. Trata-se de um inquietamento que pode ser representado por alguns sinais de origem fisiológica e psicológica, em que as manifestações fisiológicas são representadas por hiperatividade, agitação e ações precipitadas. Destas manifestações psicológicas irão surgir atenção e vigilância redobrada e determinados aspectos do meio, como os pensamentos e possíveis acidentes. De acordo com as perspectivas tradicionais da Psicologia e da Psicopatologia, a ansiedade é vista como manifestações que podem ser momentâneas ou podem estabelecer uma maneira estável e permanente de reagir, e sua intensidade pode ter alteração de níveis imperceptíveis até níveis excessivamente alto (Maia, 2007).

Apesar dos avanços teóricos e científicos, existem pesquisas que mostram os índices de transtornos de ansiedade de forma significativa. Sobre este assunto, Andrade e Gorenstein (1998, *apud* Batista, 2005), explicam que a ansiedade equivale a 12,5% dos transtornos psiquiátricos mais habituais na população, sendo aconselhado que o psicólogo organize a coleta e seus dados de forma objetiva e direta.

Registros históricos mostram que na antiguidade a ansiedade era colocada como aflição. Neste sentido, Cícero utilizou a palavra *angor* para caracterizar a ideia de pressão. Enquanto em grego *angor* e *anxietas* indicavam aflição, acentuando a tristeza e a inquietação e quase nunca envolviam a idéia de incerteza e medo, defronte deste processo mais adiante iria ser uma característica importante na classificação da ansiedade.

A ansiedade durante a infância e a adolescência aparece como característica normal, possibilitando que as crianças e os adolescentes venham adaptar-se a situações novas, imprevistas ou arriscadas. Rosen e Schulkin (1998, *apud* Borges, 2008) comentam que na maioria das crianças e dos adolescentes a ansiedade é representada por experiência comum, operante e passageira, cuja natureza e intensidade variam, em grande parte, de acordo com as

etapas de desenvolvimento. Entretanto, a ansiedade poderá ampliar sua intensidade e se tornar, muitas vezes, crônica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento socioemocional.

Nos últimos tempos, o debate sobre a temática fez surgir um importante acréscimo da atenção aos transtornos de ansiedade nos adultos, confirmado que especialistas voltaram seu olhar para as crianças e os adolescentes. Tendo em vista a possibilidade de observação que isto poderá indicar as possíveis mudanças ocorridas na classificação das doenças, foi a partir da terceira edição do DSM-III que foi introduzida uma nova categoria diagnóstica, salientando especificamente os transtornos de ansiedade que usualmente iniciam durante a infância e a adolescência (Lewis, 1995). Percebe-se que a produção deste manual tenha sido responsável, em parte, pelo ânimo da pesquisa em crianças e adolescentes ansiosos.

Devido a especificidades da patologia, a ansiedade pode ser delimitada como a indisposição emocional que se associa com a previsão de um perigo. Portanto, a resposta emocional ao perigo, ainda que as revelações fisiológicas sejam as mesmas. Esta é aconselhada pelo fato de que a ansiedade não é apenas uma experiência humana, mas ainda está existente em muitos transtornos psiquiátricos e outros transtornos médicos. Podendo ser diagnosticado diante da ocasião em que os sintomas de ansiedade prevalecem e originam sofrimento ou comprometimento significativo (Lewis, 1995).

Entretanto, verifica-se que a representação da ansiedade, por ser um estado emocional provisório ou circunstância do organismo humano, x se descreve por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, que são entendidos como um acréscimo na atividade do sistema nervoso autônomo, percebendo que os escores de ansiedade podem alterar de acordo com a situação de perigo observada e flutuar no tempo.

Em se tratando da ansiedade, segundo Carvalho e colaboradores (2001), diferenças individuais tornam-se relativamente estáveis na tendência à ansiedade, indicando as

diversidades de reações a situações conhecidas como assustadoras, estas sendo reforçadas a partir do estado de ansiedade. Observa-se que os agentes de ansiedade são menos passivos a mudanças consequentes a condições ambientais e continuam relativamente duráveis no tempo.

Para Kendall e colaboradores (2008), a ansiedade na criança e no adolescente é como um fenômeno psicopatológico, tem chamado a atenção da psiquiatria e da psicologia infanto-juvenil nos últimos tempos. Evidências alvejam que a ansiedade na infância e na adolescência pode estar ligada com transtornos de ansiedade na vida adulta, e que pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de diagnósticos, tratamento e prevenção específicos para crianças e adolescentes.

Com base em tais colocações é possível perceber que, de acordo com Barbosa e Barbosa (2001), a ansiedade está presente na maioria das experiências da criança e do adolescente, sejam estas normais ou patológicas e podem estar presente nos indivíduos na forma de sintoma, síndrome, estado ou transtorno. A ansiedade e os transtornos de ansiedade constituem o primeiro diagnóstico psiquiátrico ou mesmo pediátrico no período da infância, portanto, é mais frequente que os transtornos como o de conduta e a depressão.

### **1.1. A Ansiedade na Infância**

Em termos conceituais, o termo ansiedade provém do grego *Anshein*, que tem como significado oprimir, sufocar, tendo como termo correlato angústia, e que exprimem uma experiência subjetiva, estando associados a manifestações de sintomas corporais (Barros, 2003). A própria palavra contém a idéia de constituição e é considerada como um estado emocional de subjetivo medo ou emoções desagradáveis, dirigidas para o futuro,

desproporcionais, seguidas de desconfortos somáticos, como ressaltam, Gentil e colaboradores (1997, citados por Vasconcelos; Costa & Barbosa, 2008).

Outros teóricos descrevem a ansiedade “como uma emoção desagradável característica, induzida pela antecipação de um perigo ou frustração e que ameaça a segurança, homeostase ou vida do indivíduo ou do grupo biopsicossocial a que pertence.” Por outro lado, Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008) consideram a ansiedade uma resposta a uma ameaça desconhecida, que possui um papel de preparar o organismo para tomar as medidas necessárias para impedir a concretização de possíveis prejuízos e consequências à sua vida.

No meio deste debate, Rangé e Borba (2008 p.36) compreendem a ansiedade da seguinte forma:

[...] uma resposta fisiológica do organismo a algum estímulo considerado ameaçador, ou, seja é uma emoção automática necessária e imediata ao perigo. Alguns pesquisadores definem a ansiedade como uma reação de emergência, chamado-a de luta-ou-fuga.[...] serve para preparar o indivíduo para lutar ou para fugir de uma potencial situação de risco iminente. Assim de alguma maneira, a ansiedade serve para a proteção do organismo e para a preservação da vida.

Desta forma, a ansiedade é apresentada como uma reação natural e necessária para a autopreservação do indivíduo, em que os estados de ansiedade anormais, constituem síndromes de ansiedade, o que requer um tratamento específico.

### **1.1.1. Ansiedade normal e patológica**

Para melhor compreender o tema em estudo, torna-se instigante diferenciar os tipos de ansiedade, podendo ser a mesma considerada como normal ou patológica, pois, em termos psicopatológicos, existem aspectos que dificultam a distinção entre ansiedade normal e

ansiedade patológica; especificamente no caso da criança, esta dificuldade cresce devido aos aspectos evolutivos dessa fase do ciclo da vida (Barbosa & Barbosa, 2001).

Entretanto, verifica-se que, em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam elas normais ou patológicas. Diferentes dos adultos, crianças muito pequenas não reconhecem seus medos como exagerados ou irracionais, principalmente quando se trata de crianças menores. Vale destacar que no contexto do universo infantil a ansiedade pode ocasionar um grande sofrimento psíquico entre as crianças, justamente por não conseguirem expressar e entender seus sentimentos e suas aflições

De acordo com, Andrade e Gorenstein (2000), a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Acrescentando o debate sobre o tema Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008), afirmam que a diferença entre uma ansiedade normal e a patológica verifica-se pela sua intensidade e duração da resposta de ansiedade ao estímulo, estando a ansiedade normal restringida a uma determinada situação, e mesmo que uma situação problemática causadora de ansiedade não mude, a pessoa tende a adaptar-se e a tolerar melhor a tensão, diminuindo o grau de desconforto com o tempo, ainda que a situação permaneça desfavorável. A resposta patológica às situações que geram desconforto permanecem alteradas.

Sobre este assunto Castillo (2000) explica que a maneira mais prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada a estímulos do momento ou não.

Diante de tais formulações, tanto a ansiedade quanto o medo, são considerados patológicos quando exagerados, ou desproporcionais em relação ao estímulo, ou quando interferem na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário na vida da criança.

A discussão presente na literatura, aponta a ansiedade patológica caracterizada por ser desproporcional frente a um estímulo real no ambiente ou por se apresentar sem que exista nenhum fator ambiental que a justifique. Já a ansiedade normal, pode ser uma experiência humana comum que pode estar presente em outros quadros pediátricos e de transtornos psiquiátricos infanto-juvenil.

No tocante à ansiedade patológica, March e colaboradores (1997, citados por Barbosa e Barbosa, 2001) afirmam que só podemos considerar a ansiedade como patológica quando a mesma for excessiva para o contexto neuro-evolutivo.

### **1.1.2. Etiologia e epidemiologia**

Em relação à ansiedade infantil estima-se que, aproximadamente, 10% de todas as crianças e adolescentes poderão preencher critérios diagnósticos, para pelo menos um dos transtornos de ansiedade. Em crianças os quadros mais frequentes são: Transtorno de Ansiedade de Separação, com 4%; Transtorno de Ansiedade Generalizada, com 2,7 a 4,6%; e Fobias Específicas, com 2,4 a 3,3%. A Fobia Social e o Transtorno do Pânico ficam com 1% e 0,6%, respectivamente (Asbahr, 2004).

Na revisão literária, o transtorno de ansiedade de separação, conforme Castillo e colaboradores (2000), é um transtorno caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou substitutos, que persiste, no mínimo, por quatro semanas, causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente. Quando a criança percebe que seus pais vão se ausentar ou esse afastamento

realmente acontece, algumas manifestações somáticas de ansiedade são comuns, como dor abdominal, dor de cabeça, náuseas e vômito. Sintomas como tontura, palpitações e sensação de desmaio ocorrem em crianças um pouco maiores. Estudos apontam que a presença de ansiedade de separação na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos de ansiedade na vida adulta, sendo o transtorno do pânico o mais comum.

Por sua vez, o transtorno de ansiedade generalizada, de acordo com Asbahr (2004), é caracterizado por medos e preocupações exageradas e irracionais em relação a várias situações do cotidiano das crianças, estando estas constantemente tensas e qualquer evento ou situação pode ser provocadora de ansiedade. Essas crianças, dificilmente relaxam, apresentam queixas somáticas sem causa aparente, sinais de hiperatividade autonômica, como por exemplo, sudorese, palidez, taquicardia, tensão muscular e vigilância aumentada.

Para um melhor entendimento sobre a ansiedade, faz-se necessário obter mais informações com o intento de elaborar um melhor diagnóstico, uma vez que a etiologia da ansiedade pode ter vários fatores que precipitem esse fenômeno. Segundo Castro Neto (2005), alguns fatores são: ingresso na escola ou transferência de escola; gravidez da mãe; nascimento de irmão.

Os estudos realizados por Barbosa e Barbosa (2001) acrescentam que qualquer trauma ou situação que provoque tensão pode desencadear um estado emocional na criança, como por exemplo: abandono dos pais, um acidente, a morte de um ente querido, um amigo, um animal de estimação, exames escolares, repreensão de professores ou de outras pessoas, do médico, da enfermeira, da hospitalização e de situações de medo, sejam elas reais ou imaginárias.

Sobre este assunto Pernambuco (2004) descreve a etiologia da ansiedade através de dois fatores, o modelo biológico do desenvolvimento e uma explicação psicodinâmica. O primeiro afirma que o comportamento ansioso é visto como um fenômeno adaptativo frente a situações de perigo, desencadeando-se assim um comportamento de busca de segurança.

Crianças que vivem em situações de extrema vulnerabilidade desenvolvem uma necessidade de proteção, e naturalmente mostram uma acentuada tendência ao comportamento ansioso. O segundo considera a ansiedade como um produto derivado da energia libidinal.

Entretanto, Sadock e Sadock (2007) citam três escolas psicológicas que contribuíram com as teorias sobre as causas da ansiedade, sendo elas:

- Teorias Psicanalíticas - Freud a princípio acreditava que a ansiedade se originava do acúmulo fisiológico da libido. Posteriormente redefiniu a mesma como um sinal da presença de perigo no inconsciente;
- Teorias Comportamentais - afirmam que a ansiedade é uma resposta condicionada a estímulos específicos do ambiente. De acordo com esse modelo, pacientes com transtornos de ansiedade tendem a reagir, de maneira excessiva, a perigo e a probabilidade de dano em dada situação e a subestimar sua capacidade de lidar com as ameaças percebidas a seu bem-estar físico e psicológico;
- Teorias Existenciais - apresentam o conceito de que a ansiedade é a resposta a um vazio de sentido e existência.

De acordo com a perspectiva de Pernambuco (2004), do ponto de vista psíquico, a principal manifestação de ansiedade pode ser descrita como uma sensação inespecífica, vaga da existência de algum tipo de ameaça ao bem-estar da criança. Existe uma sensação angustiante de que “algo está para acontecer” em que tanto pode estar ligada a situações a serem enfrentadas no dia-a-dia, como a véspera de uma prova, quanto pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente.

Entretanto, verifica-se que a ansiedade infantil como um todo provoca uma série de sintomas físicos e psíquicos nas crianças acometidas pela mesma. Cabe aos pais ou responsáveis e profissionais, envolvidos com a criança, terem um esclarecimento sobre os

mesmos, para que possam procurar maneiras de ajudar e promover uma melhor qualidade de vida, para essas crianças em qualquer etapa de seu desenvolvimento.

## **1.2. Ansiedade na adolescência**

A literatura mostra que desde a infância, na idade pré-escolar e até os 12 anos, podem caracterizar ou ocorrer entre cinco e onze tipos de medo que se refletem entre estas coisas, como cachorros ou o escuro

De acordo com Jersild e Holmes (1935, *apud* Newcombe, 1999), neste caso pode-se destacar como os medos mais comuns medo de ladrão ou de fogo, medo de parecer bobo, e de tirar notas baixas, visto que estes apresentam índices constantes de ocorrências até os 18 anos

A temática ao ser abordada por Ollendick, Matson e Helsen (1985, *apud* Newcombe, 1999), caracteriza-se como de extrema importância saber distinguir entre o adolescente que tem medos normais e as ansiedades do adolescente que é super ansioso.

Serra e Cols (1980, *apud* Batista, 2005) realizaram uma pesquisa de opinião sobre o medo e a ansiedade presentes na adolescência, constatando que na adolescência o medo seria direcionado a ameaças ou perigos subjetivos ou este iria atribuir à chamada crise de identidade. Já em relação à ansiedade, surgiram as categorias mais frequentes, as ligadas à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro. Em outros estudos pode-se observar que os adolescentes, quando comparados com pares masculinos, manifestam maiores índices de ansiedade e se fazendo mais presentes nos meninos, que se preocupam mais em estabelecer a independência de seus pais e, para quais transferem o apego emocional dos mesmos para o processo de individuação. Verifica-se na literatura que o processo de ansiedade pode afetar a qualidade de vida dos adolescentes nas áreas cognitiva, social, afetiva e relacionada à saúde.

Os adolescentes merecem ser acompanhados com especial atenção por ser um grupo que representa uma população que caracteriza ser mais vulnerável à experimentação de álcool, tabaco e outras drogas. Referente à família e a sua cultura, estas transmitem sistemas de crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações entre os seres humanos e também refletem sobre usos e costumes, como em relação às SPAs (Horta, 2006).

Na verdade o que se vê em razão da fase de desenvolvimento, tanto físico como emocional, destes adolescentes, não é inegável que podemos dizer que o ideal é que, em princípio, eles não façam uso de drogas. Porém, se o uso de álcool, tabaco ou qualquer das drogas ilícitas pode gerar problemas nessa etapa da vida, também é verdade que essa postura radical poderia excluir o consumo moderado de café, de alguns refrigerantes e mesmo de certos medicamentos, prescritos por médicos (Albertani, 2003).

Na adolescência a única denominação específica na ansiedade é a perturbação de ansiedade de separação, na qual é verificado que os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade nos adultos podem ser aplicados nestas etapas da vida. American Psychiatric Association – APA (2002, apud Borges, 2008).

Portanto em relação às perturbações de ansiedade no período da adolescência estas não se caracterizam por um padrão homogêneo e consistente de sintomas, sendo estes diferidos na frequência dos sintomas, como na gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reações ao tratamento.

### **1.2.1. Ansiedade normal e patológica**

A ansiedade é um estado emocional com elementos psicológicos e fisiológicos, que abrangem sentimento de medo, de insegurança e antecipação apreensiva, pensamento

dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumentando o estado de alerta, sensação de tensão e dor muscular, e uma variedade de desconforto consequente da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (Andrade e Gorenstein, 2000; Kaplan et al., 2007).

Além das sensações de melancolia, a ansiedade também faz parte da relação de sentimentos normais na adolescência. A ansiedade é um acompanhamento normal de crescimento, das mudanças, experiências inéditas de todos os adolescentes, passando a ser patológica quando ela é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não aparece nenhuma razão específica para o seu surgimento (Andrade e Gorenstein, 2000). Logo, a ansiedade patológica é uma resposta inadequada a determinada ameaça, em virtude de sua intensidade.

De acordo com Andrade e Gorenstein (2000), o transtorno de ansiedade está entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer adolescente.

O estado de ansiedade refere-se, portanto, a determinada reação a uma situação e tempo específicos. Traço de ansiedade, por sua vez, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade (Biaggio et al., 1997; Biaggio e Natalício, 1979).

### **1.2.2. Ansiedade e Epidemiologia**

Os dados epidemiológicos sugerem que adolescentes têm maiores prevalências de ansiedade que as crianças. Essau *et al.* (1999) têm encontrado prevalências de 0,5% entre 12 e 13 anos e 2% entre 14 e 15 anos. Já Wittchen *et al.* (1999) encontraram prevalências de 4%

entre 14 e 17 anos e 8,7% entre 18 e 24 anos. Estudos semelhantes, desenvolvidos por Costello *et al.* (1999), evidenciaram que transtornos como ansiedade social, pânico, depressão e uso de substâncias aumentavam com a idade, ao passo que o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tendiam a diminuir com a idade. O início do Transtorno de Ansiedade costuma ocorrer durante a adolescência (Turner *et al.*, 1986; Last *et al.*, 1992; Grant *et al.*, 2005), porém podem ocorrer casos com início mais precoce, ao redor dos 7 ou 8 anos (Strauss e Last, 1993), o que parece estar associado a pior prognóstico (Scheneier *et al.*, 1992).

O Transtorno de Ansiedade é um transtorno psiquiátrico comum na infância e na adolescência, com algumas características peculiares nessa faixa etária, e tem sido associado com importantes prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, além de predispor ao uso de drogas e ao desenvolvimento de depressão e de outros transtornos (Pine *et al.*, 1998; Stein *et al.*, 2001). Diversas modalidades de tratamento tanto psicoterápicas quanto farmacológicas vêm sendo utilizadas no tratamento do Transtorno de Ansiedade na adolescência.

## **CAPÍTULO II - STRESSE**

---

---

O uso da palavra *stresse* surgiu desde o século XVII, como fenômeno formado de tensão- angústia- desconforto sendo portanto uma característica da sociedade atual; já no século XVIII o termo *stresse* expressava a ação de força, pressão, ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando nela diferentes comportamentos.

Lipp (2003, p. 17.) definiu o *stresse* como uma quebra no equilíbrio e atualmente o termo tem sido utilizado para descrever tanto os estímulos que geram uma quebra na homeostase do organismo, como a resposta comportamental criada por tal desequilíbrio.

De acordo com Lipp (2003), o *stresse* é um processo que se desenvolve em etapas, podendo-se ter um *stresse* temporário, de baixa ou grande intensidade, estar na etapa de resistência ao fator gerador de desequilíbrio ou já se estar em estado de depauperização tão grande que doenças de grande seriedade surgem. Dois aspectos são considerados importantes ao *stresse*: pode ser provocado por vários fatores que causam diferentes manifestações; e a dependência da capacidade de resposta e percepção de cada indivíduo.

O *stresse* tornou-se uma ameaça à saúde das pessoas ao longo da história e passou a ser tema constante de estudos científicos. Contudo, Bacarro (1997) diz que foi em 1936 que o médico fisiologista Hans Selye introduziu a palavra *stresse* na Medicina. Observou-se um conjunto de reações inespecíficas em alguns pacientes que sofriam de vários tipos de enfermidades, definindo esses conjuntos de alterações como “Síndrome Geral de Adaptação”.

Segundo Ferreira (1986), o *stresse* significa um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase. Logo, o *stresse* apresenta-se como sendo uma resposta inespecífica do organismo a qualquer solicitação que ele tem que enfrentar.

Straub (2005) define o *stresse* como “um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que são julgados como desafiadores ou ameaçadores”.

A partir deste contexto o conceito de stresse tem sido amplamente utilizado, chegando mesmo a fazer parte do nosso senso comum; os meios de comunicação têm vinculado o conceito de forma indiscriminada, o que favorece uma certa confusão a respeito do verdadeiro significado do termo.

O stresse passou a ser responsável por quase todos os males que nos afligem atualmente, em decorrência da vida moderna. Devido a isso tem ocorrido um crescimento de técnicas terapêuticas e programas voltados para o controle do stresse. Muitos desses programas carecem de um embasamento teórico mais aprofundado, enquanto outros são desenvolvidos por profissionais sérios e competentes (Filgueiras & Hippert, 1999).

Na literatura atual podemos observar que o stresse é uma reação que temos diante de algo, bom ou mau, que nos obrigue a fazer um esforço maior do que o usual para nos adaptarmos ao que está acontecendo, seja no mundo lá fora, seja em nossa mente.

Em princípio, o stresse é importante por ser uma reação natural e positiva que põe o organismo em alerta para reações imediatas em situações que o exijam.

Durante algumas situações de stresse você se sente bem, como saber que vai a uma reunião com amigos que não via há muito tempo, o que podemos chamar de eustresse (stresse ou tensão positiva), oposto a distresse (stresse ou tensão negativa). Independentemente de ser bom ou mau, não podemos eliminar ou evitar totalmente o stresse. (Lipp, 2004).

Diante do exposto, verificamos a importância dada ao fator de interpretação e avaliação cognitiva e emocional que o indivíduo faz em relação aos acontecimentos e situações, positivas ou negativas, vivenciadas por ele. Como as pessoas são diferentes umas das outras, a resposta do organismo a um determinado estímulo varia de indivíduo para indivíduo. Porém, o prolongamento ou a exacerbação de uma situação específica é que, de acordo com as características do indivíduo naquele momento, podem gerar alterações indesejáveis.

## **2.1 Stresse Infantil**

A infância é um período repleto de aprendizagens. O desenvolvimento que se dá nessa fase da vida ocorre com tamanha rapidez e intensidade, que não se compara a nenhuma outra fase. Ao desenvolvimento físico e mental agregam-se as circunstâncias sociais de inserção e adaptação ao meio, segundo Lipp (2000, p. 18).

Durante seu desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo, a criança se confronta com momentos em que a tensão de sua vida alcança níveis muito altos, às vezes ultrapassando sua capacidade ainda imatura para lidar com situações conflitantes. Se os adultos ao seu redor responderem às tensões da vida com ansiedade e angústia, a criança aprenderá a agir assim também. Mais tarde, quando confrontada com fatores causadores de stresse, ela terá a tendência imediata para se sentir angustiada e ansiosa (Lipp, 2000).

### **2.1.1. Causas e Fontes Internas e Externas do Stresse Infantil**

O stresse infantil pode ser o resultado de uma situação de tensão permanente, à qual o indivíduo encontra-se submetido. Sendo assim até o bebê pode vivenciar situações que o deixem estressado, como por exemplo, não ser atendido em suas necessidades numa fase em que depende totalmente dos cuidados de um adulto.

Aquilo que gera stresse, como já apontamos, é chamado de estresse ou causa/ fonte de stresse. O stresse na criança pode estar relacionada a fatores internos e externos, do mesmo modo como ocorre com o adulto. Embora as fontes de stresse infantil sejam necessariamente muito diferentes, existem algumas similaridades, a exemplo de mudanças importantes ou constantes, geradoras do mal, independentemente da idade. (Lipp, 2004).

Além das fontes externas, existem aquelas criadas pela própria criança, chamadas de fontes internas, que estariam relacionadas com o modo como enfrenta situações do cotidianas, aos seus pensamentos e atitudes e às crenças que possui. Assim, a partir do tipo de pensamento que a criança tem sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo, os seus sentimentos serão afetados. (Rangé, 1995).

Considerando tais pressupostos, as causas internas são criadas pela própria criança, ou seja, dependem da forma como a criança reage diante de situações do seu dia-a-dia, de seus pensamentos (cognições) e do tipo de personalidade.

Diante disso Lipp, Souza, Romano e Covolan (1998) sugerem outros fatores que podem servir de desencadeadores de stresse nas crianças: depressão, ansiedade, timidez, medo de punição divina, dentre outros.

Sabe-se que hoje a tendência a ser tímido pode, em alguns casos, ser geneticamente determinada. Dependendo, porém, do modo como é criada, essa tendência será mais ou menos acentuada. Assim sendo, uma pessoa que tenha pai (ou mãe) tímido poderá apresentar uma predisposição para a timidez, mas, se seu meio ambiente favorecer a autosssegurança e se ela aprender a confiar em si mesma e no mundo a seu redor, sua timidez será significativamente reduzida. Do mesmo modo, uma pessoa sem predisposição especial para a timidez pode aprender a ser tímida dependendo do modo como é criada. Frequentemente, a timidez leva a criança a evitar contatos com seus colegas, a se isolar, a parecer altiva e até antipática e indiferente, a se esquivar de situações sociais.

O Ser humano precisa, desde a mais tenra idade, praticar suas habilidades sociais, e é mediante essa prática que ele se torna socialmente competente. O tímido muitas vezes deixa de adquiri-las em decorrência do isolamento social causado pela introversão. O déficit de habilidades sociais pode vir mais tarde a interferir em seus relacionamentos afetivos e profissionais.

Sabe-se também que a ansiedade manifesta-se a tanto no corpo, sob forma de taquicardia, mãos suadas e frias e, em casos mais graves, vomito, dor de cabeça, diarreia, falta de ar, paralisação motora, como na mente, sob a forma de medo, sensação de que algo ruim vai acontecer, irritabilidade, agressividade e inquietação. A inquietação, na verdade, também pode ocorrer nas duas áreas: quando é física, a criança não consegue ficar parada em um só lugar, mostrando-se irrequieta e hiperativa; quando é mental, a criança não consegue se concentrar. É por isso que a ansiedade gerada pelo stresse interfere tanto no desempenho escolar. A ansiedade pode causar o stresse emocional, uma vez que aqueles têm a propensão a responder ao mundo pela ansiedade, criam seu próprio stresse. Mas ela pode igualmente ser um sintoma de stresse excessivo. Nesse caso, não é necessário ser predisposto: a ansiedade aparecer em meio a muitos outros sintomas. Dessa forma, a ansiedade pode ser fonte de stresse na vida da criança.

Segundo Franca (2001), as fontes externas são aquelas constituídas de tudo aquilo que ocorre em nossas vidas e que vem de fora do nosso organismo. Diz que estas correspondem a qualquer evento do mundo externo que exija uma nova adaptação por parte da criança, exigindo para isso muita energia.

Alguns pais mostram-se bastante confusos quanto ao melhor método para disciplinar seus filhos: ora usam os elogios, ora usam a súplica como meio para tentar convencê-los a obedecer. A supertolerância combinada com a crítica intensa cria stresse porque a criança sente-se insegura, ansiosa e não tem a oportunidade de aprender quais são os seus limites. Toda criança precisa de limites, e cabe aos pais impô-los de modo calmo e firme. Impor limites não é somente um direito dos pais, mas sobretudo um dever para com a criança e para a sociedade.

A falta de paciência, a dificuldade de relacionamento e a tensão demonstrada pelo adulto podem vir a estressar uma criança que, muitas vezes, acredita que é culpada de algo

que não consegue identificar. É como se o stresse contagiasse a todos, e não é raro encontrar famílias estressadas em decorrência do stresse de um dos pais. Desse modo, ao identificar o stresse em uma criança, a primeira pergunta que deve vir à mente dos adultos responsáveis por ela é: “será que eu estou estressado?”.

É na escola que a criança recebe mais responsabilidades relacionadas ao seu desempenho, no qual o ensino sistematizado promove ampliações de aprendizagem e do grupo social da criança.

### **2.1.2. Sintomas do Stresse Infantil**

O stresse é desencadeado, segundo Straub (2005), sempre que os recursos pessoais e sociais que o individuo pode mobilizar para o enfrentamento do stresse são extrapolados pelos fatores que causam. Mesmo que uma situação pareça insuportável para uma pessoa, outras podem ter recursos fortes o bastante para não se estressar. Pelo contrário, uma situação pode parecer facilmente resolvida por aquela pessoa, e esta pode não ter recursos suficientes para enfrentá-la, e em função disso, vir a apresentar os sintomas de stresse.

Franca e Leal (2003) acreditam que as transformações ocorrem em grande quantidade e em uma velocidade bem maior para uma criança do que na fase adulta, sendo esses períodos mais propícios ao surgimento de um nível de stresse elevado. Townsend (2002) postula que o estilo de vida da criança na sociedade contemporânea favorece o desencadeamento de um quadro de stresse.

Os sintomas do stresse infantil também são semelhantes aos sintomas desencadeados nos adultos, sendo alguns mais fáceis de serem identificados do que outros. O stresse infantil pode estar envolvido na origem de vários distúrbios, conforme anuncia Lipp (2004) no quadro abaixo:

**Quadro 1 – Sintomas Desencadeadores do Stresse**

SINTOMAS PSICOLÓGICOS	SINTOMAS FÍSICOS
Comportamento Agressivo	Asma
Desobediência Inusitada	Bronquite
Depressão	Hiperatividade Motora
Ansiedade	Doenças Dermatológicas
Dificuldade de Relacionamento	Úlcera
Dificuldades Escolares	Obesidade
Pesadelo	Cáries

Fonte: Lipp, 1991, p. 59

As informações do quadro revelam que os sinais emitidos pelo corpo e mente são fundamentais para o diagnóstico do stresse. No início os sintomas são bem-parecidos para todas as pessoas e, conforme o stresse vai avançando, ele torna as pessoas mais propensas para outras doenças.

Alguns sintomas são relativamente fáceis de ser identificados, como o choro excessivo e as dores abdominais. Outros, entretanto, por mais obscuros, são de difícil percepção, a exemplo da introversão súbita. Além desses fatores, a pouca informação, a própria negação dos pais e o mito de que “crianças não têm stresse” corroboram para a não identificação, pelo menos precocemente, do stresse infantil.

As consequências do stresse infantil excessivo podem acarretar problemas não somente na infância, mas por toda a vida do indivíduo. Quando não controlado, terá consequências físicas, emocionais e sociais. Um quadro excessivo de stresse pode reduzir a resistência imunológica da criança, afetando-a fisicamente, tornando-a vulnerável às infecções e doenças contagiosas. Para Lipp e Novaes (2000), quando as crianças crescem vulneráveis ao

stresse, sofrendo suas consequências sem o tratamento adequado, elas se tornam adultos frágeis, sem resistência e habilidades necessárias para contribuir para o desenvolvimento do país e o bem estar da população.

Newcombe (1999, *apud* Franca e Leal, 2003) também afirma que o stresse causa certo tipo de resistência à interação social, manifestando comportamentos que se alternam entre agressividade e esquivada. A falta de uma atitude positiva em apresentar uma orientação, comum em ambiente familiar conturbado por consideráveis fatores de stresse sociais, provoca deficiência de auto-estima e afastamento de outras crianças, devido à grosseria na maneira de se expressar e de utilizar as palavras, já que devido à impaciência, estas crianças acabam se comunicando agressivamente e, muitas vezes, agindo agressivamente.

Assim, percebemos que o stresse nasce de uma disfunção hormonal iniciada a partir de um conjunto de reações vinculadas a sentimentos como medo e alegria, que nos excita ou traz irritação. Essas sensações físicas e psicológicas são fruto de uma alteração química ocorrida dentro do nosso organismo. "O stresse pode ser uma resposta a determinados estímulos: dependendo da pessoa e da circunstância, ela pode lutar, fugir ou ficar paralisada", explica Ana Matilde Pacheco, doutora em psicologia social, do departamento de psicologia social e do trabalho, da Universidade de São Paulo.

Condições como essas tendem a agravar a situação, pois nesse momento a criança precisa de ajuda, precisa entender as mudanças que estão ocorrendo, pois muitas vezes ela fica confusa acerca dos seus sentimentos e emoções. Sendo assim, é de extrema importância diagnosticar o mais cedo possível, para que possamos iniciar um tratamento para reduzir esse excesso de tensão, a fim de que o stresse não traga consequências físicas, psicológicas e sociais. (Lipp; Arantes; Buriti; Witzig, 2002).

Esta linha de pensamento apresentada pelos autores supra citados desmistifica o mito de que criança não tem stresse e por outro lado confirma que desde o seu nascimento a criança

pode desenvolvê-lo, pois qualquer organismo vivo, independentemente da idade, sexo e condição socioeconômica está sujeito a desenvolver um comportamento voltado ao stresse.

### **2.1.3. Dados relevantes sobre stresse na escola**

Existem estudos considerados pioneiros no Brasil na área do stresse infantil. Por exemplo, Grünspun (1980); Wolff (1981) e Elkind (1982) já se referiam ao stresse infantil, mas havia considerável dificuldade em mensurá-lo e diagnosticá-lo. Em 1987, Lipp e Romano publicaram uma versão preliminar de um Inventário de Sintomas de Stresse, o qual veio a ser validado por Lucarelli em 1997 e deu origem a Escala de Stresse Infantil (Lucarelli, 1998; Lipp e Lucarelli, 1998) que veio viabilizar os estudos de levantamento do stresse em crianças.

Nos últimos anos, várias Dissertações de Mestrado da PUC CAMPINAS têm estudado diversos aspectos do problema. Por exemplo, Vilela (1996) comparou o nível de stresse em crianças do primeiro grau de escolas particulares e públicas, Tricoli (1997) averiguou a sintomatologia em escolares, Pereira (1996) averiguou a correlação entre stresse e dor abdominal sem causa física em crianças de 7 a 14 anos.

A incidência de stresse grave na população infantil não é conhecida, porém se sabe que toda criança, inevitavelmente, enfrentará inúmeras dessas situações de stresse, mais ou menos sérios, ainda nos primeiros anos de vida, tais como hospitalizações, acidentes, doenças, nascimento de irmãos, mudança de casa, de escola e de empregada, além das tensões geradas pela necessidade sempre maior de se autocontrolar.

Um levantamento realizado entre 66 crianças em idade escolar, que se encontravam com sintomas acentuados de stresse, quanto ao que lhes causava tensão, revelou que as queixas mais frequentes quanto aos pais eram: atividades demais, brigas entre os pais,

nascimento de irmão, pai alcoólatra, disciplina confusa, ausência diária dos pais e não poder convidar amigos para visitar sua casa.

No que se refere aos professores, as queixas das crianças com stresse foram: professores nervosos, grito de professor, impaciência e falta de conversa com os alunos, instruções confusas, nunca dizer que o trabalho está bom, não conhecer os alunos direito, não deixar os alunos contarem os problemas de casa, tarefas em excesso, criar competição demais entre os colegas de turma e ser desorganizado. As queixas apontadas indicam que pais e professores têm uma importância grande do desenvolvimento do stresse infantil.

Vários autores enfatizam que as experiências pelas quais o ser humano passa gera uma aprendizagem que determina seu comportamento futuro. Na área do stresse, esta afirmação é extremamente relevante, pois há crianças que parecem ser praticamente invulneráveis às tensões da vida, enquanto outras são muito sensíveis ao stresse. A maneira pela qual a criança lida com seu stresse vai determinar sua resistência às tensões da vida adulta. Quando a criança consegue lidar bem com seu meio ambiente, quando este não lhe impõe a necessidade de exibir uma resistência acima de sua capacidade, quando a ansiedade gerada pela vida não está além de sua capacidade de lidar com ela e a criança consegue se adaptar às tensões, ela cresce para ser um adulto mais competente no manejo do stresse. Quando, no entanto, as circunstâncias da vida são exageradamente estressantes e não permitem uma adaptação saudável, reações ao stresse inadequadas são aprendidas, na idade adulta, a pessoa terá a tendência de emitir estas respostas inapropriadas nas horas de tensão.

## 2.2. Stresse na Adolescência

### 2.2.1. Aspectos Históricos e Fases do Stresse na Adolescência

A palavra adolescência significa crescer e define o período da vida humana que se inicia, justamente, por grande surto de crescimento com características próprias, sobretudo quanto as proporções.

"Adolescência é um período de transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais inter-relacionadas" (Papalia, Diane E.; Olds, Sally W. e Feldman, Ruth D.).

A adolescência é um dos períodos mais importantes da vida do indivíduo, é nela que a criança se transforma em adulto, delimitando seu potencial psicológico, físico e social.

É um período de crises no qual o indivíduo está em busca de uma identidade e ao mesmo tempo nega a infância. O stresse pode ser até benéfico no desempenho, pois estimula a atenção nas tarefas e a prontidão nas contrações musculares. Este fator é um constante gerador de esforço muito grande, que leva ao stresse. A presença de stresse pode influenciar no adolescente, pois qualquer mudança significativa deve ser equilibrada com a habilidade de lidar com ela. Muitas mudanças ao mesmo tempo e ocorridas muito rapidamente podem frequentemente ser uma grande causa de stresse.

É neste período que ocorre a transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta, o que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais.

Nesta fase o adolescente possui uma necessidade de viver em "bando", pois este é o meio que ele encontra para sua identificação, em que ele se sente protegido e possui um papel social.

O stresse é uma doença de adaptação ao meio, em que o indivíduo, em função das estimulações, excitações e agressões externas, acaba produzindo uma escalada progressiva na

defesa de seu organismo. No início é só um aumento do alerta geral, estimulando o sistema vegetativo e o cérebro para se defenderem. E o stresse pode ser até benéfico no desempenho, pois estimula a atenção nas tarefas e a prontidão nas contrações musculares. Este fator é um constante gerador de esforço muito grande, que leva ao stresse. Devido às mudanças drásticas que estão ocorrendo em diversos setores da sociedade, os casos de stresse na adolescência são quase comparáveis à média registrada entre os adultos.

### **2.2.2. Fatores e Traumas do Stresse na Adolescência**

Os fatores de stresse e os traumas, quando constantes e não interrompidos, podem gerar sintomas traumáticos crônicos com agravamento de problemas como depressão, abuso de drogas ou a desfechos ainda mais graves, como acidentes, brigas, roubos, prisão, suicídio e morte precoce, especialmente na adolescência.

Os fatores de stresse são facilitadores para o desenvolvimento de doenças com repercussões imediatas e a longo prazo, podendo ocasionar problemas crônicos e interferir na qualidade de vida, na vida adulta.

A violência social e estrutural também é sem dúvida um grande fator responsável pelo aumento da prevalência do transtorno de stresse durante o desenvolvimento na adolescência.

Quanto mais stressado e ameaçado se sentir, mais o adolescente responderá com respostas e comportamentos primitivos e regressivos. O adolescente ameaçado só pensa em sobreviver naquele minuto. Isto é muito importante para entendermos os pensamentos, reações e comportamentos do adolescente traumatizado.

A adolescência é um período do desenvolvimento humano marcado por uma série de alterações bioquímicas que se refletem nos comportamentos e nas relações do indivíduo com o meio e consigo próprio.

Atualmente, estudos evidenciam o crescimento do índice de casos de adolescentes acometidos por ansiedade, stresse, depressão, distúrbios alimentares, síndrome do pânico, entre outros. "Assim, não devemos desconsiderar que a manifestação de quadros patológicos sofre influência de eventos estressores, presentes cada vez mais no cotidiano dos adolescentes, desencadeando reações neuroquímicas como resposta a algo sentido pelo organismo como uma agressão". (Lipp, 2000).

Sem tratamento, o stresse pode se tornar crônico e deflagrar nos adolescentes doenças típicas de adultos, como hipertensão, diabetes tipo 2 e gastrite, entre outras.

Pesquisas estimam que, de cada dez adolescentes, três são vítimas do mal. É quase a média registrada entre os adultos – 50%. "A adolescência é a faixa etária que mais nos preocupa: o stresse juvenil é nocivo não só para o próprio adolescente como para a sociedade", diz Marilda Lipp, 2000 "Adolescentes estressados estão mais sujeitos, por exemplo, ao uso de drogas e ao isolamento social." De longe, todo jovem nessa fase parece um estressado. Eles não estão satisfeitos com nada, reclamam de tudo e de todos, sentem-se incompreendidos e desconfortáveis com o corpo em transformação. Há, no entanto, diferenças cruciais entre um adolescente simplesmente "aborrescente" e um estressado. Um dos sintomas mais graves do stresse juvenil é a insônia – um jovem nesse período é programado biologicamente para dormir muito, visto que é durante o sono que se intensifica a produção do hormônio do crescimento. Quando a dificuldade para dormir se manifesta, é sinal de que o problema já se instalou e comprometeu todo o funcionamento do organismo. Além da insônia, outras características do stresse juvenil são desânimo, impaciência, dores de cabeça, falta de concentração, cansaço excessivo ou entusiasmo exagerado e repentino, sem motivo explícito.

### **2.2.3. Stresse e Maturidade Psicossocial na Infância e na Adolescência**

Estudos têm investigado níveis de maturidade psicossocial, especialmente quanto a indicadores de ansiedade e stresse, em crianças e adolescentes. E ao longo dos tempos, diversas teorias têm sido desenvolvidas de forma a tentarem responder aos motivos.

As teorias comportamentais, através de estruturas psicológicas e cognitivas, a teoria psicanalítica com base na afetividade e a teoria da aprendizagem social pelo behaviorismo, tentam aprofundar os conhecimentos com base numa possível teoria desenvolvimentista. A complexidade das diferentes teorias facilitará a prevenção, o aconselhamento genético e originará a promoção de uma intervenção capaz de dar resposta aos inúmeros deficits desta população.

Pesquisas realizadas por Piaget, Kohlberg e Selman auxiliam-nos a compreender melhor o modo como as crianças e adolescentes pensam sobre as regras morais.

A hipótese de que a severidade ou presença de eventos de vida estressores são preditivos de severidade ou presença de sintomas stresses e de ansiedade ou de transtornos de ansiedade têm sido alvo de estudos recentes com crianças e adolescentes. (Margis et al., 2003)

A relação etiológica entre a exposição a eventos de vida estressores e o surgimento de sintomas e transtornos de ansiedade em geral, apesar de plausível, tem sido pouco estudada. Pouco se sabe sobre como as mudanças na carga de stresse ao longo do tempo se relacionam com as mudanças nos sinais e sintomas de ansiedade e no desenvolvimento de um transtorno de ansiedade. (Margis et al., 2003)

Os modelos psicológicos de desenvolvimento defendem que as crianças e os adolescentes se inserem em múltiplos contextos que se interrompem e influenciam mutuamente (pares, família, escola, comunidade). Estes diferentes sistemas ajustam a evolução do desenvolvimento adolescente (Bronfenbrenner, 1979; Cicchetti e Toth, 1995).

Desta forma, a criança/adolescente não pode ser analisada isoladamente mas integrada numa rede de sistemas interativos. Esta estrutura sugere que as percepções que os adolescentes desenvolvem das suas relações de amizade são influenciadas por sistemas dinâmicos de natureza individual e contextual.

Na adolescência, as modificações que se praticam nos processos de socialização envolvem novas tarefas, pois a maioria dos padrões de comportamento social aprendidos durante a infância não se adapta ao tipo de relações e comportamentos sociais agora em questão: relações interpessoais mais autônomas e menos dependentes dos pais ou de outros adultos, desenvolvimento de atitudes e comportamentos socialmente mais responsáveis e adaptados, e estabelecimento de relações mais amadurecidas com os pares de ambos os sexos.

O processo de interação humana é complexo e ocorre constantemente entre pessoas, sob aspecto de comportamentos visíveis e não visíveis, verbais e não verbais, pensamentos, emoções e reações mentais e físicas. As ligações interpessoais desenvolvem-se em consequência desse processo de interação.

A competência interpessoal é um elemento essencial à maturidade e para desenvolvê-la é necessário que as pessoas invistam no seu processo de crescimento pessoal, abrangendo: auto percepção, autoconscientização e autoaceitação.

O propósito é transformar as reações emocionais e a sentimento em informações que apoiem a deliberação dos problemas, para que haja uma melhoria na criatividade e nas relações interpessoais.

## **CAPÍTULO III - MATURIDADE PSICOSSOCIAL**

---

---

A palavra maturidade é definida segundo o dicionário Ferreira (2005), como um substantivo abstrato e feminino; Efeito ou Circunstância de quem se encontra numa fase adulta; estado das pessoas ou das coisas que atingiram completo desenvolvimento, maturidade comportamental, mental. Momento em que se encontra no último estágio do desenvolvimento; evolução; Espaço de tempo de uma vida compreendida entre a juventude e a velhice. Comportamento ou modo particular da idade adulta ou ainda “idade madura”. Mas quando se trata de maturidade emocional podemos utilizar o terceiro significado para nos apoiar e entender o que realmente quer dizer.

A maturidade social não se limita à individuação, é também a superação da dificuldade de lidar com pessoas e grupos. Diz-se que uma pessoa é madura quando esta apresenta coerência interna, conseguindo pensar, dizer e proceder de igual forma, sem eventuais contradições e com convicção, tornando-se mais harmônico e construtivo no meio social. O egoísmo e o egocentrismo foram reprimidos, como na fase inicial de formação do ego, agora com essa questão resolvida, o indivíduo está mais congruente, proporcional ao equilíbrio no meio social.

O amadurecimento psicológico é a sinergia dessas forças: maturidade afetiva, maturidade mental, maturidade moral e maturidade social, lograda no processo evolutivo. Com essas capacidades desenvolvidas o ser enfrenta os desafios com naturalidade. Confia nos próprios recursos ante o convívio social. Os obstáculos naturais não são interpretados como perseguições, azar, má-sorte, etc., são vistos como fenômenos naturais que não o paralisa. Quando não consegue superar um obstáculo, não se perde nos conflitos de auto-acusação e auto-desvalorização, se recompõe logo e segue adiante. (Biografia 1 – O Ser Consciente – Divaldo P. Franco/Joanna de Ângelis. p. 26)

Embora seja possível constituir critérios padrão para a maturidade nos interesses, quando se trata da maturidade psicossocial adaptada ao ser humano, percebe-se também uma satisfação e atrativo íntimo no processo desta maturidade, tendo em vista que será sempre um prazer cultivá-la, e uma alegria visível receber o reconhecimento pelos seus frutos.

Perceber a maturidade psicossocial é um compromisso natural que o ser humano tem para se completar, naquilo que foi deixado ao seu arbítrio para finalizar o seu projeto. Quando uma pessoa se torna adulta e sai da dependência parental para assumir sua própria vida, passando a ser responsável pelas escolhas pertinentes à sua existência, tais como trabalho, estudo, relacionamentos, afeto, saúde, entre outros. Como também, pelos desafios existenciais, como o enfrentamento dos desafios no trabalho, estabelecer e manter vínculo afetivo, desenvolver sua sociabilidade e comunicabilidade, a superação dos medos, tudo isso leva ao autoconhecimento, avaliando suas capacidades e limites.

Ao chegar a um grau de maturidade psicossocial pela educação que desperta o desejo de ser digno, na qual se descreve, pela consciência plena, pela racionalidade, pela sociabilidade, pela liberdade e autenticidade dos sentimentos.

Sempre é tempo para crescer. Amadurecer indica ter de abandonar ilusões e enfrentar a realidade como ela é, inúmeras vezes mais fria e racional do que aprovaríamos. Mas amadurecer tem suas vantagens. Porém aprendemos a simplificar os fatos e ver seu verdadeiro valor, a vida se torna mais prazerosa, mais agradável de ser vivida.

A Maturidade Psicossocial é a habilidade que a pessoa tem de se relacionar com outras da melhor forma possível. É impedir que problemas pessoais venham intervir no comportamento profissional. É ter a capacidade de perceber a vida por um ângulo mais objetivo e positivo, ser paciente, ter capacidade de lidar com diferenças sem se deixar enfraquecer. Reconhecer os seus próprios limites e respeitar os dos outros. Saber escolher e arcar com as suas escolhas. O indivíduo emocionalmente maduro tem bom controle sobre suas emoções e é capaz de rir de si mesmo. A maturidade psicossocial também é aceitar a responsabilidade pelas consequências de seus atos, tomar decisões baseadas em critérios e valores pessoais, ser menos egoísta e ter mais consideração pelos outros.

Para a psicologia, ter uma certa idade não significa ter a Maturidade Psicossocial, pois ela não se resume apenas à fase cronológica, compreendendo-se também como o estado mental e uma questão de postura. Nem sempre se amadurece de forma integral e nem em todos os aspectos da personalidade. No desenvolvimento da maturidade psicológica, o indivíduo passa por quatro fases, que são a maturidade afetiva, maturidade mental, maturidade moral e maturidade social, sendo esta última focada com maior evidência no âmbito da infância e da adolescência.

### **3.1. Maturidade Psicossocial Infantil**

O desenvolvimento físico, cognitivo e social marca a interrelação das áreas em crescimento progressivo no universo de qualquer indivíduo. A iniciação para o mundo social de cada ser humano, será através da vinculação do bebê com a pessoa que cuida dele. Entretanto, adquire-se a socialização durante a infância, pois a partir deste momento a criança inicia o seu processo de aprendizagem como membro social. Segundo Gleitman (1993:677) socialização é “um processo pelo qual a criança adquire padrões de pensamento e comportamento característicos da sociedade em que nasce”. É o processo de ação da criança sobre o mundo que a rodeia a partir de seu nascimento, que ela integrará o que necessita para “construir as suas estruturas corporais e a sua personalidade” (Vayer e Roncin, 1994:15).

Para compreendermos melhor se a finalidade das interações sociais de cada criança continua a ser a mesma desde o seu nascimento, há necessidade de consideração positiva do outro (Vayer e Roncin, 1994:40). Contudo, podemos referir que a criança “através das suas interações e das suas trocas no interior do ambiente, afirma a sua presença e a sua originalidade ao mesmo tempo que desenvolve o seu poder sobre o mundo” (Vayer e Roncin, 1994:43). A convivência com o outro proporciona o desenvolvimento e a evolução das

diferentes características de personalidade de cada criança. “A interpretação dos esquemas de ação, dos comportamentos ou dos meios de expressão transforma o modelo principal, o que influencia em contrapartida aquele ou aqueles que iniciaram a ação ou a expressão” (Vayer e Roncin, 1994:103). Perante tais fatos cada criança desenvolve a sua imagem, tomando consciência da sua identidade e gradativamente formando vínculos de amizade.

Quando uma criança escolhe os colegas com quem gosta de realizar determinada atividade e é aceita na participação das diferentes interações, lhe é proporcionado um sentimento de segurança, fator este que de maneira gradual, motivará outros aspectos como a “independência e autonomia, o sentido de reciprocidade, da solidariedade, da justiça, de todas as qualidades indispensáveis à vida em grupo e à cooperação” [...]. Neste sentido, “a presença do outro é, ao mesmo tempo, personalizante e tranquilizante” (Rivier, 1983:73).

Diante do que foi referido, não podemos esquecer que coincidentemente ao crescimento social da criança, existe o seu crescimento físico e intelectual. Este dinamismo proporciona um mundo complexo cheio de interações e desafios, que se torna indispensável ter um “olhar sempre para a criança ou adolescente, em meio escolar, como um todo, nas suas múltiplas ligações entre desempenho cognitivo, social e emocional, tal e qual como na continuidade e inter-relação entre a vida familiar, a escolar e a social em toda a perspectiva temporal de ligação entre o passado, presente e futuro” (Strecht, 2008:44).

Outra evidência observada nas relações sociais estabelecidas entre as crianças do mesmo sexo é o fato de “o crescimento do conhecimento da criança sobre as perspectivas dos outros implica no crescimento do autoconhecimento e no alcance de algum grau de imparcialidade objetiva” (*ibid.*p. 56) apud Selman R., Assis Orly e Vinha, Telma que elas têm interesses comuns. Esta separação natural, entre meninos e meninas, permite que ambos aprendam comportamentos apropriados ao seu género.

Nas relações de amizade estabelecidas entre crianças de sexos diferentes, evidencia-se uma significativa distinção, pois os meninos apresentam uma grande quantidade de amigos em relação às meninas, entretanto as relações de amizade apresentam-se menos íntimas e afetivas. (Furman, 1982, Furman e Buhrmester, 1985 in Papalia, Olds e Feldman, 2001: 488).

É importante ressaltar que as relações de amizade e os modos como as crianças reagem com os amigos vão se transformar no decorrer de sua evolução cronológica e emocional, “refletindo o crescimento cognitivo e emocional” (Hartup, 1992; Newcomb e Bagwell, 1995 in Papalia, Olds e Feldman, 2001: 489).

Os estádios de amizade descrito por Selman observam que as crianças, no período pré-escolar, brincam em conjunto, porém as amizades são mais profundas e estáveis, quando a criança atinge maturidade cognitiva e poderá ser e ter verdadeiros amigos. O autor Mussen também partilha desta ideia quando afirma que “o desenvolvimento social é profundamente acelerado durante o período de escola, quando os contactos da criança com os seus pares passam a ser mais intensos e frequentes” (Mussen, 1977:133).

O autor Selman, após o seu estudo empírico, concluiu que grande parte das crianças, na fase escolar, encontra-se no estágio 2 – Cooperação leal e bidirecional - e as crianças mais velhas (por volta dos 9 anos) podem encontrar-se no estágio 3 – Relações íntimas e mutuamente partilhadas.

Através da leitura do quadro seguinte, sobre os estádios de amizade, evidencia-se que, inicialmente, as crianças mais pequenas têm grupos momentâneos de amizade e que são definidos quanto à proximidade física, aos brinquedos de cada criança, e também, aos seus atributos físicos. No estágio 2, as crianças passam do primeiro estágio em que a relação com os amigos é unilateral para um estágio de nível recíproco, em que ela também abrangendo também neste período os sentimentos de “dar e receber”, apesar, de ainda, estarem muito

ligados a interesses pessoais. “ Desenvolve habilidades cognitivas que lhe possibilitam uma compreensão cada vez mais complexa, resultando num comportamento mais integrado socialmente”(Selman R., Assis Orly e Vinha, Telma). Já o estágio 3, existe referência a amizades íntimas e mutuamente partilhadas, tornando-se amigos possessivos e que necessitam de exclusividade.

**Quadro 2 - Os estádios de amizade de Selman**

Estádio	Descrição	Exemplo
Estádio 0: Grupo momentâneo de brincadeira (dos 3 anos aos 7 anos)	Deste nível indiferenciado de amizade as crianças são egocêntricas e têm dificuldade em considerar a perspectiva de outra pessoa; tendem a pensar só em termos do que pretendem de uma relação. A maioria das crianças pequenas define os seus amigos em termos de aproximação física e valorizados por atributos materiais ou físicos.	“Ela vive na linha rua” ou “Ele tem os Power Rangers”.
Estádio 1: Apoio unidirecional (dos 4 aos 9 anos)	Neste nível unilateral um “bom amigo” faz o que a criança quer que ela faça.	“Ela já não é minha amiga, porque não quis ir comigo quando eu quis” ou “ele é meu amigo porque diz sempre que sim, quando lhe peço a borracha emprestada”.
Estádio 2: Cooperação leal e bidirecional (dos 6 aos 12 anos)	Este nível recíproco sobrepõe ao estágio 1. Envolve dar e receber mas continua ainda a servir muitos interesses pessoais independentes, em vez dos interesses comuns de dois amigos.	“Nós somos amigos fazemos coisas um para o outro” ou “ Um amigo é alguém que brinca comigo, quando já não tem mais ninguém com quem brincar”.
Estádio 3: Relações íntimas e mutuamente partilhadas (dos 9 aos 15)	Neste nível mútuo, as crianças veem a amizade como tendo vida própria. É uma relação em curso, sistemática e comprometida que incorpora mais do que fazer coisas um ao outro. Os amigos tornam-se possessivos e exigem exclusividade.	“Demora-se muito tempo a fazer um amigo íntimo, por isso uma pessoa sente-se mesmo mal quando descobre que o seu amigo, entretanto, procura também fazer outros amigos”
Estádio 4: Interdependência autónoma (início aos 12 anos)	Neste estágio interdependente, as crianças respeitam as necessidades tanto de dependência como de autonomia dos amigos.	“Uma boa amizade é um verdadeiro compromisso, um risco que se tem que assumir; tens que apoiar, confiar e dar, mas também tens de saber largar”.

Fonte: Selman,1980 in Papalia, Olds & Feldman, 2001: 490

Como reforça Paul Mussen, “à exceção dos pais e dos professores, os amigos íntimos da criança são, talvez, os seus mais importantes “socializadores” e exercem impactos diretos e poderosos sobre a sua personalidade e desenvolvimento social” (Mussen,1977:137). Será na diversidade de relações vivenciada pela criança, que ela compreenderá a sua relação social com os pares que lhe proporcionará ter a “experiência da sua autonomia e da sua responsabilidade ao mesmo tempo que vai conduzi-la a empenhar-se na ação e na relação com os outros” (Vayer e Roncin, 1994:123). A convivência com o grupo viabiliza uma oportunidade única de aprender como “interagir com indivíduos da mesma idade, como manipular a hostilidade e o comportamento do dominador, como se relacionar com um líder e como liderar com outras pessoas” (Mussen et al., 1977:426).

A autora Odete Fachada reforça esta ideia e define “grupo” como sendo “um conjunto limitado de pessoas, unidas por objetivos e características comuns que desenvolvem múltiplas interações entre si” (Fachada, 1998:145). Refletindo nesta ideia desta, a autora evidencia que um grupo é “um conjunto limitado de pessoas”, porém torna-se pertinente a abordagem sobre as dimensões dos grupos e as suas características, visto que um grupo formado por duas pessoas é um grupo coeso e interessante, pois responderá à necessidade de reconhecimento que qualquer criança necessita, entretanto, vários investigadores afirmam que “mesmo que os dois interlocutores se aceitem naturalmente, a atividade diminui rapidamente de intensidade e a falta de interesse conduz ou a privilegiar a relação no nível das pessoas.” (Vayer & Roncin, 1994:114).

Segundo Odete Fachada, um grupo formado por três elementos é “útil e produtivo que é necessário para resolver problemas precisos [...]. Contudo, é menos funcional quando é preciso tomar decisões” (Fachada, 1998:148). Nas relações sociais entre pares do sexo masculino poderão surgir relações bastante fortes e de caráter exclusivo, de forma que juntos sejam capazes de concretizar o seu desejo de atividade (Vayer e Roncin, 1994:114).

Entretanto, percebe-se que o número adequado para a formação de estruturas grupais é o conjunto formado por quatro ou cinco pessoas que, segundo a psicologia atual, são caracterizados como dinâmicos, imaginativos, produtivos e ricos em interações.

Com relação a grupos formados com seis elementos ou mais existe uma forte probabilidade dos grupos já divididos, formarem dois subgrupos, devido a dois fatores: a informação está muito dispersa e existe uma distância considerável entre os seus diferentes intervenientes (Vayer e Roncin, 1994:115). Portanto, nos grupos com mais de seis elementos há uma grande perda na sua unicidade, nomeadamente: amizade, relações interpessoais, cooperação e plano de ação (Fachada, 1998:148). A Psicologia atual também destaca, os prejuízos na formação de grupos com oito a doze pessoas, que provavelmente será um grupo de discussão, uma vez que “a partir de um certo número a produtividade do grupo é inversa ao número de participantes” (Fachada, 1998:148).

Frequentemente nas escolas os educadores deparam-se com pequenos conflitos interpessoais e desavenças entre os alunos. As autoras Papalia, Olds e Feldman, fazem referência aos benefícios cognitivos, emocionais e sociais das relações de amizade e referem que a amizade ajuda as crianças “a sentirem-se bem consigo próprias, a tornarem-se sensíveis e afetuosas, mais leais e sinceras e mais capazes de dar e receber respeito” (Papalia, Olds e Feldman, 2001:491).

As relações de amizade viabilizam às crianças um aprendizado na resolução de “problemas que existem nas relações, aprendem a colocar-se no lugar do outro e observam modelos de vários tipos de comportamento” (Papalia, Olds e Feldman, 2001: 384). A convivência como os amigos proporcionam de maneira inconsciente uma função psicoterapêutica, pois a partir da partilha das suas dúvidas, problemas, conflitos e sentimentos complexos a criança compreende que os outros também têm problemas similares e poderá reconfortá-la.

As interações sociais estabelecem-se através da procura do outro e das atividades que se realizam em comum e este fato, não prevalece apenas na infância, pois são fenômenos essencialmente humanos (Voyer e Roncin, 1994:101). Quando a criança procura o seu semelhante esta escolha nunca será feita ao acaso e segundo Papalia *et al.*, popularidade é “uma opinião do grupo de pares acerca da criança [...]” (Papalia, Olds e Feldman, 2001: 487). Vários autores estudaram a influência dos padrões de amizade entre crianças e estabeleceram correlações positivas entre “crianças que tinham amizades fortes e um comportamento pró-social e crianças que experimentavam problemas com amizades e comportamento agressivo” (Brock et al., 2011:330).

As crianças comunicativas têm características que ajudam os pares a confiarem nelas, pois são “leais e abertas o suficiente para dar apoio emocional a outras crianças. As suas competências sociais superiores fazem com que as outras pessoas gostem delas” (Newcomb et al., in Papalia, Olds e Feldman, 2001: 487). Esta capacidade de adaptação social com os pares, em período escolar, será um bom ponto de partida, para que estas crianças possam ser adolescentes preparados para enfrentar obstáculos na vida (Hartup, 1992 et al, in Papalia, Olds e Feldman, 2001: 487).

### **3.2. Maturidade Psicossocial na Adolescência**

A Psicologia tem contribuído muito para a compreensão da maturidade psicossocial humana. São estudos que buscam apresentar o ser humano em fases da construção da personalidade desde o nascimento até a velhice.

A teoria de Erikson se baseia nos estudos da psicanálise de Freud. Como neofreudiano Erikson parte dos estudos de Freud através dos conceitos de id, ego, superego, (fases oral, anal e fálica), mas consegue ir além. Divide o ciclo de vida humana em oito fases que chamou

de “estágios psicossociais” e que vão desde a infância até a velhice. O estágio denominado pelo autor de “Identidade Versus Difusão da Identidade” marca o início da adolescência (Erikson, 1971).

Para Erikson a adolescência foi marcada pelo impulso necessário ao abandono da segurança da infância em busca da segurança no mundo adulto. Durante este período o jovem busca estabelecer relações que o defendem socialmente. A sociedade, portanto, concede ao adolescente um tempo para se descobrir e se afirmar no mundo adulto, o que Erikson denomina “moratória social”.

Para efeitos deste estudo poderíamos dizer que os estágios apresentados por Erikson como “Intimidade Versus Isolamento” e “Reprodução Versus Estagnação” definiriam o período pós-adolescência, o que compreenderia aquilo que se convencionou chamar de juventude. Nestes dois estágios, segundo o autor, o ser humano afirma, ou não, o seu lugar de adulto em nossa sociedade. Neste período da vida é esperado que o jovem saia da moratória social que lhe foi concedida, reafirme sua identidade e assuma responsabilidades por si mesmo e pela próxima geração.

Além de Erikson, uma das contribuições para as teorias do desenvolvimento, muito utilizada por áreas do conhecimento como a psicologia e a educação, é o modelo piagetiano. Jean Piaget, um biólogo de formação, dedicou-se a estudos e pesquisas na área do desenvolvimento através da observação de seus filhos que nasceram entre 1925 e 1931. A partir dessas observações publicou duas obras: “O nascimento da inteligência na criança” (1936) e “A construção do real na criança” (1937).

De forma resumida, a teoria de Piaget é baseada em assimilações do ambiente pela criança, como uma construção cognitiva, que culmina com a adolescência. A adolescência seria um último estágio quando o jovem estaria apto a executar tarefas que exigem raciocínio

mais elaborado. Este estágio foi denominado por Piaget de “Período das operações formais”, e compreende a idade de 12 anos em diante.

O período das operações formais marca o fim das “operações concretas” período anterior que tem seu início com a entrada na escola quando a criança ainda baseia seus esquemas mentais apenas no concreto ou na realidade. Nesse sentido, a adolescência seria um salto qualitativo em que esta limitação deixa de existir e “o sujeito será, então, capaz de formar esquemas conceituais abstratos, conceituar termos como amor, fantasia justiça, esquema, democracia” (Rappaport, 1981, p.74).

Parece haver um consenso entre Piaget e Erikson de que a adolescência teria início com a puberdade que pode acontecer a partir dos 12 anos em diante. Mas, não há uma definição fechada, em termos etários, que esclareça em que momento se encerra o período da adolescência para dar início à juventude. O que parece é que a juventude para os autores se inicia na adolescência e é um processo que avança até que a pessoa esteja apta a assumir sua identidade adulta. No entanto, nenhuma teoria do desenvolvimento garante que todas as pessoas alcançarão a maturidade psicossocial nem tampouco a suposta idade em que isso acontece.

Nem todos os teóricos da psicologia concordam com o conceito de adolescência. Rappaport (1981) nos traz a idéia de que a adolescência é uma construção social, um conceito historicamente determinado, um fenômeno da modernidade. Para esta autora, a adolescência é uma “invenção cultural” das sociedades ocidentais. Como exemplo, ela compara os jovens ocidentais que vivem em meio urbano com jovens que vivem em culturas menos sofisticadas, ou culturas tribais. Nestas estruturas sociais, o que determina a maturidade é o momento em que o jovem está apto para dar conta de sua subsistência e reprodução. Esta lógica é determinada pelo amadurecimento biológico, quando o corpo está apto a desenvolver determinadas tarefas e a procriar.

O que a literatura nos mostra é que, em termos psicossociais, espera-se que a pessoa venha a ser um adulto autônomo, responsável, capaz de ter consciência por seus atos, capaz de realizar-se pessoal e profissionalmente. Mas, não se pode generalizar a raça humana nem tampouco negar a realidade e as influências sociais que determinam estes processos em cada cultura. Afinal, é preciso considerar que as teorias são subjetivas e, portanto, não alcançam a diversidade e a multiplicidade de culturas e de relações que acompanham o processo de socialização humano.

Nesta visão psicossocial, o indivíduo é visto como um ser com potencial para o aprendizado. Neste sentido, não é possível definir a juventude de forma generalizada, pois de acordo com as aprendizagens sociais de cada um teremos jovens e jovens, ou seja juventudes. Sua condição e situação também não é estática, pois existe um potencial para a mudança. Sendo assim, inferimos que a situação do jovem pode ser alterada de acordo com comportamento e aprendizagens vividas por ele. As mudanças desejadas serão realizadas conforme a disponibilidade de cada um e serão influenciadas pelas contingências reais visto que o jovem é um ser social.

Neste sentido, Flavell (2001) diz que apesar da convicção do jovem de que nenhuma decisão tomada pode ser mudada, nada é irrevogável e as mudanças, às vezes, são inevitáveis, ou seja, é possível mudar os planos futuros e isso nem sempre é negativo. Novas experiências e oportunidades podem apresentar-se como subsídios para a realização dos sonhos e expectativas que permeiam a passagem para a idade adulta.

A sociedade “cobra” dos jovens seu posicionamento no mundo adulto. A transição passa a ser uma necessidade. Ao jovem que não conseguiu concluir os estudos nem tampouco estruturar-se no mercado de trabalho resta a transição através da paternidade/maternidade. A condição paterna/materna passa a ser a forma de o jovem mostrar ao mundo que cresceu, que já é pai/mãe e que por isso merece ser ouvido e respeitado. Com a vinda dos filhos, concluir

os estudos e estruturar-se no mercado de trabalho passa a ser um sonho cada vez mais distante para muitos jovens. Esta transição pode ocorrer com jovens de todas as classes sociais, mas se torna muito comum entre os jovens em condição de vulnerabilidade.

Aos jovens cuja família oferece um suporte emocional e financeiro para que se cumpram as etapas de transição à vida adulta, cabe a disputa por uma melhor colocação no mercado de trabalho que seja mais condizente com sua escolaridade e condição de vida. Ainda assim, muitos fatores como mudanças no comportamento social podem influir na aceleração ou retração deste processo.

Estes novos arranjos passam pela ampliação do tempo dedicado aos estudos e formação da carreira, pela escassez de oportunidades no mercado de trabalho e até mesmo pela não-aceitação da realidade atual pelas famílias que vivenciaram um momento de desenvolvimento econômico e acumulação de riquezas no país que não condiz com os dias atuais.

Ao considerar o jovem como aquela pessoa que se encontra em um período de transição para a vida adulta há que se avaliar de que juventude está se falando.

Para além da definição de juventude como fase, estágio e situação de vida que apresentamos aqui, existe uma visão da juventude enquanto condição.

Sposito e Carrano (2003, p. 17) analisam que a confusão em se conceituar a juventude dá-se pela dificuldade em se separar o sujeito concreto da condição e situação que a juventude apresenta. Para os autores, a condição juvenil é o “modo como uma sociedade constitui e significa esse momento do ciclo de vida”. A situação juvenil “traduz os diferentes percursos que esta condição experimenta a partir dos mais diferentes recortes: classe gênero e etnia”. Nas palavras dos autores:

Tem sido recorrente a importância de se tomar a idéia de juventude em seu plural – juventudes – em virtude da diversidade de situações existenciais que afetam os sujeitos. No entanto, parte dessa imprecisão parece decorrer da superposição indevida entre fase da vida e sujeitos concretos, aspectos que, por exemplo, para os estudiosos não se superpõem, como afirma Attias- Donfut (1996). Infância e crianças são noções que exprimem estatutos teóricos diferentes, operação ainda não delimitada claramente pelos estudiosos da juventude, pois consideram jovens – sujeitos- e fase de vida- juventude como categorias semelhantes. (Sposito e Carrano 2003, p. 17)

Dessa forma, a juventude surge no espaço público como um grupo que, se por um lado é visto como anárquico, por outro é visto como libertador da ordem estabelecida e das amarras do conservadorismo.

Mas, se de um lado, através desses movimentos, os jovens ganhavam relevância na esfera pública, de outro não eram organizados em termos de participação política na elaboração dessas mudanças. As reivindicações eram pensadas sob a égide de um desejo libertador sem planejamento ou organização, talvez até sem responsabilidades ou compromisso com as mudanças. Os movimentos estavam ligados a transformações culturais e não necessariamente políticas.

## **CAPÍTULO IV - METODOLOGIA**

---

---

#### **4.1. Tipo de Estudo e Objetivo**

O presente estudo caracteriza-se como descritivo e inferencial, tendo como objetivo principal procurar evidências de relações entre as variáveis, ansiedade, stresse e maturidade psicossocial. Para tanto, medidas empíricas foram incluídas através de cinco instrumentos em sua totalidade, sendo na verdade quatro para cada grupo amostral, em virtude da escala de stresse ser específica. O mesmo foi realizado em duas escolas pública municipal e em uma escola privada, ambas na cidade de João Pessoa – PB.

Em termos de objetivos, de forma mais específica, procurou-se: identificar o perfil amostral, de acordo com variáveis sociodemográficas e comportamentais; identificar a ansiedade, o stresse e a maturidade psicossocial, com respectivos níveis, fases ou fatores relacionados; comparar as médias dos construtos segundo as variáveis sexo, tipo de escola e etapas de educação; e, por fim, correlacionar os construtos verificando a força da relação e sua posição.

#### **4.2. Amostra**

A amostra deste estudo caracteriza-se como de conveniência, não-probabilística, composta por 157 participantes, sendo 103 (65,6%) crianças e 54 (34,4%) adolescentes, com média de idade de 12,11 anos (DP= 2,24; amplitude de 09 a 17 anos), de ambos os sexos sendo 92 (59%) raparigas e 65 (41%) rapazes. Da amostra total, 116 pertenciam à escola pública e 41 à escola privada.

### 4.3. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

**4.3.1. Questionário Sociodemográfico.** Este foi estruturado pela pesquisadora, contendo itens sobre idade, sexo, ano escolar (etapa em que se encontra), repetência, estado civil dos pais, religião, número de irmãos, caso possua, renda familiar, escolaridade dos pais, doenças familiares, se faz uso de medicamento ou de tratamento específico, se cuida de algum irmão, entre outros.

**4.3.2. Questionário Infante-Juvenil** (Barbosa, Gouveia e Gaião, 2001). Foi desenvolvido por Birmaher, em 1997, e adaptado por Barbosa, Gouveia e Gaião (2001). A versão atual do instrumento é composta por 26 itens e tem por objetivo investigar a existência ou não de sintomas de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, pânico, fobia social e fobia escolar, em crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades de 8 a 17 anos. A medida unifatorial do instrumento obteve índices satisfatórios ( $KMO = 0,82$ ), teste de esfericidade de Bartlett, de  $X^2(703) = 2585,98$ ;  $p < 0,001$ . O ponto de corte ou critério de diagnóstico de transtorno de ansiedade ficou em 34 pontos, ou seja, a criança ou adolescente que ao responder o instrumento obtiver essa pontuação ou maior, deverá ser encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, de acordo com seus autores. Os demais pontos de corte para outras patologias incluem: pânico 69; ansiedade geral 71; ansiedade de separação 71; fobia social 69 e fobia escolar 20.

**4.3.3. Escala de Stress Infantil – ESI** (Lipp e Lucarelli, 2005). A Escala tem por objetivo verificar a existência ou não de stresse em crianças de ambos os sexos, com idades

entre 6 a 14 anos, permitindo que se determine o tipo de reação mais frequente na criança, o que facilitará o controle adequado do stresse. É composta por 35 itens divididos em quatro fatores resultantes de um modelo testado por uma análise confirmatória ( $\chi^2 = 288,02$ ,  $gl = 6$ ,  $p,0,001$ ): reações físicas (rf), reações psicológicas (rp), reações psicológicas com componentes depressivos (rpcd) e reações psicofisiológicas (rpf). Os alphas dos respectivos fatores foram: 0,79, 0,76, 0,78, 0,72, e para a Escala Total, o alpha foi de 0,90. Cada item contém uma frase, na qual se descreve um sintoma e cada um deles possui um círculo dividido em quatro partes, que são pintadas pela criança, conforme a intensidade do sintoma. A apuração das respostas é feita através da contagem de pontos atribuídos a cada item. Cada quarto de círculo equivale a um ponto.

**4.3.4. Escala de Stress para Adolescente – ESA (Tricoli e Lipp, 2005).** Esta escala é composta por 44 itens que mensuram quatro reações do stresse: psicológicas, cognitivas, fisiológicas e interpessoais. Ela tem por objetivo verificar a existência ou não de stresse e a fase em que se encontram em adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 14 a 18 anos, permitindo também que se determine o tipo de reação mais frequente, o contribui para o controlo adequado. Cada item contém uma frase, na qual se descreve um sintoma. A resposta do item é feita por uma escala Likert de cinco pontos, de 01 a 05, por ordem crescente, indo de não sente nada a sente sempre, tanto para a frequência (sintomas) quanto para intensidade (fases). A Escala Geral obteve um Coeficiente Alpha padronizado de 0,9394 para a frequência (sintomas) e 0,9398 para intensidade (fases).

**4.3.5. Questionário de Relacionamento - Rel-Q (Selman, Schultz e LaRusso, 2003).** É uma medida que operacionaliza as competências psicossociais da maturidade psicossocial através de cinco escalas que compõem 24 itens: compreensão das relações interpessoais (6

itens), perspectiva de tomada (4 itens), negociação interpessoal na vida real e hipotética (4 itens), negociação interpessoal (4 itens), e a consciência do significado pessoal (6 itens). Cada item tem quatro opções de respostas que representam dilemas comuns ou situações sociais com pares ou adultos. As respostas representam quatro níveis teóricos na coordenação de perspectivas sociais, que variam de egocêntrico (Nível 0), unilateral (Nível 1), recíproco (Nível 2) a mútuo (Nível 3).

Tais níveis indicam que as pessoas podem oscilar em suas performances como uma função do contexto social. Assim, as estratégias interpessoais de negociação podem variar sistematicamente entre os contextos sociais, de acordo com o papel social, a exemplo do adulto versus seus pares, ou entre amigos versus conhecidos (Selman, Schultz & LaRusso, 2003).

Três fases para revisão de suas capacidades psicométricas foram feitas por seus autores, chegando-se a conclusão de que o alpha de cronbach entre as amostras para maturidade psicossocial global foi de 0,87 para o composto, e 0,71 para a melhor resposta, para todas as respostas foi de 0,82, indicando relativamente boa consistência interna. Como medida de múltipla escolha da maturidade psicossocial, é capaz de mensurar diferenças individuais nas percepções sociais dos estudantes, com idades entre 07 a 17 anos, variando sua aplicabilidade do ensino fundamental até o ensino médio, devendo ser utilizado em programas escolares de educação do caráter, e nas investigações sobre o desenvolvimento social dessa amostra (Selman, Schultz & LaRusso, 2003).

#### **4.4. Procedimentos de Coleta**

Uma vez obtidas as autorizações das Diretorias das respectivas escolas, a pública e a privada, assim como entregues e recebidos os Termos de Consentimento dos Pais ou dos

Representantes das crianças e adolescentes, através de reuniões feitas em pequenos grupos, para que a pesquisadora pudesse lhes explicar os objetivos da pesquisa, esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Centro Universitário de João Pessoa, obtendo sua autorização (CAAE N° 12576913.2.0000.5176).

De comum acordo com a Diretoria e os professores, a pesquisadora lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo todas as condições éticas para a participação, segundo a Resolução do CNS de N° 196/96. Após tirar todas as dúvidas, iniciava a entrega dos instrumentos, explicando-lhes cada um, seguindo a respectiva ordem: Questionário Sociodemográfico, o Questionário Infanto-Juvenil, a Escala de Stress Infantil (quando criança), a Escala de Stress para Adolescente (quando adolescente), e por último, o Questionário de Relacionamento.

#### **4.5. Análise dos Dados**

Os dados sociodemográficos foram submetidos inicialmente a análises descritivas, verificando-se frequências, percentuais e médias. Em seguida, foram computados os escores das Escalas de Ansiedade, Stresse Infantil e de Adolescente, e a de Maturidade Psicossocial, comparando-se as médias dos escores, por grupos (sexo, tipo de escola e etapas de educação). Os dados foram comparados mediante análises estatísticas inferenciais, através do teste t de Student, para amostras independentes e a Análise de Variância – ANOVA, com o teste de Sheffé para comparações múltiplas. Por último, correlações bivariadas de Pearson foram feitas entre as variáveis, objetivando-se responder a questão central da pesquisa. Todas as análises foram realizadas pelo *Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows*, em sua versão 20.0.

## **CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

---

Neste capítulo, apresentam-se os resultados juntamente com a discussão. Para melhor compreensão, os resultados estão descritos, de acordo com as análises feitas. Dessa forma, seguindo a ordem dos objetivos específicos anteriormente descritos, caracteriza-se a amostra primeiramente pelas variáveis sociodemográficas, bem como por comportamentos acerca da família, da escola e outros cenários sociais. Em seguida, expõem-se os dados relativos à ansiedade, ao stresse infantil e de adolescente. E por último, apresentam-se os dados relativos à maturidade psicossocial e suas relações com as variáveis ansiedade e stresse em crianças e adolescentes, objetivo principal desta investigação.

## **5.1 Análises Descritivas**

### **5.1.1. Dados Sócio-demográficos da Amostra**

De um total de 157 participantes, 103 (65,6%) eram crianças e 54 (34,4%) adolescentes, com média de idade de 12,11 anos (DP = 2,24), amplitude de 09 a 17 anos, sendo 116 (73,9%) de escola pública e 41 (26,1%) de escola particular.

A maioria da amostra era do sexo feminino, 92 (58,6%), de religião católica 81 (51,6%); do 4º ao 6º ano de escolaridade, 84 (53,5%), do Ensino Fundamental II, de acordo com as Etapas de Educação do Brasil, morava com os pais, 97 (61,8%), e esses eram casados, 109 (62,4%); tinha de 1 a 3 irmãos, 127 (92,7%), e renda familiar menos de R\$ 1.000,00 (mil reais), 80 (52,3%). A escolaridade dos pais variando de ensino fundamental completo a ensino médio incompleto, 87 (60%).

Do total da amostra, 44 (28,3%) afirmaram ter pais divorciados. Tal dado é relevante, uma vez que a literatura confirma que divórcio, separação dos pais ou suas ausências, também

são fatores desencadeantes de transtornos de ansiedade (Barbosa, Gaião e Barbosa e Gouveia, 2001).

Quanto à profissão e/ou atividade dos pais, a grande maioria afirmou que os pais trabalhavam, 148 (94,3%). Variando as atividades de agricultor até empresário, no caso de pais, e de domésticas à magistrada, no caso das mães.

Em relação ao estado civil apenas um participante afirmou ser casado (0,6%), sendo este do sexo feminino e possuir 15 anos.

Do percentual amostral com pais divorciados, 31 (67,4%) moram com a mãe, 4 (8,7%) com o pai e 11 (24%) com outros parentes. Dos que afirmaram morar apenas com um dos pais, 31 (70,5%) têm convivência diária ou semanal com o que não mora.

Quando perguntados sobre o uso de medicações e doenças na família a maioria afirmou não ter doenças na família 122 (77,7%) e nem fazer uso de medicamentos controlados 134 (85,4%). Dos que afirmaram ter doenças na família nenhum transtorno mental foi citado, e apenas um sujeito afirmou que um dos pais fazia psicoterapia (0,6%). Ter pais depressivos, fóbicos, hiperativos e ansiosos, também favorecem transtornos de ansiedade nos filhos, de acordo com Cardoze, Rodríguez-Sacristan citados por Barbosa, Gouveia e Barbosa (2001).

Foram levantados também comportamentos específicos da amostra na escola, especificamente na sala de aula. A maioria afirmou ter, às vezes, dificuldade de concentração 80 (51%), ser organizada com materiais escolares 74 (66,2%), apresentar dificuldades na tarefas escolares, 77 (49%), esquecimentos, 82 (52,2%), não faltar as aulas com frequência, 124 (79%), não se envolver em briga com os colegas, 111 (70,7%), não dar respostas grosseiras, 89 (56,7%), ter facilidade para fazer amigos, 90 (57,3%) e não ficar agitada nem tagarelando na aula, 94 (59,9%).

Quando perguntados se tinham ou não algum medo, 76 (46,5%) afirmaram que não, mas 52 (33,1%) afirmaram que sim. Dado significativo, vez que o medo é uma variável desencadeante de ansiedades e angústias, que quando não controladas, podem levar a um transtorno de ansiedade na criança ou adolescente. Dos que afirmaram ter medo, 34 (65,4%) eram crianças e 18 (34,6%) adolescentes.

## 5.2. Mensuração da Ansiedade

O Questionário Infanto-Juvenil é uma medida unidimensional para avaliar e/ou realizar triagem sobre ansiedade na população geral e clínica de psiquiatria infantil (Barbosa, Gaião e Barbosa & Gouveia, 2001).

Seguindo orientação de seus autores, o ponto de corte ou critério de diagnóstico de transtornos de ansiedade é de 34 pontos. Entretanto, os autores ressaltam que esse não deve ser o único critério de diagnóstico.

O escore médio da ansiedade foi de 14,52 (DP= 7,42), com amplitude de 0 a 42 pontos. De acordo com o ponto de corte estipulado de 34, apenas 02 participantes se enquadraram nessa categorização, o que representa da amostra total, 1,27%, índice sem nenhuma representatividade estatística. Os sujeitos que obtiveram índices acima de 34 pontos, um era uma menina de 09 anos, e o outro era uma adolescente, de 14 anos.

De fato, as mulheres tiveram escore médio de ansiedade maior do que o dos homens respectivamente (  $\bar{X}$ = 15,76 versus  $\bar{X}$ = 12,76). Corroborando esses achados, Kashani e Orvaschel (1990, citados por Barbosa; Gaião e Barbosa; Gouveia, 2001) salientam que a Ansiedade afeta sobretudo as crianças pequenas, diminui na puberdade e volta a aumentar na adolescência, sendo cinco vezes mais frequente nas meninas que nos meninos.

A maioria da amostra ficou abaixo do escore médio, ou seja, 86 participantes (54,8%).

Os escores da ansiedade foram divididos em três faixas (menor que 7, de 8 a 15 e acima de 15) e comparados segundo as Etapas de Escolaridade (Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II e Ensino Médio), através do teste não-paramétrico do Qui-Quadrado, considerando os valores da Tabela 01 abaixo apresentada.

**Tabela 01:** Frequência e Percentagem dos Escores de Ansiedade segundo as Etapas de Educação (N=157)

Classificação	Ens. Fund. I		Ens. Fund. II		Ensino Médio	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Menor que 7	4	14,3	23	82,1	1	3,6
De 08 a 15	26	40,0	25	53,8	4	6,2
Maior que 15	32	50,0	27	42,2	6	7,8

Observando-se a tabela acima, as maiores frequências estão no Ensino Fundamental II, seguido pelo Ensino Fundamental I. Diferenças significativas foram encontradas ( $X^2 = 12,602$ ; gl = 4;  $p < 0,01$ ).

A ansiedade geral diferenciou o sexo através do teste t de Student ( $t = -2,587$ ;  $p,0,001$ ), observando-se que a maior média foi para o sexo feminino ( $\bar{X} = 0,6068$  versus  $\bar{X} = 0,4948$ ).

De fato, as raparigas tiveram escore médio de ansiedade maior do que o dos rapazes (respectivamente,  $\bar{X} = 15,76$  versus  $\bar{X} = 12,76$ ).

Corroborando esses achados, Kashani e Orvaschel (1990, citados por Barbosa; Gaião e Barbosa; Gouveia, 2001) salientam que a Ansiedade afeta sobretudo as crianças pequenas, diminui na puberdade e volta a aumentar na adolescência, sendo mais frequente nas meninas que nos meninos.

Apesar de não ser interesse desta pesquisa a fobia escolar, 33 participantes, o que é um percentual de 21%, tiveram escores acima de 20, índice característico da mesma. Estudos

futuros deverão investigar esse dado relacionando-o a outros fatores como professores inflexíveis ou autoritários, número de repetências, exclusão social, entre outros.

### 5.3. Mensuração do Stresse Infantil e para Adolescentes

#### 5.3.1. Escala de Stress Infantil - ESI

A Escala de Stress Infantil possui 35 itens respondidos em Escala Likert de 0 a 4 pontos, que mensuram quatro fatores: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas.

Inicialmente foram analisadas as médias e os desvios padrões de seus fatores, conforme a Tabela 02 abaixo.

**Tabela 02: Média e Desvio Padrão dos Fatores da ESI (N=103)**

<b>Fatores</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>DP</b>
Reações Físicas (RF)	6,17	4,27
Reações Psicológicas (RP)	10,95	6,45
Reações Psicológicas com componente depressivo (RPCD)	6,33	5,63
Reações Psicofisiológicas (RPF)	7,84	4,38

De acordo com a Tabela 02, os resultados apontam que o fator Reação Psicológica apresentou a maior média, seguido pelo de Reações Psicofisiológicas, depois o de Reações Psicológicas com componente depressivo e, por fim, pelo de Reações Físicas.

Esses achados corroboram os de Lipp e Lucarelli (2005), em seu estudo de construção e validação do instrumento, tendo seus autores igualmente encontrado o fator reações

psicológicas como o de maior média ( $\bar{X}=13,20$ ). Entretanto, os demais fatores foram os de reações físicas ( $\bar{X}=8,00$ ), reações psicológicas com componente depressivo ( $\bar{X}=6,80$ ), e por último, reações psicofisiológicas ( $\bar{X}=6,00$ ).

Segundo Lipp e Romano (1987, citados por Lipp e Lucarelli, 2005), os possíveis efeitos ocasionados pelo stresse com reações psicológicas incluem: ansiedade, terror noturno, pesadelos, dificuldades interpessoais, introversão súbita, desânimo, insegurança, agressividade, choro excessivo, angústia, depressão, hipersensibilidade, birra e medo excessivo.

O fator reações físicas, que obteve a segunda maior média, envolvem: dores abdominais, diarreia, tique nervoso, dor de cabeça, náusea, hiperatividade, enurese noturna, gagueira, tensão muscular, ranger de dentes, dificuldade para respirar e distúrbio do apetite.

Na amostra infantil, não houve diferenças significativas entre os fatores do stresse e o sexo. Ou seja, nesta amostra, meninos e meninas não se diferenciaram em relação às reações do stresse. Fato que não corrobora estudo realizado por Medeiros e Nóbrega em 2005, mostrando que há uma prevalência de sinais e sintomas significativos do stresse infantil no sexo feminino.

A Tabela 03 refere-se às Fases de Stresse da ESI com seus Fatores. Nela, pode-se constatar que: a Fase de Alerta possui as maiores frequências em todos os fatores. Nessa fase, o fator Reações Psicológicas é também o mais representativo. Na Fase de Resistência, o Fator Reações Psicológicas com Componente Depressivo foi o mais frequente. Na Fase de Quase-exaustão, novamente o terceiro fator, o RPCD, foi o mais frequente, e na Fase de Exaustão, não houve frequência, o que quer dizer, que nenhuma criança, encontrava-se nessa Fase.

**Tabela 03: Frequência e Percentagem para as Fases da Escala de Stresse Infantil com seus Fatores (N=103)**

Classificação	Alerta		Resistência		Quase-exaustão		Exaustão**	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Fatores								
RF	18	20	4	15,4	-	-	-	-
RP	26	29	6	23,0	-	-	-	-
RPCD	24	27	11	42,3	2	67	-	-
RPF	22	24	5	19,2	1	33	-	-
Total	90	100	26	100	3	100		

Pode-se também observar na Tabela 03 acima um fato preocupante: da amostra total, que é de 103 crianças, 90 (87%) possuem sintomatologias de stresse, estando na Fase de Alerta, 26 (25%) estavam na Fase de Resistência, e 3 (cerca de 3%) encontravam-se na Fase de Quase-exaustão.

### 5.3.2. Escala de Stress para Adolescentes – ESA

A Escala de Stress para Adultos de Tricoli e Lipp (2005) é composta por 44 itens que mensuram quatro reações do stresse (psicológicas, cognitivas, fisiológicas e interpessoais) e suas possíveis fases (alerta; resistência; quase exaustão e exaustão), em adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária de 14 a 18 anos.

Como ela avalia não apenas se o adolescente tem ou não stresse, mas a fase em que o mesmo se encontra, determinando o tipo de reação mais frequente, isso favorece seu controle adequado.

Em seu estudo original, a ESA foi aplicada em São Paulo, Campo Grande e em João Pessoa, cidade onde esta pesquisadora realizou sua investigação.

Na tabela 04 a seguir, pode-se observar as frequências de stresse na amostra, de acordo com suas reações e com o sexo dos adolescentes. Para a computação dessas frequências, os

escores dos quatro fatores foram calculados, por seus respectivos pontos de corte, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino.

Com base na Tabela, é possível verificar que para os sujeitos do sexo masculino classificados com stresse, as reações psicológicas e as cognitivas são as mais frequentes. E para as participantes do sexo feminino, as reações interpessoais e as cognitivas foram mais prevalentes.

**Tabela 04: Frequência e Percentagem das Reações de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)**

Sexo	Masculino		Feminino	
	F	(%)	f	(%)
Reações				
Psicológicas*	3	43	1	6,25
Cognitivas	3	43	3	18,8
Fisiológicas	-	-	2	12,5
Interpessoais*	1	14	10	62,5
Total	7	100	16	100

Comparações entre médias através do teste t de Student mostraram que as reações psicológicas e as interpessoais diferiram o grupo de adolescentes quanto ao sexo, conforme Tabela 05 abaixo. Pelo exposto, as maiores médias nessas dimensões são do sexo feminino.

**Tabela 05: Média e Desvio Padrão das Reações de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)**

Sexo	Masculino		Feminino	
	M	DP	M	DP
Reações				
Psicológicas	1,93	0,75	2,51**	0,71
Cognitivas	1,97	0,65	2,10	0,76
Fisiológicas	1,88	0,55	2,09	0,48
Interpessoais	1,77	0,56	2,33**	0,81

\*\*p< 0,001

Os resultados encontrados na Tabela 05 ratificam os achados de Walker (1997 citado por Lucarelli e Lipp, 2005), que identificou as maiores fontes de stresse para adolescentes como os eventos relacionados a questões interpessoais, principalmente na família e na escola. Assim, discussão e dificuldades com os pais, desentendimentos com colegas, namorados (as), irmãos e professores, tornam-se alvos de divergências, e, conseqüentemente, eventos estressantes.

Outros autores como Leal (2001) e Fortaleza, Palos e Tapia (1997) também encontraram maior vulnerabilidade feminina às reações interpessoais e aos estressores familiares.

Nesse sentido, programas psicossociais de manejo de stresse em adolescentes devem focalizar nessa vulnerabilidade feminina, trabalhando temáticas como resiliência, padrões saudáveis de comportamentos, habilidades e competências interpessoais, assertividade, auto-conceito, percepção adequada de si e do outro, dentre outras.

Em relação às fases do stresse, a Tabela 06 apresenta sua distribuição por sexo. Nela, pode-se perceber que a maior frequência para os grupos está na fase de quase-exaustão, seguida pela de resistência e pelas outras duas. No sexo masculino, a maior frequência observada foi na fase de quase-exaustão e para o sexo feminino, nas fases de quase-exaustão e de resistência.

**Tabela 06: Frequência e Percentagem das Fases de Stresse em Adolescentes, de acordo com o Sexo (N=54)**

Fases	Alerta		Resistência		Quase-exaustão		Exaustão**	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	4	80	4	57	5	62,5	3	60
Feminino	1	20	3	43	3	37,5	2	40
Total	5	100	7	100	8	100	5	100

Não houve diferenças significativas nas reações do stresse para os adolescentes segundo o tipo de escola, ou seja, pública ou privada. Entretanto, houve diferenças em relação às fases do stresse, constatando-se que as fases de alerta e de resistência diferenciaram os grupos, obtendo-se as maiores médias para os adolescentes das escolas privadas: fase de alerta,  $t = -2,77$ ;  $p < 0,009$  e fase de resistência,  $t = -2,03$ ;  $p < 0,004$ .

#### **5.4. Mensuração da Maturidade Psicossocial**

Neste tópico expõem-se os dados sobre a maturidade psicossocial, mensurada através do Questionário de Relacionamento - Rel-Q (Schultz, Selman & LaRusso, 2003). É uma medida derivada da teoria do desenvolvimento social e tem por objetivo identificar a capacidade de se diferenciar e coordenar as perspectivas sociais de si e do outro como aspecto central para o tratamento de outras pessoas de forma respeitosa e ética.

Tal medida vem sendo utilizada efetivamente para avaliar o crescimento na maturidade psicossocial de crianças e adolescentes, em programas de educação de caráter, de socialização escolar, além da consciência social e habilidades interpessoais significativas e de prevenção à violência. Nesse sentido, demonstra sensibilidade psicométrica para discriminar grupos com comportamentos de risco, entre os sexos e entre classes sociais.

A mesma pode ser aplicada em crianças e adolescentes, do pré-escolar até o décimo segundo ano, o que equivale, no Brasil, ao ensino desde o Ensino Fundamental I até ao Ensino Médio. Ressalta-se que a versão utilizada na presente pesquisa é a auto-aplicável, de múltipla escolha, o que requer das crianças habilidades de leitura.

É composta por 24 itens que compõem cinco subescalas ou dimensões sócio-cognitivas: compreensão das relações interpessoais, tomada de perspectiva, negociação

interpessoal na vida real e hipotética, negociação interpessoal e a consciência do significado pessoal.

Suas respostas em escala Likert de quatro pontos representam níveis teóricos na coordenação de perspectivas sociais, que variam de egocêntrico (Nível 0), unilateral (Nível 1), recíproco (Nível 2) a mútuo (Nível 3).

De acordo com os autores, a forma de análise das respostas do Rel-Q produz as seguintes pontuações: uma pontuação de "melhor resposta", com base na média das melhores respostas das subescalas; uma pontuação de todas as respostas e um índice composto para cada subescala.

A Tabela 07 mostra a Média e Desvio Padrão das Subescalas do Rel-Q, de acordo com o sexo dos participantes da amostra geral (N=157).

Pelos dados auferidos, o sexo feminino obteve as maiores médias em todas as Subescalas do Rel-Q. Testes *t* de Student foram realizados para medidas de comparações entre médias, observando-se que com exceção da subescala de Compreensão Interpessoal, as demais diferenciaram os grupos, em relação ao sexo. Ou seja, meninos e meninas se diferenciam em relação a esses aspectos sociocognitivos.

**Tabela 07: Média e Desvio Padrão para as Subescalas Rel-Q de acordo com o sexo  
(amostra total N=157)**

<b>Fator/Gênero</b>	<b>Masculino (N=65)</b>	<b>Feminino (N=92)</b>
<b>Compreensão Interpessoal</b>		
Melhor Resposta	1,72 (0,50)	1,81 (0,40)
Todas as Respostas	1,86 (0,20)	1,91 (0,17)
Composto	1,79 (0,31)	1,86 (0,25)
<b>Tomada de Perspectiva</b>		
Melhor Resposta	1,86 (0,64)	2,04 (0,65)
Todas as Respostas*	1,98 (0,27)	2,08 (0,26)
Composto*	1,92 (0,41)	2,06 (0,42)
<b>Habilidades Interpessoais Hipotéticas</b>		
Melhor Resposta	2,04 (0,60)	2,16 (0,65)
Todas as Respostas*	2,05 (0,23)	2,14 (0,27)
Composto	2,04 (0,38)	2,15 (0,42)
<b>Habilidades Interpessoais da Vida Real</b>		
Melhor Resposta	1,90 (0,61)	2,06 (0,63)
Todas as Respostas*	2,01 (0,30)	2,14 (0,31)
Composto*	1,95 (0,41)	2,10 (0,41)
<b>Significado interpessoal</b>		
Melhor Resposta	1,77 (0,56)	1,95 (0,48)
Todas as Respostas*	1,85 (0,18)	1,84 (0,20)
Composto	1,81 (0,30)	1,89 (0,30)

Verificando-se as diferenças significativas entre médias nas pontuações das subescalas de acordo com o sexo, houve as seguintes diferenças: na subescala Tomada de Perspectiva, na pontuação de “Todas as Respostas” ( $t = -2,24$ ,  $p < 0,02$ ) e na de “Composto” ( $t = -1,99$ ,  $p < 0,05$ ). Na subescala de Habilidades Interpessoais e Hipotéticas, na pontuação de “Todas as Respostas” ( $t = -2,41$ ,  $p < 0,03$ ), e na de Habilidades Interpessoais na Vida Real na pontuação também em “Todas as Respostas” ( $t = -2,62$ ,  $p < 0,01$ ) e na de “Composto” ( $t = -2,14$ ,  $p < 0,03$ ). Por fim, na Subescala de “Significado Interpessoal”, na pontuação de “Todas as Respostas” ( $t = -2,06$ ,  $p < 0,04$ ).

Comparações entre médias das Subescalas do Rel-Q em função de ser criança ou adolescente, também foram realizadas, observando-se maiores médias para os adolescentes, conforme a Tabela 08 abaixo.

**Tabela 08 - Média e Desvio Padrão das Subescalas do Rel-Q em Crianças e Adolescentes (amostra total N=157)**

<b>Fator/Idade</b>	<b>Criança (N=103)</b>	<b>Adolescente (N=54)</b>
<b>Compreensão Interpessoal</b>		
Melhor Resposta	1,74 (0,47)	1,83 (0,42)
Todas as Respostas	1,87 (0,20)	1,93 (0,17)
Composto	1,80 (0,28)	1,88 (0,25)
<b>Tomada de Perspectiva</b>		
Melhor Resposta*	1,81 (0,66)	2,25 (0,53)
Todas as Respostas*	2,00 (0,28)	2,13 (0,22)
Composto*	1,90 (0,43)	2,19 (0,34)
<b>Habilidades Interpessoais Hipotéticas</b>		
Melhor Resposta*	1,94 (0,65)	2,43 (0,46)
Todas as Respostas*	2,06 (0,26)	2,18 (0,23)
Composto*	2,00 (0,42)	2,30 (0,31)
<b>Habilidades Interpessoais na Vida Real</b>		
Melhor Resposta*	1,85 (0,61)	2,26 (0,57)
Todas as Respostas*	2,04 (0,33)	2,17 (0,25)
Composto*	1,95 (0,41)	2,22 (0,38)
<b>Significado interpessoal</b>		
Melhor Resposta*	1,80 (0,53)	2,01 (0,48)
Todas as Respostas*	1,81 (0,19)	1,90 (0,18)
Composto*	1,81 (0,30)	1,95 (0,28)

Os resultados mostraram novamente que a Subescala “Compreensão Interpessoal” não diferenciou os grupos em nenhuma das pontuações. A Subescala Tomada de Perspectiva mostrou diferenças nas pontuações, “Melhor Resposta” ( $t= -4,50$ ,  $p<0,001$ ) e em “Todas as Respostas” ( $t= -4,54$ ,  $p<0,001$ ).

Na Subescala Habilidades Interpessoais Hipotéticas, as pontuações de “Melhor Resposta” ( $t = -5,39$ ,  $p < 0,001$ ), “Todas as Respostas” ( $t = -2,94$ ,  $p < 0,001$ ) e na de “Composto” ( $t = -5,11$ ,  $p < 0,001$ ) houve diferenças significativas.

Da mesma forma que na Subescala Habilidades Interpessoais na Vida Real todas as pontuações diferiram os grupos: “Melhor Resposta” ( $t = -4,12$ ,  $p < 0,001$ ); “Todas as Respostas” ( $t = -2,69$ ,  $p < 0,008$ ) e em “Composto” ( $t = -4,08$ ,  $p < 0,001$ ).

Igualmente na subescala Significado Interpessoal, todas as pontuações diferiram os grupos “Melhor Resposta” ( $t = -2,40$ ,  $p < 0,018$ ); “Todas as Respostas” ( $t = -2,82$ ,  $p < 0,006$ ) e na de “Composto” ( $t = -2,97$ ,  $p < 0,004$ ).

Os dados apresentados confirmam as idéias de Vayer & Roncin, 1994, segundo os quais o contato com o outro propicia o desenvolvimento e a evolução das diferentes características de personalidade de cada criança e adolescente. “A interpretação dos esquemas de ação, dos comportamentos ou dos meios de expressão transforma o modelo principal, o que influencia em contrapartida aquele ou aqueles que iniciaram a ação ou a expressão”.

Na Tabela 09, a seguir, apresentam-se as comparações das Subescalas do Rel-Q de acordo com o tipo de Escola, se pública ou privada. De acordo com a mesma, maiores médias foram observadas nos participantes da Escola Particular.

Nela, pode-se constatar diferenças significativas nas Subescalas de Compreensão Interpessoal para as pontuações de “Melhor Resposta” ( $t = -3,17$ ,  $p < 0,002$ ); para “Todas as Respostas” ( $t = -3,89$ ,  $p < 0,001$ ) e para a de “Composto” ( $t = -5,45$ ,  $p < 0,001$ ).

Na Subescala de Tomada de Perspectiva, diferenças significativas foram observadas em “Melhor Resposta” ( $t = -5,28$ ,  $p < 0,001$ ), “Todas as Respostas” ( $t = -3,96$ ,  $p < 0,001$ ) e “Composto” ( $t = -5,45$ ,  $p < 0,001$ ).

Por sua vez, na Subescala Habilidades Interpessoais Hipotéticas, as pontuações de “Melhor Resposta” ( $t = -4,48$ ,  $p < 0,001$ ), a de “Todas Respostas” ( $t = -4,91$ ,  $p < 0,001$ ) e a de

“Composto” ( $t = -4,33$ ,  $p < 0,001$ ) mostraram diferenciar os grupos. A Subescala de Habilidades Interpessoais na Vida Real também apresentou diferenciar os grupos em todas as pontuações, “Melhor Resposta” ( $t = -4,33$ ,  $p < 0,001$ ), “Todas as Respostas” ( $t = -4,35$ ,  $p < 0,001$ ) e “Composto” ( $t = -5,13$ ,  $p < 0,001$ ). A Subescala Significado Interpessoal não diferenciou os grupos de escola pública ou privada.

Tais resultados corroboram os de Papalia, Olds e Feldman, 2001, que confirmam, que nas escolas os educadores deparam-se com pequenos conflitos interpessoais e desavenças entre os alunos. As mesmas fazem referência aos benefícios cognitivos, emocionais e sociais das relações de maturidade e referem que a amizade ajuda as crianças e adolescentes.

**Tabela 09 - Média e Desvio Padrão das Subescalas do Rel-Q de acordo com o tipo de Escola (amostra total N=157)**

<b>Fator/Escolas</b>	<b>Pública (N=116)</b>	<b>Particular (N=41)</b>
<b>Compreensão Interpessoal</b>		
Melhor Resposta*	1,70 (0,45)	1,95 (0,41)
Todas as Respostas*	1,85 (0,17)	1,99 (0,20)
Composto*	1,78 (0,26)	1,97 (0,26)
<b>Tomada de Perspectiva</b>		
Melhor Resposta*	1,84 (0,66)	2,33 (0,44)
Todas as Respostas*	2,00 (0,28)	2,16 (0,19)
Composto	1,92 (0,43)	2,25 (0,28)
<b>Habilidades Interpessoais Hipotéticas</b>		
Melhor Resposta*	2,01 (0,66)	2,41 (0,41)
Todas as Respostas*	2,05 (0,26)	2,24 (0,18)
Composto*	2,03 (0,43)	2,32 (0,25)
<b>Habilidades Interpessoais da Vida Real</b>		
Melhor Resposta*	1,87 (0,61)	2,32 (0,54)
Todas as Respostas*	2,02 (0,28)	2,27 (0,32)
Composto*	1,95 (0,40)	2,30 (0,36)
<b>Significado interpessoal</b>		
Melhor Resposta	1,86 (0,52)	1,91 (0,52)
Todas as Respostas	1,85 (0,20)	1,83 (0,17)
Composto	1,85 (0,30)	1,87 (0,31)

Como última análise comparativa do Rel-Q, foram feitas Análises de variância – ANOVAS – das pontuações das suas Subescalas de acordo com as Etapas de Educação Básica no Brasil, que se dividem em: Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II e Ensino Médio, conforme a Tabela 10 abaixo.

**Tabela 10 – Média e Desvio Padrão das Subescalas da Maturidade Psicossocial (Rel-Q) de acordo com as Etapas de Educação Básica no Brasil (amostra total N=157)**

<b>Fator/Idade</b>	<b>Ensino Fundamental I</b>	<b>Ensino Fundamental II</b>	<b>Ensino Médio</b>
<b>Compreensão Interpessoal</b>			
Melhor Resposta*	1,64 (0,49)	1,84 (0,42)	2,02 (0,38)
Todas as Respostas*	1,81 (0,17)	1,95 (0,19)	1,93 (0,17)
Composto*	1,72 (0,27)	1,89 (0,26)	1,97 (0,21)
<b>Tomada de Perspectiva</b>			
Melhor Resposta*	1,70 (0,68)	2,09 (0,57)	2,57 (0,46)
Todas as Respostas*	1,89 (0,29)	2,13 (0,22)	2,25 (0,12)
Composto*	1,80 (0,43)	2,11 (0,33)	2,41 (0,27)
<b>Habilidades Interpessoais hipotéticos</b>			
Melhor Resposta*	1,87 (0,62)	2,24 (0,61)	2,57 (0,35)
Todas as Respostas*	2,01 (0,27)	2,15 (0,23)	2,21 (0,25)
Composto*	1,94 (0,40)	2,20 (0,39)	2,39 (0,26)
<b>Habilidades Interpessoais da Vida Real</b>			
Melhor Resposta*	1,77 (0,61)	2,11 (0,60)	2,32 (0,63)
Todas as Respostas*	1,97 (0,32)	2,15 (0,29)	2,28 (0,28)
Composto*	1,87 (0,41)	2,13 (0,38)	2,30 (0,43)
<b>Significado interpessoal</b>			
Melhor Resposta*	1,78 (0,50)	1,91 (0,55)	2,11 (0,35)
Todas as Respostas	1,80 (0,20)	1,88 (0,19)	1,83 (0,13)
Composto	1,79 (0,27)	1,90 (0,33)	1,97 (0,19)

Como esperado, alunos do Ensino Médio obtiveram as maiores médias em todas as Subescalas do Rel-Q. As comparações entre as médias apontaram que a Subescala

Compreensão Interpessoal diferenciou os grupos em todas as pontuações, a saber: “Melhor Resposta” ( $F= 5,31$ ;  $p<0,006$ ), “Todas as Respostas” ( $F= 8,98$ ;  $p< 0,001$ ) e “Composto” ( $F= 10,98$ ;  $p< 0,001$ ).

Para a “Tomada de Perspectiva”, igualmente as pontuações de “Melhor Resposta” ( $F= 12,46$ ;  $p< 0,001$ ), de “Todas as Respostas” ( $F= 19,76$ ;  $p< 0,001$ ) e a de “Composto” ( $F= 17,61$ ;  $p< 0,001$ ) discriminaram os grupos.

Assim como, para a Subescala de Habilidades Interpessoais Hipotéticas, as pontuações de “Melhor Resposta” ( $F= 9,79$ ;  $p< 0,001$ ), “Todas as Respostas” ( $F= 10,45$ ;  $p< 0,002$ ) e a de “Composto” ( $F= 6,57$ ;  $p< 0,001$ ) apresentaram diferenças significativas.

A Subescala de Habilidades Interpessoais na Vida Real também diferenciou os grupos nas três pontuações: “Melhor Resposta” ( $F= 7,34$ ;  $p< 0,001$ ); “Todas as Respostas” ( $F= 8,72$ ;  $p< 0,001$ ) e na de “Composto” ( $F= 10,12$ ;  $p< 0,001$ ). Na Subescala de Significado Interpessoal, apenas a pontuação de “Melhor Resposta” ( $F= 2,25$ ;  $p< 0,001$ ) diferenciou os grupos.

Isso vai na direção do encontrado por Voyer e Roncin, 1994, em que as interações sociais fixam-se através da busca do outro e das atividades que se realizam em comum e este fato não prevalece apenas na infância e na adolescência, pois são fenômenos essencialmente humanos.

## **5.5. Medidas Correlacionais**

Visando-se atingir o objetivo geral da presente dissertação, foram investigadas associações entre os construtos explorados: Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças e Adolescentes, através dos coeficientes  $r$  de Pearson.

### **5.5.1. Relações entre Ansiedade, e Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças**

Tentando-se inicialmente comprovar a literatura (Minervino, 2004; Lipp & Lucarelli, 2005; Tricoli & Lipp, 2006), foram exploradas correlações entre a Ansiedade e as dimensões da Escala de Stress Infantil – ESI (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlações entre Ansiedade e Stress e com as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Crianças (N=103)

Fatores	Ansiedade	RF	RP	RPCD	RPF	Compreensão Interpessoal	Tomada Perspectiva	Habilidades Interpessoais		Significado Interpessoal
								Hipotéticas	Vida Real	
Ansiedade	1									
RF	,376**	1								
RP	,627**	,651**	1							
RPCD	,165	,371**	,437**	1						
RPF	,252*	,497**	,587**	,470**	1					
Compreensão interpessoal	-,021	-,166	-,109	-,116	-,175	1				
Tomada perspectiva	,832	,095	,277	,246	,079		1			
Habilidades interpessoais hipotéticas	,062	-,128	-,101	-,219*	-,167	,334**		1		
Habilidades Interpessoais na Vida Real	,532	,201	,313	,027	,093	,001				
Significado Interpessoal	,044	-,217*	-,154	-,199*	-,235*	,320**	,546**	1		
Habilidades Interpessoais na Vida Real	,659	,028	,123	,045	,017	,001	,000			
Significado Interpessoal	-,013	-,217*	-,161	-,274**	-,315**	,249*	,398**	,450**	1	
Habilidades Interpessoais na Vida Real	,895	,029	,106	,005	,001	,011	,000	,000		
Significado Interpessoal	,013	-,096	-,144	-,168	-,182	,281**	,235*	,157	,322**	1
Habilidades Interpessoais na Vida Real	,896	,338	,151	,094	,068	,004	,017	,114	,001	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Conforme a Tabela 11, a ansiedade correlacionou-se com três dos quatro fatores ou reações do stresse: fisiológicas ( $r = 0,83$ ;  $p < 0,001$ ); psicológicas ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,001$ ) e psicofisiológicas. Todavia, a ansiedade não se correlacionou com nenhuma das subescalas da maturidade psicossocial, fato que, a princípio, desconfirma a hipótese de que haveriam relações entre a ansiedade e a maturidade psicossocial.

O Stresse se correlacionou de forma negativa e fraca com quatro dos cinco fatores ou subescalas da maturidade psicossocial. As Reações Físicas se correlacionaram negativamente com a subescala Habilidades Interpessoais Hipotéticas ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,03$ ); e com as Habilidades Interpessoais da Vida Real ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,03$ ). As Reações Psicológicas com componente depressivo correlacionaram-se negativamente com a Subescala Tomada de Perspectiva ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,03$ ); com a de Habilidades Hipotéticas ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ) e com a de Habilidades Interpessoais da Vida Real ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,005$ ).

De fato, esse resultado ratifica a literatura (Schultz, Selman e LaRusso, 2003), que considera que crianças e adolescentes socialmente competentes, frente a conflitos interpessoais, exibem lacunas entre a compreensão e a ação. No presente caso, quanto maior a reação do stresse, menor a competência para habilidades interpessoais hipotéticas.

As Reações Psicofisiológicas do Stresse correlacionaram-se com as Subescalas de Habilidades Interpessoais Hipotéticas ( $r = -0,024$ ;  $p < 0,01$ ), e com a de Habilidades Interpessoais da Vida Real ( $r = -0,32$ ;  $p < 0,01$ ).

As Reações Cognitivas do Stresse e a Subescala Significado Interpessoal não se correlacionaram com nenhuma variável das duas escalas: da ESI e do Rel-Q.

### **5.5.2. Relações entre a Ansiedade e o Stresse com as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Adolescentes.**

Corroborando a literatura, a ansiedade se correlacionou positivamente com forças medianas e altas com: Reações Psicológicas ( $r = 0,83$ ;  $p < 0,001$ ); Reações Cognitivas ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,05$ ); Reações Fisiológicas ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ) e com Reações Interpessoais ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 12: Correlações entre Ansiedade e Reações de Stresse com as Subescalas da Maturidade Psicossocial em Adolescentes (N=54)**

Fatores	Ansiedade	Psicológico	Cognitivo	Fisiológico	Interpessoal	Compreensão Interpessoal	Tomada Perspectiva	Habilidades Interpessoais Hipotéticas	Habilidades Interpessoais na Vida Real	Significado Interpessoal
Ansiedade	1									
Psiológico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,830** 1								
Cognitivo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,381** ,005	,606** ,000	1						
Fisiológico	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,599** ,000	,618** ,000	,415** ,002	1					
Interpessoal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,617** ,000	,595** ,000	,383** ,005	,296* ,032	1				
Compreensão Interpessoal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,022 ,875	,108 ,443	-,030 ,833	,069 ,624	-,075 ,596	1			
Tomada Perspectiva	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,130 ,350	-,179 ,199	-,176 ,208	-,061 ,662	-,029 ,838	,087 ,534	1		
Habilidades Interpessoais Hipotéticas	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,282* ,039	-,213 ,126	-,118 ,401	-,114 ,415	-,153 ,275	-,508** ,000	1		
Habilidades Interpessoais na Vida Real	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,108 ,436	,238 ,086	,107 ,447	,112 ,425	-,060 ,668	,356** ,008	,343* 1		
Significado Interpessoal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,071 ,612	,072 ,607	,184 ,187	,051 ,719	,118 ,398	,000 ,999	,229 ,097	,069 ,620	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlacionando-se a ansiedade com as subescalas da maturidade psicossocial em adolescentes, apenas a Subescala Habilidades Interpessoais Hipotéticas foi significativa ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,04$ ).

Entre as Reações do Stresse e as Subescalas da Maturidade Psicossocial, os resultados mostraram que as mesmas não se relacionam. Correlações significativas foram observadas tanto entre as reações do stresse quanto entre as subescalas da Maturidade Psicossocial, conforme pode ser verificado na Tabela 12.

De forma geral, os dados demonstram que, para os adolescentes desta amostra, quanto maior a ansiedade, maiores são as reações de stresse, sobretudo as psicológicas e as fisiológicas, e *vice versa*.

Como visto anteriormente, reações psicossomáticas decorrentes da ansiedade e do stresse em adolescentes podem ter origens multideterminadas, a exemplo de modelos paternos autoritários e de baixa negociação com os filhos, dificuldades socioeconômicas dos pais como perda de emprego, baixo desempenho acadêmico, relacionamento conflitante com namorados (as), entre os pares, perdas de pessoas significativas, dentre outras.

De forma inesperada, tendo em conta a literatura, e contrariamente às análises de correlação do stresse com a maturidade psicossocial em crianças, nos adolescentes as variáveis não se correlacionaram, requerendo maiores estudos, tanto para as possíveis explicações teóricas quanto para as explicações advindas dos aspectos psicométricos, ou das características amostrais.

Entre as subescalas do Rel-Q, as seguintes correlações foram observadas: Compreensão Interpessoal e Habilidades Interpessoais na Vida Real ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,016$ ); entre Habilidades Interpessoais na Vida Real e Tomada de Perspectiva ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,008$ ); entre Habilidades Interpessoais Hipotéticas e Tomada de Perspectiva ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ );

entre Habilidades Interpessoais na Vida Real e Habilidades Interpessoais Hipotéticas ( $r=0,34, p<0,011$ ).

## **CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

---

Nesta oportunidade abordam-se as principais contribuições do estudo realizado, suas limitações e suas possíveis aplicações, inclusive suas direções futuras.

O estudo da maturidade psicossocial tem sido alvo de interesse de diversos pesquisadores e teóricos da Psicologia, em geral, e, especificamente, da psicologia clínica, a exemplo da psicanálise e do behaviorismo; do desenvolvimento humano, da psicologia cognitiva e social e também da psicologia positiva, que a percebe como uma variável protetora da saúde física e mental dos indivíduos.

Contudo, apesar do número considerável de investigações, poucos estudos vêm conjuntamente pesquisando-a com outros construtos de natureza cognitiva, afetiva, social e cultural. Ademais, no Brasil, o campo da maturidade psicossocial, ainda requer aprofundamentos, sobretudo na questão da construção e validação de instrumentos.

Sabe-se que, frente aos crescentes episódios de violência em casa, nas escolas, bem como aos riscos a que as crianças e jovens estão expostos, em termos de drogas, brigas entre gangues e atos desumanos para com os adultos, a comunidade científica vem procurando a causalidade e/ou relações entre os mesmos, incluindo-se aí as explicações voltadas à moralidade, às patologias mentais, à desestruturação familiar, às ansiedades do dia-a-dia e ao chamado stresse da vida pós-moderna.

Norteadas por esses aspectos, a presente dissertação objetivou relacionar a ansiedade, o stresse e a maturidade psicossocial em 157 estudantes, entre crianças e adolescentes de escolas do ensino público e privado na cidade de João Pessoa – PB.

Os resultados, de um modo geral, revelaram que, face aos objetivos propostos, as expectativas foram parcialmente atingidas, uma vez que se esperaria, tanto em crianças quanto nos adolescentes, que houvesse correlações significativas entre os construtos. Isso de fato ficou evidenciado entre a ansiedade e o stresse nos dois grupos amostrais, crianças e adolescentes. Todavia, não foram encontradas relações na amostra de crianças entre

ansiedade e as subescalas da Maturidade Infantil, assim como na amostra de adolescentes, as reações do stresse não se correlacionaram com as subescalas da maturidade psicossocial.

Correlações fracas e negativas foram observadas na amostra infantil entre as reações do stresse e as subescalas da maturidade psicossocial, fato que corrobora a literatura, que afirma que conflitos ou situações adversas podem favorecer lacunas nas Habilidades Interpessoais, quer dizer, nas relações sociais.

Levando-se em consideração a natureza das variáveis, tal resultado está de acordo com as expectativas, pois considera-se que relações entre variáveis cognitivas-sociais vão ser encontradas, em grande parte dos estudos, de medianas a fracas, ou baixas.

Como esperado, os resultados a nível da maturidade psicossocial, segundo a etapa de vida, as etapas da Educação Básica e o tipo de escola, se pública ou privada, diferenciaram os grupos de alunos. Ou seja, os alunos adolescentes, da escola privada e do Ensino Médio obtiveram as médias mais altas, respondendo ao esperado através da pesquisa da literatura, e apoiando a validade das propriedades de desenvolvimento da escala utilizada para a mensuração da maturidade psicossocial, o Rel-Q (Schultz, Selman & LaRusso, 2003). Com efeito, esperava-se que os alunos mais velhos e a frequentar um tipo de ensino considerado mais estimulante apresentassem melhores resultados em termos de maturidade psicossocial.

Outro dado encontrado é que o sexo feminino, tanto crianças quanto adolescentes, também teve as maiores médias em algumas subescalas da maturidade psicossocial (ver Tabela 7), demonstrando que as raparigas podem ter uma tendência maiores níveis de maturidade psicossocial. Será interessante perceber, em estudos futuros, se estas diferenças se deverão a diferenças de carácter biológico e neurológico, associadas às diferenças de género hormonais e cerebrais, ou de carácter educativo, sendo muitas vezes diferenciada a educação dirigida a um e outro sexo.

Resultado relevante e preocupante encontrado diz respeito ao percentual de crianças com características de stresse e já com sintomatologias clínicas, refletindo, possivelmente, as realidades sociais de cada uma dessas crianças, realidades que produzem exclusões e violações da saúde biopsicossocial das mesmas. Bem significativo também foi o índice de crianças que se enquadraram na chamada fobia escolar. Dado este que deverá ser aprofundado em estudos futuros, quem sabe, no doutoramento da presente pesquisadora.

Em termos de limitações da pesquisa, o fato dos grupos amostrais não terem sido homogêneos, constituído-se, em sua maioria, por crianças, foi considerado uma limitação, pois impossibilita que os resultados aqui encontrados sejam muito dificilmente generalizados para a população de adolescentes, sobretudo os do Ensino Médio.

Ainda a respeito da acessibilidade à amostra pretendida, vale a pena referir que a pesquisadora teve muita dificuldade para encontrar uma escola privada que permitisse a realização da pesquisa. O argumento dado pelos dirigentes era o de que “não havia tempo disponível para a aplicação”.

Acerca dos instrumentos utilizados, recomenda-se que novos estudos, com amostras mais extensas e representativas, verifiquem se a estrutura psicométrica do instrumento aqui aplicado da Maturidade Psicossocial – Rel-Q é adequada, objetivando-se constatar a estrutura multifatorial e seu número de fatores, subescalas. Tal sugestão possibilita não apenas a verificação da consistência dos fatores, mas também a validade preditiva e a estabilidade temporal do instrumento (teste-reteste).

Como implicações ou aplicações práticas desta pesquisa, a mesma forneceu evidências de que há necessidade de que trabalhos multidisciplinares sejam planejados e executados nessas escolas e, com certeza, em escolas semelhantes, voltados à redução do stresse e da sintomatologia de ansiedade nas crianças e adolescentes, possibilitando também, tendo em conta algumas das relações que encontramos, a redução de violências e o aumento

de competências e habilidades interpessoais, assim como de estratégias de negociação social mais efetivas na escola e na família.

Portanto, pretende-se chamar a atenção para o fato de que os educadores, de forma geral, pais, professores e profissionais de saúde devem criar cenários mais positivos ou adequados para o desenvolvimento da maturidade psicossocial de crianças e adolescentes, educando-os de forma consciente e maneira ética para cuidar de si e do outro saudavelmente.

Pelo que foi exposto ao longo de toda a fundamentação teórica, uma educação equilibrada em casa e na escola pode formar pessoas melhores, que saibam lidar com problemas, o que pode se refletir em melhoria da dimensão social.

Apesar de, conforme a literatura consultada, os Transtornos de Ansiedade na criança e no adolescente serem os que apresentam maior importância em termos de prevalência dentro da psicopatologia infantil, afetando cerca de 10% das crianças (Barbosa, Gaião e Barbosa e Gouveia, 2001; Lipp, 2005), nesta pesquisa os resultados em relação à ansiedade não parecem preocupantes. No entanto, o mesmo já não se poderá dizer em relação aos nossos dados, mais inquietantes, sobre fobia escolar, a investigar futuramente, e aos dados sobre o stress e sua relação com a ansiedade. Uma vez que a literatura aponta para uma aproximação muito crescente entre o stress, a ansiedade e a depressão, não sendo raro crianças e adolescentes apresentarem Transtornos de Conduta, a exemplo de conduta desafiante, hiperatividade e déficit de atenção e, quando maiores, o abuso do álcool e de drogas, interessará futuramente aprofundar, através da utilização de outros instrumentos e estratégias, os resultados da presente pesquisa.

Na revisão da bibliografia, foi visto também que, para a Depressão, os fatores estressantes seriam, a priori, quase que os mesmos dos Transtornos de Ansiedade. Acerca desses transtornos, os mesmos são mais frequentes na infância com escassas variações da idade, afetando mais meninas que meninos e as classes sociais menos favorecidas. Na

adolescência, a Ansiedade também é mais frequente no sexo feminino e associada a queixas somáticas, abuso sexual, drogas e baixo rendimento escolar. É de salientar que na presente pesquisa também se registam quer a relação entre stresse e ansiedade, quer, em geral, os resultados mais preocupantes para o sexo feminino nestes aspetos.

Verificando que o stresse foi mais prevalente nas crianças, sugere-se um aprofundamento do estudo deste dado, pois, apesar de fracas, existem, no grupo das crianças, relações negativas com quatro dos cinco aspetos da maturidade psicossocial. Para além das relações que foram encontradas com a ansiedade, caberá, então, estudar outros fatores associados ao aparecimento de stresse, particularmente na infância.

Ainda, devem ser estudadas outras variáveis, além da ansiedade, que não revelou níveis muito preocupantes nesta pesquisa, mas que se correlacionou positivamente com os diferentes aspetos de stresse, variáveis essas que possam ser mais relevantes para a maturidade psicossocial, como, por exemplo, os estilos parentais, a resiliência, a assertividade e a auto-estima.

A partir da constatação da correlação entre stresse e ansiedade (nas crianças e adolescentes) e, ainda, da relação entre stresse e maturidade psicossocial (nas crianças), sugere-se que as intervenções preventivas deveriam ressaltar a questão do significado da ansiedade, do stresse e da maturidade psicossocial como suporte pedagógico junto à população, ou seja, investir na formação continuada dos educadores sobre a temática. O conhecimento da temática, envolvendo pais e profissionais da saúde, poderá modificar a vida de muitas crianças e adolescentes com características de ansiedade e stresse.

Mas, como se efetivar uma intervenção junto aos adolescentes dessas escolas que não possuem tempo? Palestras, vídeos educativos ou cartilhas, resolveriam essa questão? Neste sentido, fica o desafio para trabalhos futuros cujo objetivo geral seja o de aprofundar a forma de intervir junto aos adolescentes dessas escolas.

Uma sugestão interessante seria que fossem planejados espaços e materiais adequados para programas preventivos nas escolas. Tais programas deveriam estar incluídos nos projetos pedagógicos das escolas, que não devem ter por objetivo apenas a intelectualidade das crianças e adolescentes para passarem de ano e no ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio, mas antes devem assumir como prioridade cuidar dos indivíduos de forma integral, ou seja, biopsicossocial e cultural.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

---

- Abramovy, M. & Rua, M. G. (2002). *Violências nas Escolas*. Brasília: UNESCO.
- Albertani, H. M. B. (2003). *Diferentes relações com as drogas: abordagem com o adolescente*. São Paulo. Disponível em: World Wide Web: [http://50anosbsb.unb.br/SENAD/aula\\_5.pdf](http://50anosbsb.unb.br/SENAD/aula_5.pdf) Acesso em: 16 mar.2013.
- Alcino, A. B. (1996). *Stress social e reatividade cardiovascular infantil: Um estudo Psicofisiológico*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCC.
- Andrade, L. H. & Gorestain, A. G. (2009). *Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade*. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>. Acesso em: 16 mar. 2013.
- Arantes, M. A. A. C. & Vieira, J. F. (2002). *Stresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, U. F. (1998). *O sentimento de vergonha como regulador moral*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Arford, B.A. & Beck, A.T. (1997). *The integrative Power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-300005&script=sci\\_pdf&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-300005&script=sci_pdf&tlng=pt). Acesso em:12 abr. 2012.
- Bacarro, A. (1997). *Vencendo o stress: Como detectá-lo e superá-lo*. Petrópolis: Vozes.
- Barbosa, A. A. G. & Barbosa, G. A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia Infantil*. João Pessoa: Idéia.
- Barros, A. L. B. L. et al. (2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiros: estudo preliminar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. V.11. N.5. Ribeirão Preto. Acesso em: 12 fev.2013.
- Bataglia, P. U. R. (2010). *A Validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para Diferentes Culturas: O Caso Brasileiro*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, N.1, V.23, pp. 83-91.
- Bataglia, P. U. R., Morais, A., & Lepre, R. M. (2010). *A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e*

- competência moral em uso no Brasil. Estudos de psicologia. (Natal)* [online]., vol.15, n.1, pp. 25-32. ISSN 1413-294X. Acesso em: 12 fev. 2013.
- Batista, M. A. & Oliveira, S. M. da S. S.(2005). *Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes*. Psic vol.6 n.2 São Paulo. Disponível em: World Wide Web: E:\Nova pas\Psic revista da Vetor Editora - Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes-b.mht. Acesso em: 12 fev. 2013.
- Beck, A. T. (1990). *Beck anxiety inventory*. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
- Biaggio, M., Paget, T. L., & Chenoweth, M. S. (1997). A model for ethical management of faculty – student dual relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 184 – 189.
- Biaggio, A.; Natalicio, L. F. & Spielberger, C. D. (1977) – *Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do IDATE*. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada 29: 33-44.
- Bignotto, M. M. (1997). *Stress e suas fontes na ontogênese da obesidade infantil*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCC.
- Borges, A. I., Manso, D. S. & Tome, G. et al. (2008). *Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e gênero*. Aná. Psicológica. [online]. vol.26, n.4 [citado 11 Setembro 2009], p.551-561. Disponível em: World Wide Web: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312008000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000400002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0870-8231. Acesso em: 12 set. 2013.
- Brambilla, L. H. & Julio, A. A. (1999). *Percepção do professor sobre o processo de alfabetização: estudos de psicologia*.
- Branco, A. U. (2001). Desenvolvimento Moral: Considerações Teóricas a Partir de uma Abordagem Sociocultural Construtivista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2, pp. 169-176. ISSN 0102-7972. Acesso em: 12 set. 2013.
- Brock, A., Dodds, S., Jarvis, P. & Olusoga, Y. (2011). *Brincar - aprendizagem para a vida*. São Paulo: Artmed Editora.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by Nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Carlo, G. & Koller, S. H. (1998) *Desenvolvimento Moral Pró-Social em Crianças e Adolescentes: Conceitos, Metodologias e Pesquisas no Brasil*. Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago 1998, Vol. 14 n. 2, pp. 161-172 <http://www.red.unb.br/index.php/psic/article/viewFile/5096/4273>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- Carvalho, A. M. P.; Netto, J. R. da C. & Bugliani, M. A. P. et al. (2001). *Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos*. Paidéia (Ribeirão Preto) vol.11 no.20 Ribeirão Preto. Disponível em: World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 fev. 2013.
- Castilo, A. R. G. L. et al. (2000). *Transtornos de ansiedade*. Rev. Bras. Psiq. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151&script=sci\\_pdf&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151&script=sci_pdf&tlng=en). Acesso em: 25 abr. 2013.
- Castro Neto, A. (2005). Vida Integral. *Doença Começa Cedo..* Disponível em: <<http://www.vidaintegral.com.br/noticias.php?noticiaid=382>>. Acesso em: 15 nov 2013.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). *Bowlby's dream comes full circle: Application of attachment theory to risk and psychopathology*. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-74). New York: Plenum Press.
- Del Prette, Z. A.P et al. (2006). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eisenberg, N. (1996). Caught in a narrow kantian perception of prosocial development: Reactions to Campbell and Christopher's critique of moral development. *Development Review*, [online] 16(1), pp. 48-68. Acesso em: 15 mar. 2013.
- Elkind, D. (1982). *O Direito de Ser Criança*. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro.
- Erikson, E. H. (1971). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fachada, O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.

- Faria, L. (2005). *Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes*. Aná. Psicológica [online]. vol.23, n.4, pp. 361-371. ISSN 0870-8231. Acesso em: 15 mar. 2013.
- Ferreira, A. B. H. (2005). *Mini Aurélio*. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro.
- Filgueiras, J. C. & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de stresse. *Psicologia ciência e profissão*, abr. vol 19, no. 3.
- Flavell, H. J. (2001) *Psicologia do Desenvolvimento de Jean Piaget*. São Paulo: Pioneira.
- França, A. C. L & Rodrigues, A. L. (1999). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- Franca, C. A. (2001). *Stress infantil: avaliação dos principais sintomas em crianças em idade escolar*. João Pessoa. 107f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.
- Franca, C. A. & Leal, E.Q (2003). A influência do stress excessivo no desenvolvimento da criança. In Mn. LIPP (org). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freitas, L. B. L. (2002). *Piaget e a consciência moral: um kantismo evolutivo?* Psicol. Reflex. Crit. [online], vol.15, n.2, pp. 303-308. ISSN 0102-7972. Acesso em: 25 mai. 2013.
- Galvão, I. (1999). Wallon e a criança, esta pessoa abrangente. *Revista Criança*. Ministério da Educação. P. 3-7. dez. São Paulo.
- Gardner, J. & Bell, A. (2001). *Superando a Ansiedade, o Pânico e a Depressão: novas maneiras de recuperar a autoconfiança*. São Paulo: Madras.
- Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, M. A. S. (2004). Identidade do eu, consciência moral e estágios do desenvolvimento: perspectivas para a educação. *Psicologia e Educação*. 19, pp. 73-89. ISSN 1414-6975.
- Grünspun, H. (1980). *Distúrbios Psicossomáticos da Criança: O corpo que chora*. São Paulo: Atheneu.

- Hart, K. J. & Morgan, J.R. (1993). *Cognitive behavioral procedures with children: Historical context and current status*.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). *The social readjustment rating scale: Journal of psychosomatic research*.
- Horta, R. L.; Horta B. L. & Pinheiro R. T. (2006) *Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco*. J Bras Psiquiatr, 55(4): 268-272, 2006. Disponível em: World Wide Web: [http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\\_55\\_4\\_\(268-273\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP_55_4_(268-273).pdf). Acesso em: 25 mai. 2013.
- Isolan, L. et al. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev. Psiq. Clín.* 34 (3); 125-132.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago press.
- Jatoba, J. D'Arc V. N. & Bastos, O. *Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas*. J. bras. psiquiatr. [online]. 2007, vol.56, n.3, pp. 171-179. ISSN 0047-2085. Acesso em: 12 fev. 2013.
- Kaplan, H. I. et al. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª Edição, Porto Alegre: Artes Medicas.
- Kendall, P. C. et al. (2008). Crianças e Adolescentes com Transtorno de Ansiedade. In: KNAPP, P. et al. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavior play therapy*. Northvale, Nj: Jason Aronson.
- Kohlberg, L. & Candee, D. (1984). *The relationship of moral judgment to moral action*. In W. Kurtines & J. Gewirtz (Eds.), *Morality, moral behavior, and moral development*, pp. 52-73. New York: Wiley.
- Kohlberg, L. (1981) Essay on moral development. Vol 1: *The philosophy of moral development*. New York: Haper & Row.
- Kohlberg, L. (1984). Essays on moral development. Vol 2: *The psychology of moral development: Moral stages, their nature and validation*. New York: Haper & Row.
- La Taille, Y. de. (2000). *Para um estudo psicológico das virtudes morais*. *Educação e Pesquisa*. [online] 26(2), pp. 109-121. ISSN: 1517-9702. Acesso em: 25 mai. 2013.

- Lewis, M; Batista, D.; Costa, S. & Irineo, C. S O. (1995). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lipp, E. M.N. & Lucarelli, M.D.M (1998). *Escala de Stress Infantil (ESI)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N.; Arantes, J. P.; Buriti, M. DO S. & Witzig, T. (2002). *O Estresse em Escolares Psicologia Escolar e Educacional, Volume 6 Número 1 51-56*.
- Lipp, M. E.; Novaes, L. E. (1996). *O stress*. São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. N. (2004). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. 3. ed. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. N. & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e o seu tratamento. In: Rangé, Bernard (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. N. & Malagris, L. N. (1995). Manejo do estresse. In: RANGÉ, Bernard (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas/São Paulo: Workshopsy.
- Lipp, M. N. & Novaes, L E. (2000). *Stress: conhecer e enfrentar*. São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. N.; Romano, A. S. P. F.& Covolan, M. A. (1998). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone.
- Lipp, M.N; Romano,A.S.F. (1987). *O stress infantil. Estudos de Psicologia*.
- Lipp, M. N. (2004). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. 3. ed. Campinas: Papyrus.
- Lourenço, O.M. (2006). *Psicologia de Desenvolvimento Moral: Teoria, Dados e Implicações*. Coimbra: Editora Almedina.
- Lourenço, O. M. (2002) *Psicologia do Desenvolvimento Moral*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Lucarelli, M. D. M. (2004). O diagnóstico do stress infantil. In: Lipp, Marilda (Org.). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas: Papyrus.
- Lucarelli, M. D. M. (1998). *Inventário de Sintomas de Stress Infantil (ISS-I): Um estudo de validação*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCC.
- Luiz, A. M. A. G.; Gorayeb, R.; Liberatore Junior, R. D. R. & Domingos, N. A. M. (2005). *Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas*. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 371-375. ISSN 1413-294X. Acesso em: 12 fev. 2013.
- Maia, C. R. M. & Rohde, L. A. (2007). *Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática*. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(1):72-9 Disponível em: World Wide Web: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n1/a18v29n1.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- Malagris, L. E. N. (2006). O professor, o aluno com distúrbios de conduta e o stress. In: Lipp, Marilda. *O stress do professor*. São Paulo: Papyrus.
- Margis et al. (2003). Relação entre estressores. *R. Psiquiatr. RS*, 25(suplemento 1): 65-74.
- Massei, A. C. & Yoshida, E. M. P. (2009). *Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Relacionamento Central 6.0 (CRQ 6.0) em portadores de HIV/Aids*. *Psicologia: Teoria e Prática*, N.2, V.11, pp. 83-96. Acesso em: 25 mai. 2013.
- Molina, F. O. (1996). *Stress no cotidiano*. São Paulo: Pancast.
- Mussen, P., Conger, J. & Jerome, K. (1977). *Desenvolvimento e Personalidade da criança*. São Paulo.
- Negrine, A. (1994). *Aprendizagem e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: PRODIL.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil; abordagem de Mussen / Nora Newcombe*. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Oliveira, C. R. (2001). O conhecimento social da criança e a educação infantil. In: Roman, Eurilda Dias, Steyer, Vivian Edite (Orgs.). *A criança de 0 a 6 anos e a educação infantil: um retrato multifacetado*. Canoas: Ulbra.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman (2001). *O mundo da criança*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

- Pasquali, L. (2009). *Psicometria. Revista Escola Enfermagem USP*. V. 43 (Esp), pp. 992-999.
- Pavarino, M. G., Prette, Almir D, & Prette, Z. A. P. D. (2005). *O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 2, pp. 127-134.  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1382/1082>.  
Acesso em: 10 abr. 2013.
- Pechorro, P., Diniz, A. Almeida, S. & Vieira, R. (2009) *Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual. Feminino (FSFI). Laboratorio de Psicologia*. N. 1, V. 7, pp. 33-44.
- Pereira, M.I.W. (1996). *Dor Abdominal e Stress Infantil*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCC.
- Pernambuco, M. C. A. (2004). *Ansiedade na Infância*. In: ASSUNÇÃO JR. *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Santos.
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus Editorial. (Original publicado em 1932).
- Piaget, J. (1998). *A psicologia da criança*. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Pooli, J. P. (2001). Quando “um outro” se torna “muitos outros”: da família à escola, a complexidade da descoberta do mundo social. In: Roman, Eurilda Dias, Steyer, Vivian Edite (Orgs.). *A criança de 0 a 6 anos e a educação infantil: um retrato multifacetado*. Canoas: Ulbra.
- Queiroz, S.S., Ronchi, J. & Suemi Tokumaru, R. (2009). Constituição das regras e o desenvolvimento moral na teoria de piaget: uma reflexão. *Kantiana. Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 69-75.
- Rabello, E.T. & Passos, J.S. (2007). *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 15 de outubro de 2007. Acesso em: 10 jun. 2013.
- Rangé, B, P; Borba, A. G. (2008). *Vencendo o Pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno do pânico e agorafobia*. Rio de janeiro: Cognitiva.

- Rangé, B. (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial psy II.
- Rappaport, R. C. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento*. Vol. 1 São Paulo: E.P.U., 74p.
- Rique, J. & Camino, C. P. S. (2010). O Perdão Interpessoal em Relação a Variáveis Psicossociais e Demográficas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, N. 3, V. 23, pp. 525-532.
- Rivier, B. (1983). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Lisboa: Editorial Aster.
- Rotter, J. B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York: Praeger.
- Ruiz, M. J. F. (2003). Reflexões sobre a Moralidade Infantil. *Revista Iberoamericana de Educación*, [online] Brasil, v.10, n 33, pp. 1-20.
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Selman, R. L. (1980) *The growth of interpersonal understanding: Developmental understanding*. Nova Iorque, EUA, Series Editor.
- Selman, R. L.. (1989). *El desarrollo socio-cognitivo. Una guía para a practica educativa y clinica*, in Elliot Turiel, Ileana Enesco y Jostxu Linaza (compilación) *El mundo social en la mente infantil*. Madri, Esp., Alianza Editorial.
- Selman, R. L.; Schultz, L.H. & LaRusso, M. D. (2003). The Assessment of Psychosocial Maturity in Children and Adolescents. Implications for the Evaluation of School-based Character Education Programs. *Journal of Research in Character Education* V. 1 N. 2, pp 67-87.
- Selye, H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ed. Ibrasa, 1965.
- Silveira de Queiroz, S., Ronchi, J. & Suemi Tokumaru, R. (2009). Constituição das regras e o desenvolvimento moral na teoria de piaget: uma reflexão Kantiana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 69-75.
- Souza, J. & Cols. (2005). Maturidade Emocional e Avaliação Comportamental de Crianças Filhas de Alcoolistas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, N. 2, V. 10, pp. 191-199.

- Souza, L. L., & Vasconcelos, M. S (2009). Juízo e ação moral: desafios teóricos em psicologia. *Psicologia & Sociedade*. [online]., vol.21, n.3, pp. 343-352. ISSN 0102-7182. Acesso em: 10 jun. 2013.
- Souza, C. R. & Baptista, C. P. (2001). Terapia Cognitivo-comportamental com crianças. In: RANGÉ, Bernardo (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. (cap. 32).
- Sposito, M. P. & Carrano, P. C. R. (2003). Juventude e Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*.
- Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1999). *Psicologia Educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: artes médicas.
- Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Townsend, M. C. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidado*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tricoli, V. A. C. (1997). *Stress e aproveitamento escolar em crianças do primeiro grau: sintomas e fontes*. Dissertação de Mestrado Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Tricoli, V. A. C. (2004). *A criança e a escola*. In: Lipp, Marilda (Org.). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas: Papyrus.
- Tricoli, V. A. C. & Lipp, M. E. N. *Escala de Stress para Adolescentes: ESA: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Ulrich, K. (2005). Stress e Ansiedade. *Revista Mente e Cérebro*, São Paulo, n.7, p.22-29.
- Ursin, H. & Ollf, M. (1993). *The stress response*. In: Stanford, S; Clare-Salmon, P. *Stress: from synapse to syndrome*. San Diego: Academic Press.
- Valente, N. L. M.; Fiks, J. P.; Vallada, H. & Mello, M. F. (2008) Evolucionismo e genética do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. psiquiatra. Rio Gd. Sul [online]*., vol.30, n.1, suppl., pp. 0-0. ISSN 0101-8108. Acesso em: 30 mar.2013.

- Vasconcelos, A. S; Costa, C; Barbosa, L. N. F. do. (2008). Transtorno de Ansiedade ao Câncer. *Rev, SBPH*.V.11. n.2. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=S1516-08582008000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=S1516-08582008000200006&script=sci_arttext). Acesso em: 30 mar.2013.
- Vayer, P. & Roncin, C. (1994). *Psicologia atual e desenvolvimento da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson)*. RV Productions. ISBN 972-9027-12-9.
- Vilela, M. V. (1996). Sintomas e fontes de stress em escolares de 1ª a 4ª séries. Em Marilda E. N. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papyrus, 255-274.
- Wadsworth, H. (1979). Interpersonal Relationships in the Physiotherapy Clinical Setting. *The Australian Journal of Physiotherapy*. N. 5, V. 25, pp.191-198.
- Wainer, R; Pergher, G.K. & Piccotto, N.M. (2003). Terapia Cognitivo-Comportamental das depressões. In: Caminha, R. M.; Wainer, R.; Oliveira, M.; Piccotto, N.M. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.61-86.
- Weiss, D. (1991). *Administre o stress*. São Paulo: Nobel.
- Wolff, S. (1981) *Children Under Stress*. NY.: Penguin Books.
- Zular, A. (2000). *Sucesso sem estresse*. São Paulo: Best Seller.

**ANEXOS**

---

---

**Anexo 1****TERMO DE ANUÊNCIA**

Escola Munic. de E.F. Dr. José Novaes  
Av. Santos Estanislau, 322  
B. dos Novaes - Fone: (53) 3218-9394

A Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. José Novaes está de acordo com a execução do projeto **Relações entre Ansiedade e Estresse com a Maturidade Psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de João Pessoa - PB**, coordenado pela pesquisadora Alexmara de Barros Medeiros, do Centro Universitário de João Pessoa - Unipê, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 196/96 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 23 de Abril de 2013.

*Fernando Guimarães de Menezes*

Fernando G. de Menezes

Dir. Adjunto 04.01.12.101.2

Fernando Menezes Guimarães

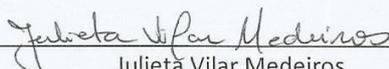
Diretor Adjunto da Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. José Novaes

## TERMO DE ANUÊNCIA

A **Escola Municipal de Ensino Fundamental Governador Leonel Brisola** está de acordo com a execução do projeto **Relações entre Ansiedade e Estresse com a Maturidade Psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de João Pessoa - PB**, coordenado pela pesquisadora Alexmara de Barros Medeiros, do Centro Universitário de João Pessoa - Unipê, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 196/96 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 23 de Abril de 2013.



Julieta Vilar Medeiros

Diretora Adjunta da Escola Municipal de Ensino Fundamental Governador Leonel Brizola

**Julieta Vilar Medeiros**  
**Diretora Adjunta**  
**Matrícula 54.479-5**

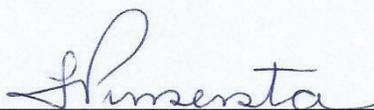
**Escola Municipal Gov. Leonel Brizola**  
Rua Maria Caetano Fernandes de Lima, 488  
Tambauzinho - CEP 58042-050  
João Pessoa - Paraíba

## TERMO DE ANUÊNCIA

A empresa Kairós Colégio está de acordo com a execução do projeto **Relações entre Ansiedade e Estresse com a Maturidade Psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de João Pessoa - PB**, coordenado pela pesquisadora Alexmara de Barros Medeiros, do Centro Universitário de João Pessoa - Unipê, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 196/96 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

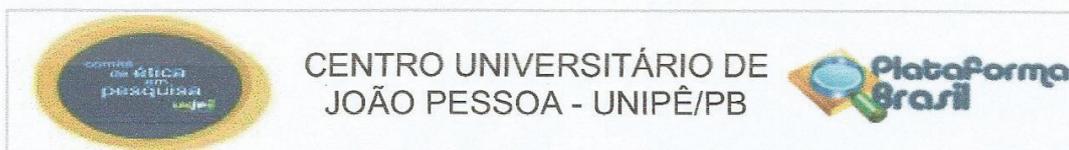
João Pessoa, 23 de Abril de 2013.



**Maria de Fátima Silva Pimenta**  
Diretora da Escola

**Maria de Fátima Pimenta**  
Diretora - Aut. nº 2047

## Anexo 2



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relações entre Ansiedade, Estresse e Maturidade Psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de João Pessoa - PB.

**Pesquisador:** Alexmara de Barros Medeiros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12576913.2.0000.5176

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 280.849

**Data da Relatoria:** 27/05/2013

#### Apresentação do Projeto:

O estudo consiste em uma pesquisa descritiva de campo, com o objetivo de verificar a existência de relações entre a ansiedade e estresse com a maturidade psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares do município de João Pessoa-PB.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar a existência de relação entre a ansiedade e estresse com a maturidade psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares do município de João Pessoa-PB.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presentes no projeto e no TCLE.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, com metodologia e fundamentação adequados aos objetivos propostos e com todos os campos necessários preenchidos corretamente.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes os termos exigidos pelo Cep: projeto, folha de rosto, termos de anuência de 3 escolas, TCLE para crianças e adolescentes bem como dos pais, termo de compromisso e instrumentos.

#### Recomendações:

Recomendamos por ocasião da elaboração da monografia fazer uma revisão de acordo com as

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 280.849

novas regras gramaticais e revisar as Referências, observando as normas da ABNT/NBR 6023/2002.

De acordo com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisadora providenciou as pendências exigidas pelo Cep em 22/05/2013, portanto o projeto está de acordo com a resolução 196/96 e pode ser aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 23 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário BR 230 Km 22  
**Bairro:** Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br

### Anexo 3

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos

Esta pesquisa intitula-se Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças e Adolescentes de Escolas do Ensino Público e Privado de João Pessoa - PB e está sendo desenvolvida pela Pesquisadora e Psicóloga Alexmara de B. Medeiros (CRP 13/3900) com vistas á defesa de Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Coimbra.

Os **objetivos** da pesquisa são: Diferenciar os níveis de ansiedade, stresse e maturidade psicossocial por faixas etárias, sexo, renda familiar, escolaridade e morar com os pais ou apenas um dos dois; Comparar níveis de ansiedade da amostra diante do desempenho escolar e atividades extra-sala como aulas de reforço, esportes, línguas ou trabalho; Identificar características estressoras com histórico familiar e excesso de cobrança dos pais quanto ao desempenho escolar; Comparar a maturidade psicossocial da amostra diante de situações como repetições de ano ou baixa escolaridade, relacionamento com os pares e com os pais e irmãos e têm por finalidade contribuir para uma melhor qualidade de vida para os participantes desta pesquisa.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo (a) pesquisador (a).

Caso decida não participar da pesquisa, ou resolva desistir a qualquer momento, você não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

O risco e/ou desconforto em relação a esta pesquisa é mínima para os participantes desta pesquisa.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão executados os seguintes procedimentos:

Aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Relationship Questionnaire (Rel-Q); Questionário Infante-Juvenil; Escala de Stress Infantil (ESI), Escala de Stress para Adolescente (ESA).

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O (A) pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo (a) responsável da pesquisa com propósitos científicos.

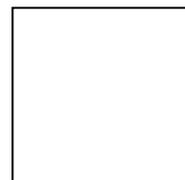
João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Impressão Dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa ou  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha (em caso de analfabeto)

\_\_\_\_\_  
Alexmara de Barros Medeiros



**Contato do Pesquisador Responsável:** Br 230 – Km 22

**Telefones para contato:** (83) 8887-9241/2106-9217

**E-mail:** [alexmara\\_barros@hotmail.com](mailto:alexmara_barros@hotmail.com)

**Anexo 4****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS**

O (A) menor \_\_\_\_\_ sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) a participar do Projeto de Pesquisa acima citado. Solicitamos a sua autorização para que o(a) mesmo(a) seja um(a) dos (as) Participantes da mesma. Abaixo estão todas as informações básicas sobre a pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, autorizo o(a) mesmo(a) a, de livre e espontânea vontade, participar como voluntário(a) do estudo: Relações entre Ansiedade, Stresse e Maturidade Psicossocial em Crianças e Adolescentes de Escolas do Ensino Público e Privado de João Pessoa - PB, realizado pela Pesquisadora e Psicóloga Alexmara de B. Medeiros (CRP 13/3900) com vistas á defesa de Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade de Coimbra.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os esclarecimentos solicitados.

Estou ciente que:

1. A pesquisa tem como objetivo verificar a existência de relação entre a ansiedade e stresse com a maturidade psicossocial em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares do município de João Pessoa-PB.
2. Os procedimentos de coleta de dados consistem em o Participante assinalar em formulário, de forma objetiva, o seu grau de concordância com afirmativas relacionadas a aspectos da vida psicossocial, com base na sua autopercepção.
3. O participante tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
4. Os resultados obtidos através desta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais dos Participantes ou Responsáveis Legais não sejam mencionados.
5. Caso o Participante ou seu Responsável Legal desejarem, poderão pessoalmente tomar conhecimento dos resultados da pesquisa, ao final da mesma.

Assim, assinamos o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

João Pessoa, Paraíba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Alexmara de Barros Medeiros  
Br 230 – Km 22

**Anexo 5****Questionário sociodemográfico**

Por favor responda às questões que se seguem de acordo com o que se aplica às suas condições de vida. Todos os dados são anônimos e confidenciais.

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: \_\_\_\_\_ 3. Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Repetência: \_\_\_\_\_ 5. Renda Familiar: \_\_\_\_\_
6. Religião: \_\_\_\_\_ 7. Estado Civil: \_\_\_\_\_
8. Escola: ( ) Pública ( ) Particular
9. Número de irmãos: \_\_\_\_\_ 9.1. Idades dos irmãos: \_\_\_\_\_
10. Com quem vive:
- |            |                   |
|------------|-------------------|
| ( ) Pai    | ( ) Avós          |
| ( ) Mãe    | ( ) Tios          |
| ( ) Irmãos | ( ) Outros: _____ |
11. Estado Civil do Pai:
- |                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| ( ) Casado                     | ( ) Viúvo    |
| ( ) Divorciado                 | ( ) Solteiro |
| ( ) Casado em segundas núpcias |              |
12. Estado Civil da Mãe:
- |                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| ( ) Casada                     | ( ) Viúva    |
| ( ) Divorciada                 | ( ) Solteira |
| ( ) Casada em segundas núpcias |              |
13. Se os seus pais estão divorciados:
- 13.1. Há quanto tempo ocorreu o divórcio? \_\_\_\_\_
- 13.2. Com quem vive? \_\_\_\_\_
- 13.3. Com que frequência está com o outro progenitor?
- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| ( ) Diariamente  | ( ) Anualmente   |
| ( ) Semanalmente | ( ) Outra: _____ |
| ( ) Mensalmente  |                  |

14. Acerca do seu **Pai**, por favor indique:

14.1. Escolaridade:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto  | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Fundamental Completo    | <input type="checkbox"/> Superior Completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Especialização      |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo   | <input type="checkbox"/> Mestrado            |
|  | <input type="checkbox"/> Doutorado           |

14.2. Profissão: \_\_\_\_\_

15. Seus pais trabalham?  Sim  Não

15.1. Qual? \_\_\_\_\_

16. Acerca da sua **Mãe**, por favor indique:

16.1. Escolaridade:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto  | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Fundamental Completo    | <input type="checkbox"/> Superior Completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Especialização      |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo   | <input type="checkbox"/> Mestrado            |
|  | <input type="checkbox"/> Doutorado           |

16.2. Profissão: \_\_\_\_\_

17. Doença na Família? ( ) Sim ( ) Não

17.1. Qual? \_\_\_\_\_

18. Fez uso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não

18.1. Qual? \_\_\_\_\_

19. Frequenta algum tratamento específico? ( ) Sim ( ) Não

19.1. Qual? \_\_\_\_\_

20. Você cuida do(s) seu(s) irmão(s)? ( ) Sim ( ) Não

**Escola/correlato do aluno**

21. Apresenta dificuldade para prestar atenção?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

22. É desorganizado com os materiais escolares?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

23. Apresenta dificuldade para realizar as tarefas escolares?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

24. É esquecido?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

25. Envolve-se em brigas com os colegas?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

26. É respondão?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

27. Falta as aulas com uma certa frequência?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

28. É agitado, mexendo-se tagarelado em aula?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

29. Apresenta algum tipo de medo?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

30. Tem facilidade para fazer amigos?

( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sempre

Obrigada pela colaboração.

## Anexo 6

## QUESTIONÁRIO INFANTO-JUVENIL

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

**Esta é uma lista de condutas que descrevem como você se sente. Marque apenas uma opção para cada questão, seguindo a legenda abaixo. Por favor, responda as questões o melhor que puder e não deixe nenhuma em branco.**

[ 0 ] = NUNCA      [ 1 ] = ALGUMAS VEZES      [ 2 ] = SEMPRE

## QUESTÕES

		0	1	2
01.	Quando tenho medo não posso respirar bem.			
02.	Quando estou na escola sinto dor de cabeça.			
03.	Quando durmo em uma casa que não é a minha fico com medo.			
04.	Quando tenho medo sinto que vou desmaiar.			
05.	Sou uma pessoa nervosa.			
06.	Quando estou na escola sinto dores de estômago (barriga).			
07.	Quando tenho medo sinto como se fosse enlouquecer.			
08.	Preocupo-me quando tenho que dormir sozinho.			
09.	Quando tenho medo sinto como se as coisas fossem irreais.			
10.	De noite sonho que coisas ruins vão acontecer aos meus pais.			
11.	Quando tenho medo meu coração bate rápido.			
12.	Eu tremo.			
13.	De noite tenho pesadelos de que me vão acontecer coisas ruins.			
14.	Preocupa-me pensar como vou sair nas coisas (resolver problemas).			
15.	Transpiro quando tenho medo.			
16.	Preocupo-me em demasia.			
17.	Preocupo-me sem motivo.			
18.	Dar-me medo estar sozinho em casa.			
19.	Quando tenho medo sinto como se não pudesse engolir, respirar.			
20.	As pessoas dizem que eu me preocupo demais.			
21.	Tenho medo de ter ataques (pânico).			
22.	Preocupa-me pensar que algo de ruim vai acontecer aos meus pais.			
23.	Preocupa-me com o que vai acontecer quando eu crescer (futuro).			
24.	Quando tenho medo sinto vontade de vomitar.			
25.	Preocupam-me as coisas (fatos) que já passaram.			
26.	Quando tenho medo sinto-me enjoado (mareado, náusea).			

Adaptado: BARBOSA; GAIÃO E BARBOSA; GOUVEIA  
 - Paraíba – 2001



- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕





## Anexo 9

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO – Rel-Q**

Versão Brasileira: (Medeiros, A. B.; Dias, M. L. B. R. V. & Gonçalves, S. C. M., 2013)

Este questionário não é um teste e não há respostas certas ou erradas para qualquer uma das perguntas. Cada aluno terá opiniões, pensamentos e sentimentos diferentes sobre as distintas questões ou situações. Estamos interessados em suas experiências e o que you pensa sobre certas coisas. Nós esperamos que você vai achar essas perguntas interessantes.

**INSTRUÇÕES DO ALUNO:**

1. Para cada frase, indique um “X” se você acha que a conclusão é **RUIM, REGULAR, BOA ou EXCELENTE**.
2. Em seguida, escreva a letra (**a, b, c ou d**) da escolha que você acha que é a melhor na caixa fornecida.

**POR EXEMPLO**

É bom se esforçar na escola porque?				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Você poderia ganhar um prêmio.				
b. Você não tem escolha sobre estar lá ou não, então você pode muito bem se esforçar.				
c. Você vai se sentir bem consigo mesmo(a).				
d. Você vai fazer seus pais felizes.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é o melhor nesta caixa:				

**EU SOU UMA MENINA ( )**

**EU SOU UM MENINO ( )**

<b>1. Alguém é um(a) bom(a) amigo(a), porque ele(a):</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Faz o que você pedir.				
b. Vive perto de você.				
c. Compartilha seus sentimentos com você.				
d. Vai guardar seus segredos.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é o melhor nesta caixa:</b>				

<b>2. Um bom professor:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Não grita.				
b. Mantém a sala de aula quieta.				
c. Permite que os alunos ajudem a tomar algumas decisões sobre a aula.				
d. Escuta as idéias dos alunos.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>3. Quando você confia em alguém, é porque ele/ela:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Dá-lhe presentes.				
b. Mantém sua palavra.				
c. É leal a você.				
d. Guarda seus segredos.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>4. O maior motivo por que as crianças da sua idade brigam é:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Elas ficam com raiva de pessoas que falam mal pelas costas.				
b. Elas apanharam de outra criança.				
c. Elas não conseguem ver outra maneira de lidar com algumas pessoas.				
d. Elas gostam de brigar para mostrar quem é "o cara".				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>5. O maior motivo que explica por que as crianças da sua idade NÃO brigam é porque:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Elas não gostam de brigar.				
b. Elas conseguem ver o ponto de vista de cada pessoa em um argumento.				
c. Elas não sabem lutar.				
d. Elas aprenderam outras maneiras de lidar com problemas.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>6. O melhor motivo para explicar por que alguém de sua idade se junta a gangues é:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Para se mostrar na frente de outras meninas ou meninos.				
b. Porque quer ser legal.				
c. Porque eles querem fazer parte de uma gangue.				
d. Porque estar em um grupo lhes dá um sentimento de pertencer a uma família.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>7. João não gosta da idéia de furtar ou roubar coisas das lojas. Um dia, o melhor amigo dele, chamado Pedro, diz que vai roubar algo de uma loja e pede a João para ir com ele. João diz que não quer ir, e Pedro o chama de covarde. João poderia:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Dizer para Pedro não roubar.				
b. Explicar a Pedro porque ele acha que roubar é errado e convencê-lo a não roubar.				
c. Convencer Pedro de que roubar não vale a pena, pois corre o risco de ser pego.				
d. Apenas ir embora.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**8.** Luiz e Carlos são amigos. Um dia na escola, eles tentam decidir o que eles querem fazer naquela noite. Luiz quer convidar um menino novo da escola para ir ao cinema com ele e Carlos. Carlos quer ir ao cinema sozinho com Luiz. Carlos poderia:

	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Dizer para Luiz que não pode ir porque está doente.				
b. Falar para Luiz que ele não vai.				
c. Explicar para Luiz que ele quer ir sozinho com ele, e pedir a Luiz para explicar sua posição, e em seguida, combinar o que vão fazer.				
d. Dizer para Luiz que ele vai ao cinema com ele e o menino novo, e que ele e Luiz podem fazer algo sozinhos depois.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**9.** O diretor da escola disse ao conselho estudantil que este ano não há fundos para atividades extra curriculares como esportes e artes. Por este motivo os alunos da escola ficaram chateados com essa decisão, Leticia e os alunos do conselho estudantil precisam decidir o que fazer. Leticia e os outros alunos do conselho estudantil poderiam:

	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Começar a fazer uma campanha de conscientização para fazer os pais entenderem que atividades como esportes e artes são importantes para os alunos.				
b. Oferecer para pintar o prédio da escola em troca de dinheiro para atividades extra curriculares.				
c. Não fazer o seu trabalho da escola.				
d. Ir para a próxima reunião do conselho escolar e dizer às pessoas para conseguir o dinheiro para o esporte e arte.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**10.** Carla vai a uma festa sábado a noite e tem que estar em casa de volta às 22h. Ela chega em casa à 0h e seu pai está a sua espera. Ele é muito bravo e bota ela de castigo por um mês. Carla sente que a punição é muito severa e acha que ela é madura o suficiente para ficar fora de casa depois das 22h. Carla poderia:

	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Sair do quarto.				
b. Falar para o pai que ele não pode determinar o que ela não pode fazer.				
c. Pedir para elaborar junto com seu pai um acordo para que ela possa sair mais tempo no fim de semana.				
d. Explicar ao pai que ela se acha madura o suficiente para ficar fora de casa até tarde.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**11.** Ana é uma menina que gosta de esportes. Ela gosta particularmente de futebol e decide tentar entrar para a equipe do bairro onde mora durante um campeonato, mesmo sabendo que não existem outras meninas na equipe. Durante as eliminatórias, alguns dos meninos começam a xingá-la, dizendo que futebol é para meninos e que não querem ela na equipe. Ana tenta de qualquer jeito, mas no dia seguinte, quando o técnico anuncia quem vai participar da equipe, e Ana não é escolhida. Ana poderia:

	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Dizer ao técnico "Eu sei que jogo melhor do que alguns dos meninos que conseguiram entrar para a equipe e você sabe que eu mereço estar nela."				
b. Perguntar ao técnico o que ela acha sobre não ter entrado na equipe.				
c. Bater a porta do seu armário e dizer a seus amigos o que ela pensa do técnico.				
d. Ir ao técnico para ouvir os seus motivos por não ter colocado ela na equipe e explicar seu ponto de vista.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**12.** Rosy está cuidando do seu irmão mais novo, Max, enquanto seus pais estão aproveitando um sábado fora de casa. Antes de saírem para a noite, eles falam para Rosy que contam com ela para que não deixe Max assistir TV depois das 21h. Rosy manda Max para a cama às 21h e fica acordada para assistir um filme que ela está querendo ver. Às 21h e 30min, Max desce, despertado por um sonho ruim, e pede para ficar e assistir TV com Rosy porque ele não consegue dormir. Rosy deve dizer a Max:

	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. “Vou deixar você ficar, eu sei que você está com medo.”				
b. “Você pode ficar. Mas fica quieto para que eu possa assistir o filme.”				
c. “Você pode ficar. Nossos pais vão entender que eu deixei você ficar, porque você teve um sonho ruim.”				
d. “Você pode ficar acordado. Nossos pais não iriam querer que você ficasse sozinho enquanto você estivesse com medo.”				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**13.** Tânia e Joana combinaram um horário para irem andar de patins. Tânia deve sair de casa uma hora antes do horário marcado para encontrar Joana, Tânia recebe um telefonema de uma amiga que tem um ingresso sobrando para um jogo de voleibol e gostaria que Tânia fosse com ela. O jogo começa no mesmo horário que Tânia combinou de se encontrar com Joana. Tânia tenta ligar para Joana para mudar os planos, mas cai na caixa postal do celular dela. Tânia deve:

	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Deixar um recado dizendo “Uma amiga me ligo oferecendo um ingresso para ver um jogo de voleibol hoje e eu vou. Eu te ligo quando eu voltar.”				
b. Deixar um recado dizendo “Sei que vai ficar decepcionada, mas tive que mudar nossos planos. Eu estava ansiosa em te ver, e me desculpe por isso.”				
c. Deixar um recado dizendo “Eu tive que mudar nossos planos de ir patinar. Te ligo depois.”				
d. Ligar depois do jogo.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

**14.** O avô de Dany não fala Inglês e precisa encontrar um emprego. Dany, que fala Inglês, sai com seu avô para ajudá-lo a encontrar trabalho. Dany vê um restaurante com uma placa avisando “Help Wanted” e entra para falar com o proprietário. A sua família precisa de dinheiro tão urgentemente, Dany mente para o proprietário e fala que seu avô sabe cozinhar. Dany mente também para o seu avô, lhe dizendo que o proprietário contratou ele mesmo sabendo que não sabe cozinhar. Dany mente para o seu avô porque **ele**:

	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Só está pensando em si e não quer saber como seu avô pode se sentir.				
b. Está pensando em ganhar dinheiro para alimentar sua família, e por isso ele não pensou como seu avô poderia se sentir.				
c. Pensou que uma vez que ele tivesse tempo suficiente para explicar a situação ao seu avô, ele iria compreender e perdoar.				
d. Pensou que seu avô ficaria chateado se soubesse que Dany mentiu para o proprietário.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

15. Meus amigos mais próximos são importantes para mim porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Eles me fazem sentir melhor comigo mesmo(a).				
b. Eles gostam de mim.				
c. Eles me ajudam a ficar longe de problemas.				
d. Nós podemos conversar sobre qualquer coisa.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

16. Meus pais são importantes para mim porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Eles me fazem sentir melhor comigo mesmo(a).				
b. Eles são apenas importantes.				
c. Eles me ajudam a ficar longe de problemas.				
d. Eles fornecem o apoio que eu preciso.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

17. Quando eu entro em uma briga ou discussão com alguém, é porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Eles se impõem.				
b. Eles falam mal de mim nas minhas costas.				
c. Se eu não brigar, eles vão achar que eu tenho medo.				
d. Eu mantenho o meu respeito próprio.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

18. Quando eu não brigo ou luto com alguém, é porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Não faz parte de quem eu sou.				
b. Não lutar é a única solução para todos os problemas.				
c. Ninguém gosta quando seus amigos lutam ou brigam.				
d. Estou bem humorado(a).				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

19. Se alguém chamasse minha mãe de um palavrão ou me chamasse de alguma coisa eu lutaria com eles porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Se eu deixá-los de lado, eles vão fazer de novo.				
b. Isso me irrita.				
c. Mesmo que eu saiba que a luta não é sempre do meu interesse, às vezes não há outra maneira de lidar com desrespeito.				
d. Você não deveria deixar ninguém mexer com sua família.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

20. Se alguém chamasse minha mãe de um palavrão ou me chamasse de alguma coisa eu NÃO lutaria com eles porque:				
	RUIM	REGULAR	BOA	EXCELENTE
a. Eu poderia me machucar.				
b. Eu não quero ter problemas.				
c. Eu somente luto se alguém me bate.				
d. Lutar não vai fazer me sentir melhor.				
Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:				

<b>21. Meu melhor amigo e eu fazemos coisas separadas às vezes porque:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Nós ignoramos um ao outro quando tivemos uma briga.				
b. Nós não conseguimos entrar em acordo do que fazer.				
c. Nós gostamos de coisas diferentes.				
d. Nossa amizade é firme sem que estivéssemos sempre juntos.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>22. Quando meu melhor amigo e eu não conseguimos entrar em acordo sobre o que fazer, eu poderia:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Tentar convencer o meu amigo.				
b. Escutar o meu amigo e negociar com ele.				
c. Ficar com raiva e sair de perto para ficar sozinho.				
d. Ir com a ideia do meu amigo.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>23. Quando eu não consigo entrar em acordo com o adulto mais próximo de mim, eu posso:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Tentar convencê-lo.				
b. Apenas esquecer a história.				
c. Escutá-lo e tentar resolver a questão com ele.				
d. Eu fico tão chateado(a) que eu corro pro meu quarto.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>24. Eu não concordo com o que os meus professores falam na escola porque:</b>				
	<b>RUIM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>BOA</b>	<b>EXCELENTE</b>
a. Eles me culpam por coisas que eu não faço e isso me deixa com raiva.				
b. Eu preciso me manter firme com as coisas em que eu acredito e o que eu acho certo.				
c. Eu não acho que eles compreendem o meu ponto de vista.				
d. Eu não os escuto.				
<b>Escreva a letra (a, b, c ou d) da escolha que você acha que é a melhor nesta caixa:</b>				

<b>25. Durante os últimos seis meses, quantas vezes, se for o caso, você esteve em uma luta física?</b>	
a. 0 vezes	
b. 1 vez	
c. 2 ou 3 vezes	
d. 4 ou 5 vezes	
e. 6 ou 7 vezes	
f. 8 ou 9 vezes	
g. 10 ou 11 vezes	
h. 12 ou mais vezes	