

Marie Louise Seltzer

**Crescer no Desassossego:
Risco, Proteção e Resiliência na Psicopatologia do Desenvolvimento**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2021

Marie Louise Seltzer

Crescer no Desassossego:
Risco, Proteção e Resiliência na Psicopatologia do Desenvolvimento



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2021

Marie Louise Seltzer

**Crescer no Desassossego:
Risco, Proteção e Resiliência na Psicopatologia do Desenvolvimento**

Marie Louise Seltzer

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências e Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Susana Marinho.

Resumo

A psicopatologia do desenvolvimento, enquanto área integrativa de estudo, ampliou o seu foco de fatores de risco e de proteção isolados para processos múltiplos, com o intuito de retratar a realidade dinâmica de crianças e adolescentes. Como tal, constata-se uma ampla aplicação na investigação do modelo de risco e de proteção cumulativos. Este estudo, retrospectivo e apoiado em metodologias quantitativas de caráter observacional, correlacional e diferencial, pretendeu verificar o efeito de índices de risco e de proteção cumulativos na psicopatologia do desenvolvimento, nomeadamente nas dimensões de internalização e de externalização, resiliência, sexo e grupo etário. Participaram neste estudo 52 crianças e adolescentes, entre os 6 e 17 anos, de ambos os sexos, que foram acompanhados numa clínica universitária de psicologia, entre 2015 e 2020. Os materiais utilizados foram o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL 6-18), preenchido pela mãe, as fichas de triagem e de anamnese. As variáveis compósitas, índice de risco cumulativo (IRC) e índice de proteção cumulativa (IPC), levando em consideração múltiplos domínios, incluíram, respetivamente, sete fatores de risco (e.g., *stressores* maternos pré-natais, afastamento parental, vitimização por pares) e seis fatores de proteção (e.g., saúde física, número de irmãos, competências psicossociais). Os resultados indicam que as correlações entre IPC e problemas de externalização e sintomatologia geral, assim como as diferenças no IPC entre grupos normativo e clínico de problemas de externalização, são significativas. Uma das conclusões relevantes que o estudo permite retirar é que cada um dos fatores de risco e de proteção tem importância para a compreensão da psicopatologia e da resiliência, e não apenas a soma dos mesmos, como propõe o modelo cumulativo. Sugere-se para futuras investigações que, em conjunto com o modelo cumulativo, se utilizem outros modelos de risco e de proteção múltiplos de forma a salvaguardar a abordagem integrativa da psicopatologia do desenvolvimento.

Palavras-chave: psicopatologia do desenvolvimento, resiliência, risco cumulativo, proteção cumulativa

Abstract

Developmental psychopathology, as an integrative field of study, has broadened its focus from isolated risk and protection factors to multiple processes, in order to portray the dynamic reality of children and adolescents. As such, there is a wide application of cumulative risk and protection model in research. This study, retrospective and supported by quantitative methodologies of observational, correlational, and differential character, aimed to verify the effect of cumulative risk and protection indices on the developmental psychopathology, namely in the dimensions of internalizing and externalizing, resilience, gender, and age group. The study included 52 children and adolescents, between 6 and 17 years, of both sexes, who were followed at a university psychology clinic between 2015 and 2020. The materials used were the Child Behavior Checklist (CBCL 6-18), filled out by the mother, the screening and anamnesis forms. The composite variables, cumulative risk index (CRI) and cumulative protection index (CPI), considering multiple domains, included, respectively, seven risk factors (e.g., prenatal maternal stressors, parental leave, peer victimization) and six protective factors (e.g., physical health, number of siblings, psychosocial competencies). The results indicate that the correlations between CPI and externalizing problems and total symptomatology, as well as the differences between normative and clinical groups of externalizing problems in CPI, are significant. One of the relevant conclusions that the study allows to draw is that each of the risk and protective factors is important for understanding psychopathology and resilience, and not only the sum of them, as proposed by the cumulative model. It is suggested for future investigations that, beside the cumulative model, other models of multiple risk and protection might be used to safeguard the integrative approach of developmental psychopathology.

Keywords: developmental psychopathology, resilience, cumulative risk, cumulative protection

Agradecimentos

Sinto-me grata. Grata pela possibilidade de aprendizagem e crescimento. Grata por ter entrado com uma ideia sobre a Psicologia e ter saído com outra, tão mais colorida. Grata pelos docentes que conheci, com quem aprendi ciência e também a arte de manter o coração humano. Agradeço a cada um pela dedicação e profissionalismo durante todo este percurso – durante o qual nasci mãe, e nasci mãe novamente, e estive longe, perto e longe outra vez. Agradeço também às colegas, àquelas que estiveram do outro lado da tela e àquelas que estiveram na cadeira ao lado, com quem partilhei risos e incertezas, durante o curso, o estágio e a dissertação.

Sinto-me grata. Grata pela orientadora que tive, a Professora Doutora Susana Marinho, pela objetividade e tranquilidade (e paciência) que teve durante a dissertação, e também durante o estágio. Agradeço o conhecimento que partilhou, a atenção dada aos detalhes, sem perder de vista o todo, e, ainda, ter-me dado espaço para o crescimento, estando ao mesmo tempo sempre atenta aos desvios no caminho. Agradeço também à Professora Sónia Alves por ter estado presente, suscitar reflexões e partilhar motivações.

Sinto-me grata. Grata pelos amigos que tenho. Obrigada, Mónica, pelo quarto de trabalho, principalmente nesta reta final, inesperadamente caótica, e por acreditares nesta jornada. Obrigada, Marta, por estares interessada naquilo que faço. Obrigada, Xana, por veres para além do óbvio. Obrigada, Kika, por mostrares que a amizade não teme a distância.

Sinto-me grata. Grata pela família que tenho. Grata por sentir-me acolhida e amada. Obrigada, mãe, pelo apoio incondicional e tanto mais. Obrigada, pai, por mesmo estando longe, estares sempre presente e insistires em perguntares “quando terminas?”. Obrigada a cada um que contribuiu para que este caminho fosse possível.

Sinto-me grata. Grata pelo marido-companheiro que tenho. Obrigada, mein Schatz, por teres apoiado este caminho de terra, a desbravar mato e por não me teres deixado desistir mesmo antes de chegar à clareira. Obrigada por podermos partilhar com amor esta aventura que é viver.

Sinto-me grata, imensamente grata, a vocês meus filhos, Lucas e Rafael, por me trazerem, com tanto amor e traquinices, para o presente. Com vocês relembro sempre e sempre que o essencial é invisível aos olhos.

Índice Geral

Resumo	v
<i>Abstract</i>	vi
Agradecimentos	vii
Índice Geral	viii
Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas	xi
Índice de Anexos	xii
Lista de Abreviaturas	xiii
Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	4
1. Psicopatologia do Desenvolvimento	5
1.1. Definição e Princípios Orientadores	5
1.2. Abordagem Desenvolvimental	6
1.3. Abordagens Bioecossistémica e Organizacional	8
1.4. Abordagem Dimensional	12
2. Resiliência	14
2.1. Definição e Origens	14
2.2. Principais Atributos da Resiliência	16
3. Risco e Proteção: De Fatores Isolados a Processos Múltiplos	20
3.1. Definição de Risco e de Proteção	20
3.2. Fatores de Risco e de Proteção	21
3.3. Risco e Proteção Múltiplos	24
3.3.1. O Modelo Cumulativo	24
3.3.2. Outros Modelos de Risco e Proteção Múltiplos	27
II. Estudo Empírico	31
1. Metodologia	32
1.1. Objetivos e Questões de Investigação	32
1.2. Método	36
1.2.1. Participantes	36
1.2.2. Materiais	43
1.2.2.1. Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18	43

1.2.2.2. Fichas de Triagem e de Anamnese	46
1.2.3. Planificação e Procedimentos de Investigação	47
1.2.3.1 Plano de Investigação	47
1.2.3.2. Variáveis em Estudo	48
1.2.3.3. Procedimentos de Seleção das Variáveis e Recolha de Dados	55
1.2.3.4 Procedimentos Estatísticos	57
2. Apresentação e Discussão dos Resultados	59
2.1. Associações entre Índices de Risco e de Proteção Cumulativos, e Psicopatologia do Desenvolvimento e Resiliência	59
2.2. Associações entre Índices de Risco e Proteção Cumulativos, e Sexo e Grupo Etário	62
2.3. Diferenças nos Índices de Risco e Proteção Cumulativos entre Grupos Independentes de Psicopatologia e de Resiliência	63
2.4. Diferenças nos Índices de Risco e Proteção Cumulativos entre Grupos Independentes de Sexo e Grupo Etário	66
Conclusão	68
Referências	72
Anexos	90

Índice de Figuras

Figura 1 - Princípios orientadores da psicopatologia do desenvolvimento	6
Figura 2 - Resiliência	16
Figura 3 - Processo de cálculo para os IRC, IPC e níveis de risco e de proteção	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Fatores de risco e de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento	22
Tabela 2 - Relação entre nível de risco e psicopatologia	28
Tabela 3 - Frequências para as variáveis sociodemográficas	38
Tabela 4 - Frequências para os fatores de risco e de proteção	38
Tabela 5 - Frequências para os índices cumulativos	40
Tabela 6 - Referência cruzada entre IRC, e sexo e grupo etário	41
Tabela 7 - Referência cruzada entre IPC, e sexo e grupo etário	41
Tabela 8 - Referência cruzada entre níveis de risco, e sexo e grupo etário	41
Tabela 9 - Referência cruzada entre níveis de proteção, e sexo e grupo etário	42
Tabela 10 – Frequências para a psicopatologia do desenvolvimento e resiliência	42
Tabela 11 - Resultados das correlações Ró de Spearman entre IRC e IPC, e psicopatologia do desenvolvimento e resiliência	59
Tabela 12 - Resultados das correlações Ró de Spearman entre IRC e IPC, e sexo e grupo etário	62
Tabela 13 - Resultados do Teste Mann-Whitney das diferenças nos IRC e IPC entre grupos independentes de psicopatologia e de resiliência	64
Tabela 14 - Resultados do Teste Mann-Whitney das diferenças nos IRC e IPC entre grupos independentes das variáveis sexo e grupo etário	66

Lista de Anexos

Anexo A - Ficha de Triagem

Anexo B – Ficha de Anamnese

Anexo C - Parecer da Comissão de Ética

Anexo D - Declaração de Consentimento

Anexo E - Autorização para utilização de base de dados

Anexo F - Grelha final das variáveis em estudo para recolha de dados

Anexo G - Testes à normalidade e homogeneidade de variâncias

Anexo H - Gráficos de pirâmide para o Teste de Mann-Whitney

Lista de Abreviaturas

ASEBA - *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

CBCL 6-18 – *Child Behavior Checklist for ages 6-18*

IRC – Índice de Risco Cumulativo

IPC – Índice de Proteção Cumulativa

Introdução

A psicopatologia do desenvolvimento é uma área de estudo concetualizada como um campo científico interdisciplinar em evolução que procura elucidar a interação entre os aspetos biológicos, psicológicos e sócio-contextuais com o desenvolvimento humano adaptativo e desadaptativo ao longo de todo o ciclo vital (Cicchetti, 1993; Cicchetti, 2016; Sameroff, 2010; Soares, 2000)¹. Sendo um campo integrativo, a psicopatologia do desenvolvimento emerge de várias abordagens, a partir das quais se desdobram os seus princípios orientadores, (Cicchetti, 2015; Pollak, 2015): (a) a abordagem desenvolvimental, o enquadramento mais amplo para a compreensão da psicopatologia do desenvolvimento (Achenbach, 1974); ; (b) a abordagem bioecossistémica (Bronfenbrenner & Morris, 2007); (c) a abordagem organizacional (Piaget 1926/2005); e (d) a abordagem dimensional, enquanto orientadora da avaliação e intervenção psicológica de crianças e adolescentes, enfatizando, nomeadamente dimensões de psicopatologia, como sejam a internalização e externalização (Achenbach et al., 2014).

Pelo fato da psicopatologia do desenvolvimento abranger também o comportamento adaptativo, integrou o estudo sobre a resiliência, que foi em paralelo se definindo como um campo de estudo próprio (Luthar, 2015). A resiliência pode ser definida como um processo dinâmico, resultante da interação entre diversos níveis e sistemas, que reflete a capacidade de um sistema para se adaptar positivamente a situações de adversidade (Fergus & Zimmerman, 2005; Garmezy, 1991; Luthar et al. 2006; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 2012, 2013; Shean, 2015; Ungar, 2008). A resiliência é desta forma um conceito superordenado, que integra em si dois atributos: adversidade significativa e adaptação positiva. É com base nestes dois atributos que se pode inferir indiretamente a resiliência, como sendo função da associação entre risco e proteção (Fergus & Zimmerman; Masten & Barnes).

De forma genérica, o risco é habitualmente considerado como sendo fatores ou processos mensuráveis, que elevam a probabilidade de se obterem resultados desenvolvimentais indesejáveis, podendo no seu extremo originar psicopatologias mais graves (Garmezy, 1991; Kadzin et al., 1997; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 1987; Sá et al., 2010). Já a

¹As referências foram, neste estudo, editadas segundo o estilo da APA, 7ª edição (American Psychological Association, 2020)

proteção pode ser definida como aqueles fatores ou processos, que, na presença de risco, modificam a resposta pessoal, no sentido de favorecer a adaptação e desenvolvimento saudável (Garmezy, 1991; Kim-Cohen, 2007; Masten & Barnes, 2018; Ramey & Ramey, 1998; Rutter, 1987).

Dado que a realidade das crianças e adolescentes se compõe por sistemas abertos, dinâmicos e adaptativos, raramente os fatores de risco e de proteção aparecem de forma isolada. Em sequência, a investigação ampliou o seu foco da identificação de fatores de risco e de proteção isolados para a compreensão de processos de risco e de proteção subjacentes, criando e analisando modelos de risco e proteção múltiplos, nomeadamente, o modelo de risco e de proteção cumulativos, um dos mais amplamente utilizado. Este modelo aditivo simples, tem como uma das suas premissas que a soma de vários fatores tem mais relevo do que os fatores em si e, como tal, inclui fatores com diferentes intensidades e de vários domínios, o que pode estar em mais concordância com a realidade dinâmica de crianças e adolescentes (Ettetal et al., 2019; Evans et al. 2013). O efeito cumulativo é operacionalizado, assim, através de índices cumulativos, construídos através da dicotomização de cada exposição ao fator de risco ou de proteção e da soma do número de exposições verificadas (Evans et al.).

O presente estudo, integrado a linha de investigação “Os nós e os laços: Risco parental e problemas de internalização e externalização em crianças e adolescentes” (Marinho et al., 2018), teve como objetivos (a) verificar as associações entre o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção e a psicopatologia do desenvolvimento e (b) analisar as diferenças no efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção entre indivíduos sem e com psicopatologia. Os objetivos específicos contemplam, para além dos efeitos cumulativos de risco e de proteção, as dimensões de internalização, de externalização, a sintomatologia geral, e ainda a resiliência, assim como sexo e grupo etário. Com estes objetivos pretende-se contribuir para a compreensão sobre o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção na psicopatologia do desenvolvimento num contexto português, com vista à melhoria da prática clínica.

Para a concretização dos objetivos propostos, procedeu-se a num primeiro momento a uma revisão da literatura, que compõe a primeira parte deste estudo, o enquadramento teórico, no qual se aborda em primeiro lugar a psicopatologia do desenvolvimento e as respetivas abordagens orientadoras, nomeadamente a desenvolvimental, bioecossistémica e organizacional, e dimensional, em seguida aborda-se o conceito de

resiliência e os seus principais atributos, e por último apresentam-se as noções de risco e de proteção, os principais fatores de risco e de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento, assim como os modelos de risco e proteção múltiplos, com ênfase no modelo cumulativo.

Na segunda parte deste trabalho, apresenta-se o estudo empírico, designadamente num primeiro capítulo, a metodologia, o problema inicial, as questões de investigação, assim como os objetivos principais e específicos, e ainda o método, que inclui os participantes – crianças e adolescentes entre os 6 e 17 anos –, os respetivos critérios de inclusão e exclusão, assim como a análise descritiva da amostra; inclui ainda os materiais utilizados, a planificação e procedimentos de investigação, onde são apresentados o plano de investigação, as variáveis em estudo, os procedimentos de seleção das variáveis e recolha de dados, e ainda os procedimentos estatísticos para a análise de correlações e diferenças entre grupos. Num segundo capítulo prossegue-se para a apresentação dos resultados e respetiva discussão, integrando-os num aporte teórico.

Por fim, conclui-se com uma síntese integrativa deste estudo, que desencadeará a reflexão sobre as limitações e mais-valias do mesmo, assim como a exploração de sugestões para futuras investigações.

I. Enquadramento Teórico

1. Psicopatologia do Desenvolvimento

1.1. Definição e Princípios Orientadores

A psicopatologia do desenvolvimento enquanto disciplina científica emergiu nos anos 70 do século XX, enquanto um campo integrador de estudo, estando a sua evolução associada ao desenvolvimento de outras disciplinas que lhe serviram de ascendência e coalescência, nomeadamente a embriologia, epidemiologia, genética, neurociência, neurobiologia, filosofia, antropologia, sociologia, biopsicologia, psicanálise, psicologia clínica e a psicologia do desenvolvimento (Cicchetti & Toth, 2009; Eme, 2017; Soares, 2000). A investigação sobre a psicopatologia do desenvolvimento continua em expansão, mantendo consolidada a importância da integração de várias áreas do conhecimento (Achenbach, 2019; Barker, 2018; Beauchaine et al., 2018; Causadias & Cicchetti, 2018; Glynn et al., 2018; Masten, 2014; Murphy et al., 2016).

Por congregar desde da sua origem várias abordagens teóricas, a definição da psicopatologia do desenvolvimento foi sendo alvo de reajustes, sendo atualmente concetualizada como um campo científico interdisciplinar em evolução que procura elucidar a interação entre os aspetos biológicos, psicológicos e sócio-contextuais com o desenvolvimento humano adaptativo e desadaptativo ao longo de todo o ciclo vital – sendo que a análise desenvolvimental é aplicável tanto ao estudo dos genes e células, como ao indivíduo, à família ou à sociedade (Cicchetti, 1993; Cicchetti, 2016; Sameroff, 2010; Soares, 2000).

Esta definição emerge das abordagens orientadoras da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti, 2015; Salazar et al., 2019; Soares, 2000; Pollak, 2015): (a) a abordagem desenvolvimental, o enquadramento mais amplo para a compreensão da PD; (b) a abordagem bioecossistémica; (c) a abordagem organizacional; e (d) a abordagem dimensional, enquanto orientadora da avaliação em psicopatologia do desenvolvimento. Destas abordagens desdobram-se os seguintes princípios orientadores para a compreensão da psicopatologia do desenvolvimento: (a) a multidisciplinariedade, inevitável para cumprir a necessidade de incorporação e integração de conceitos sobre o desenvolvimento humano, anteriormente isolados e oriundos de distintas disciplinas; (b) a perspectiva global de todo ciclo vital, tendo em vista a relevância dada ao

desenvolvimento precedente; (c) a ênfase dada às fases da infância e adolescência; (d) a análise multiníveis e multidomínios, com ênfase na mútua influência entre o indivíduo e os contextos interno e externo, de onde emergem fatores de risco e de proteção que poderão influenciar as trajetórias desenvolvimentais; (e) a multifinalidade e a equifinalidade; e (f) a visão de um continuum dinâmico entre desenvolvimento adaptativo e desadaptativo, sublinhando a coexistência de adaptação e desadaptação, assim como as suas naturezas transitórias, com repercussões na investigação, avaliação e intervenção (cf. Figura 1).

Figura 1

Princípios orientadores da psicopatologia do desenvolvimento



1.2. Abordagem Desenvolvimental

A abordagem desenvolvimental tornou-se essencial, enquanto grelha conceitual para organizar o estudo e a compreensão dos processos individuais de desenvolvimento físico, cognitivo, sócio-emocional e educacional que subjazem à gama de diversidade dos comportamentos adaptativos e desadaptativos, na medida em que estes se desdobram num

continuum dinâmico ao longo do tempo num organismo cujo desenvolvimento se estende por todo o ciclo vital (Cicchetti & Toth, 2009).

Uma das primeiras reflexões sobre a perspectiva desenvolvimental remete-nos para a obra alemã *Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung* [Ensaio Filosófico sobre a Natureza Humana e a sua Evolução] (Tetens, 1777/2014, como citado em Baltes et al., 2007), cujo foco foi a influência de fatores como educação, socialização e cultura no desenvolvimento humano, caracterizando-o como um processo de constante adaptação durante todo o ciclo vital. Esta perspectiva voltou a emergir por volta de 1900 nos Estados Unidos da América e Europa, altura em que a evolução biológica e genética estavam na linha da frente do pensamento ontogenético, colocando agora o foco da investigação especificamente no desenvolvimento da criança e do adolescente (Baltes et al.). Este foco foi adotado por diversas abordagens teóricas, que foram preparando o terreno para o surgimento da PD enquanto disciplina científica, nomeadamente Lerner (1946, como citado em Cicchetti, 2015) com *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* ou Freud (1966/1989) com *Normality and Pathology in Childhood*. Contudo, o florescimento da PD deu-se anos mais tarde, na década de 70, através de contributos tais como o *Manual of Child Psychopathology* (Wolman, 1972, como citado em Cicchetti), os estudos de Garnezy e Streitman (1974) sobre crianças em risco de psicopatologia, a publicação do livro *Developmental Psychopathology* (Achenbach, 1974), que mais tarde deu nome a esta disciplina científica, ou ainda as revistas *Child Development* (1984) e *Development and Psychopathology* (1989). Outros contributos de relevo para a consolidação da PD foram os estudos sobre as causas e os efeitos dos tipos de vinculação (Ainsworth et al., 1978/2015; Bowlby, 1977), assim como as investigações sobre a resiliência e fatores de proteção associados a crianças em risco de psicopatologia, mas que revelaram um desenvolvimento adaptativo (Rutter, 1987) ou ainda sobre o efeito cumulativo de fatores de risco para a psicopatologia (Sameroff et al., 1987). Já no contexto português, salienta-se a obra pioneira de Joyce-Moniz (1993) *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*, na qual salienta:

Num sentido superficial, toda a psicopatologia é *desenvolvimentista*, na medida em que a patologia se constitui num processo desviante que ocorre durante o tempo, tornando possível a comparação com um processo de desenvolvimento normal. Assim, o que uns designam por distúrbio psicológico, outros por síndrome

nosológico, doença mental etc., integra-se bem na noção de desvio contraproducente. Não tanto em relação ao que é normal, mas mais ao que deveria evoluir normalmente. (p.4)

Apreende-se assim que para a compreensão desenvolvimentista da psicopatologia, é essencial haver tanto uma perspectiva global de todo o ciclo vital, com ênfase no desenvolvimento precedente de cada indivíduo, como também é fundamental o entendimento do desenvolvimento adaptativo contra o qual a psicopatologia é comparada. Conseqüentemente, também a compreensão do desenvolvimento desadaptativo torna-se essencial para que o conhecimento sobre o comportamento adaptativo não seja contrariado por fatos críticos revelados através da investigação sobre a desadaptação (Cicchetti, 2015; Pollak, 2015; Soares, 2000).

1.3. Abordagens Bioecossistêmica e Organizacional

A perspectiva sistêmica emerge na década de 40 e 50 na sequência de um movimento social e científico e resultado da convergência de formulações teóricas de diferentes disciplinas, que partilhavam uma visão global dos objetos e fenômenos que estavam a ser tratados (Relvas, 2000). A preparar e a consolidar terreno para a visão sistêmica, destacam-se: os princípios dialéticos de Vygotsky (1934/2007), cuja principal contribuição foi a exploração do contexto e das interações sociais como pilares para o desenvolvimento humano e para a construção de uma cultura; a teoria do campo de Lewin (1936/2015), que propôs que o ser humano se comporta em resposta à totalidade de fatos coexistentes e interdependentes, resultados de um campo dinâmico, chamado de espaço de vida; a perspectiva da *gestalt*, que propõe que os fenômenos humanos refletem uma relação de interdependência com o seu contexto, moldando um todo cujas características não são redutíveis às suas partes (Koffka, 1935/2014); a teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1968), com a noção de sistema aberto, complexo e adaptativo, entendido como um conjunto de elementos em mútua interação e em intercâmbio contínuo com outros sistemas, apresentando as noções de *multifinalidade* e *equifinalidade*; e ainda o modelo bioecossistêmico de Bronfenbrenner (1979) e Bronfenbrenner e Morris (2007), sugerindo que o ambiente da pessoa pudesse ser diferenciado em cinco diferentes níveis, que são permeáveis uns em relação aos outros: o microsistema (instituições e grupos que mais imediata e diretamente afetam o desenvolvimento da criança, incluindo: família,

escola, instituições religiosas, vizinhança, e pares), o mesossistema (interligações entre os microsistemas), o exossistema (envolve ligações entre os contextos sociais que não envolvem a criança, mas que a influenciam), o macrosistema (cultura dominante, que influencia tanto a criança, como o microsistema e mesossistema onde ela vive) e o cronossistema (padrão de eventos ambientais e transições ao longo da vida, bem como na mudança de circunstâncias sócio-históricas).

Estas variadas teorias sistêmicas partilham de um denominador comum, que passa por duas ideias-chaves na compreensão do desenvolvimento humano e da psicopatologia: as noções de contexto e interação (Relvas).

Por contexto entende-se a organização dos elementos de vários sistemas (e.g., biológico, psicológico, social) que permitem dar uma compreensão aos comportamentos individuais ou grupais (Relvas, 2000), sendo que a ênfase dada aos vários subsistemas varia entre os investigadores (e.g., Bronfenbrenner & Morris, 2007; Lerner, 1996; Tinajero & Páramo, 2012).

Já por interação entende-se o conjunto de relações concretamente observáveis na comunicação que se estabelece intra e entre os vários sistemas, sendo que é o conjunto das interações, o seu desenvolvimento e construção progressivos, que criam o contexto que vai permitir o seu enquadramento e a atribuição de significados (Relvas, 2000). A esta interação foram dadas nomenclaturas distintas: e.g., *coações* (Gottlieb, 2007), *co-construção* (Baltes et al., 2006) ou *interação dinâmica* (Bronfenbrenner & Morris, 2007). Gottlieb sugere uma análise multiníveis, englobando as ligações horizontais (coações que têm lugar no mesmo nível de análise, isto é.: célula-célula, pessoa-pessoa, ambiente-ambiente) e verticais (coações que ocorrem em diferentes níveis de análise, isto é, organismo-ambiente; comportamento-sistema nervoso). Segundo Gottlieb, cada nível informa e condiciona todos os outros níveis de análise, sendo a mútua relação entre pelo menos duas componentes do sistema de desenvolvimento que influenciam a sua organização ou desorganização, o que implica que nenhum dos níveis, possa ser considerado primordial em termos de causalidade. Numa linha de pensamento similar, Bronfenbrenner e Morris propõem uma análise multidomínios, i.e., uma análise que englobe os vários sistemas da vida do indivíduo. Relvas realça que as noções de contexto e interação adquirem assim um carácter totalmente dinâmico, realçando a importância da recursividade das interações e da consequente causalidade circular na qual não se pode determinar com rigor um princípio, meio, ou um fim, sendo que qualquer comportamento

é, simultaneamente, estímulo e resposta. Reconhece-se assim o indivíduo como um processador de experiência: o ambiente não produz unicamente a experiência do indivíduo, mas antes o indivíduo também cria ativamente a sua experiência e os seus próprios ambientes num mundo em constante mudança (Cicchetti, 2015, 2016). Neste sentido, a investigação tem apresentado evidência sobre a mútua influência entre desenvolvimento neurobiológico e a experiência (Barker, 2018; Eisenberg, 1995; Oller, 2019). Ou seja, a perspectiva interacionista dos processos de desenvolvimento envolve uma interpretação relativista dos seus resultados, uma vez que estes dependem das características específicas dos componentes relacionados. As implicações de um determinado atributo orgânico para o desenvolvimento variará de acordo com as condições ambientais, sendo que a influência de um determinado tipo de ambiente não será o mesmo em organismos diferentes, o que conduz a uma perspectiva dispersiva de desenvolvimento, que aceita a novidade como possibilidade e nega o pré-determinismo, colocando desta forma o foco nos processos que impulsionam o funcionamento e desenvolvimento do indivíduo (Brofenbrenner & Morris; Causadias & Cicchetti, 2018). A noção de dispersividade sistémica é refletida também no conceito de epigénese probabilística proposta por Gottlieb e tem vindo a merecer continuamente destaque na investigação atual (e.g., Barker; Garstein & Skinner, 2018; Oller; Provençal & Binder, 2014).

Já a perspectiva organizacional é herdada da teoria orgânica de Werner (1957, como citado em Soares, 2000) e propõe uma compreensão sobre os processos através dos quais o desenvolvimento ocorre, tomando como orientação o princípio embriogénico da ortogénese, traduzindo-o ao desenvolvimento mental. Também fulcral para esta abordagem foi a contribuição da teoria de epistemologia genética de Piaget que postula uma visão interacionista, cognitiva e organicista do desenvolvimento enquanto um processo construtivo (Montealegre, 2016; Piaget, 1926/2005). Isto significa, como sumariado por Montealegre que o desenvolvimento envolveria mudanças na estrutura, na medida em que o indivíduo se move, através da diferenciação, da integração hierárquica e de reorganizações qualitativas, de um estágio de organização relativamente difusa e indiferenciada para estádios de maior articulação e complexidade, integrando e adquirindo novas propriedades estruturais, funcionais e competências dentre e entre os sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social. Neste sentido, Cicchetti (2015) e Soares abordam as noções de *integração e mobilidade hierárquicas*,

ambas a reforçarem a importância do desenvolvimento precedente. A primeira propõe que as estruturas desenvolvimentais anteriores ou prévias são incluídas nas posteriores, isto é, a experiência precoce e os seus efeitos na organização do indivíduo são como que levados para o futuro. A segunda, sugere que os domínios ou áreas que constituíram forças ou vulnerabilidades dentro de uma estrutura organizacional, podem permanecer presentes, mesmo que não se manifestem na atual organização do indivíduo. Assim, a expressão comportamental e sintomática de um indivíduo desadaptado poderá sugerir a reativação de estruturas inadaptadas prévias e inseridas na sua organização atual, através de situações de stress ou crise, como são exemplo as tensões prolongadas nos vários sistemas onde a criança ou adolescente estão inseridos ou do próprio estágio de desenvolvimento que os confronta com novos desafios a que têm que se adaptar. Assim como também as competências prévias oferecem ao indivíduo uma maior possibilidade de mobilizar recursos adaptativos internos e externos, para lidar de modo mais adequado com novas exigências desenvolvimentais e ambientais.

Cicchetti (2015) e Tinajero e Páramo (2012), sublinham ainda que os conceitos de *integração e mobilidade hierárquica* implicam uma influência do tempo no desenvolvimento. Neste sentido, é dada uma especial ênfase às fases iniciais do desenvolvimento, i.e., à infância e à adolescência, por se destacarem enquanto períodos de construção de alicerces que sustentam o desenvolvimento futuro. No entanto, para que esta construção seja possível, é necessária, uma permeabilidade aos acontecimentos e uma interação dinâmica com os mesmos, qualidades que sendo necessárias para o desenvolvimento, podem também originar uma maior vulnerabilidade a situações desafiantes e de risco para a psicopatologia. Como consequência, a experiência patológica pode tornar-se parte de um círculo vicioso, uma vez que a patologia induzida na estrutura cerebral pode distorcer a experiência da criança ou adolescente, influenciando as funções auto-organizadoras, com alterações subsequentes na cognição e/ou interações sociais (Cicchetti & Tucker, 1994; Barker, 2018). A investigação tem vindo consecutivamente a corroborar que os eventos na infância e adolescência, sejam advindos do meio envolvente, sejam do seu próprio organismo, que passa por rápidas mudanças desenvolvimentais durante esta fase, moldam subsequentemente o seu neurodesenvolvimento posterior, exercendo assim influência no seu desenvolvimento tanto adaptativo, como desadaptativo ao longo da sua vida (Chen & Baram, 2016; Danese & Lewis, 2017; Larsen & Luna, 2018; Pollak, 2015; Reynolds et al., 2019).

As abordagens bioecossistêmica e organizacional resgataram ainda as noções de *equifinalidade* e *multifinalidade* já utilizadas na biologia por Bertalanffy (1968). Estes dois princípios são utilizados na psicopatologia do desenvolvimento de forma a enquadrar a compreensão sobre os diferentes resultados das diversas trajetórias de desenvolvimento (Cicchetti, 2015, 2016; Fergus & Zimmerman, 2005). Neste sentido, *equifinalidade* designa a variedade de progressões de desenvolvimento que se podem manifestar numa determinada disfunção, não sendo esta pré-determinada por um único caminho. Ou seja, múltiplos fatores podem contribuir para um tipo de comportamento desadaptativo (Cicchetti & Blender, 2006; Huizink & Rooji, 2018). Já a *multifinalidade* propõe que trajetórias idênticas possam estar associadas a diferentes resultados (Cicchetti & Blender; Ungar, 2018; Viding & McCrory, 2018).

Em suma, as abordagens desenvolvimental, bioecossistêmica e organizacional da psicopatologia do desenvolvimento propõem que o indivíduo se desenvolve e funciona psicologicamente como um organismo integrado, não se devendo analisar aspetos únicos e desassociados da totalidade tanto da do indivíduo, tomando em consideração a idade cronológica e a fase de desenvolvimento, como da do seu meio, abrangendo todos os níveis e domínios da sua vida. Sendo que estas perspetivas vieram contribuir para a implementação e refinamentos importantes na classificação diagnóstica existente das perturbações mentais, nomeadamente através de uma abordagem dimensional da psicopatologia do desenvolvimento (Achenbach et al., 2014; Gonçalves & Simões, 2000).

1.4. Abordagem Dimensional

Na época em que a psicopatologia do desenvolvimento começou a emergir, o campo da psiquiatria estava concentrado em questões de diagnóstico, ocupando-se, entre outros, por desenvolver formulações de taxonomias para distúrbios mentais. Para tal, estruturou critérios categoriais, com vista à eficácia dos processos de diagnóstico e à uniformização da linguagem (Hudziak et al., 2007; Pollak, 2015). Esta abordagem categorial, i.e., qualitativa, está vigente até hoje, sendo uma das suas principais referências o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]*) da American Psychiatric Association (APA, 2014).

Contudo, paralelamente e em contraste, foi emergindo também uma abordagem dimensional da psicopatologia, i.e., quantitativa, como consequência da própria consolidação e evolução da psicopatologia do desenvolvimento, que estava focada em compreender os processos subjacentes à psicopatologia (Achenbach, 2000, como citado em Achenbach et al., 2014; Kotov et al., 2017). A abordagem dimensional e quantitativa emergiu com os trabalhos pioneiros de Thomas Moore, Hans Eysenck, Richard Wittenborn, Maurice Lorr e John Overall, que desenvolveram medidas para avaliar sinais e sintomas de pacientes psiquiátricos internados, e identificaram dimensões empíricas da sintomatologia através da análise fatorial (Kotov et al., 2017). Esta abordagem permaneceu, em paralelo com a abordagem categorial, em uso na prática clínica e na investigação até aos dias de hoje, através de sistemas de avaliação psicológica que influenciaram também a intervenção, como por exemplo, entre outros, o modelo ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) (e.g., Achenbach et al., 2014), o teste *Strengths and Difficulties Questionnaire* [SDQ] (Goodman, 1997) ou a recente perspectiva sobre o *p-factor* (Shield et al., 2020). Reflexo da pertinência da abordagem dimensional é a integração no *DSM-5* (APA, 2014) dos capítulos *Medidas Transversais de Sintomas*, um dedicado à avaliação de adultos e outro de crianças e adolescentes.

Achenbach et al., (2014; 2017), Gonçalves e Simões (2000), Hudziak et al. (2007), Kotov et al. (2017) e Pollak (2015) apontam como principais características da abordagem dimensional de diagnóstico no âmbito da infância e da adolescência:

- A quantificação dos sintomas, sendo que o que distingue uma criança de uma amostra normativa, de uma outra, de uma amostra clínica é a frequência dos problemas comportamentais, levando assim em consideração a questão de limiares arbitrários e perda de informação associada, dando resposta ao fato de muitos pacientes ficarem aquém dos critérios para qualquer desordem, apesar de manifestarem angústia.
- A organização hierárquica e multiníveis, operacionalizada através da construção de síndromes a partir do estudo empírico da covariação de sintomas, agrupando-as em dimensões mais amplas, nomeadamente a internalização e a externalização. Neste sentido, esta abordagem identifica construções unitárias, gerando perfis comuns que atravessam as várias manifestações psicopatológicas, reduzindo a heterogeneidade do diagnóstico e valorizando a comorbilidade. A internalização engloba problemas que estão essencialmente

relacionados com o indivíduo, assim como sintomas de natureza subjetiva, como sejam o isolamento social, ansiedade ou medos; já a externalização engloba, principalmente, conflitos com outras pessoas e expectativas em relação à criança. Foram ainda identificadas outras síndromes, como por exemplo as perturbações do pensamento, que não são subsumidas por nenhuma das dimensões de internalização e externalização.

- A incorporação na avaliação igualmente as capacidades dos indivíduos, sugerindo que a psicopatologia existe num continuum com o funcionamento adaptativo, possibilitando a coexistência de adaptação e desadaptação.
- A consideração do comportamento patológico enquanto uma transação, tendo como referência a relação entre os indivíduos e os seus contextos, não reduzindo a origem da patologia ao indivíduo.
- A resposta dada à evolução da neurociência e às explicações genómicas sobre a psicopatologia, que exigem quantificação de forma a ser possível abranger diversos circuitos neurais e genes relevantes para a psicopatologia.
- A possibilidade de diferenciação em relação à variação de sexo e idade.
- A sustentação advinda de uma abordagem empírica transcultural do desenvolvimento e da avaliação.

2. Resiliência

2.1. Definição e Origens

A origem do construto remonta à palavra *resilire*, que em latim significa saltar para trás, voltar ou ser relançado, e remete para a ideia de elasticidade e de rápida capacidade de recuperação. O termo aparece, inicialmente, nos campos da física e da engenharia, associado à capacidade máxima de um material suportar tensão sem se deformar de maneira permanente (Agaibi & Wilson, 2005). No âmbito da psicopatologia do desenvolvimento, a noção de adaptação fez parte integrante da investigação desde as décadas de 60 e 70 do século XX (Luthar, 2015). Segundo Rutter (1987), o interesse sobre esta temática tem origem em três campos de investigação: (a) nos estudos quantitativos

com grupos de alto risco que apresentavam variações significativas ao nível da psicopatologia; (b) nos trabalhos realizados sobre o temperamento; e (c) nos estudos que destacam o papel ativo do indivíduo face a situações adversas. De realçar é a investigação pioneira de Garmezy e Streitman (1974), através das quais se observou que entre crianças de alto risco para a psicopatologia severa, nomeadamente para a esquizofrenia, havia um subconjunto de crianças que tinham surpreendentemente padrões adaptativos saudáveis. Para Garmezy e Streitman estas crianças estavam a manifestar aspetos fundamentais para uma compreensão integrada da psicopatologia do desenvolvimento, focando-se em identificar fatores associados a este comportamento adaptativo inesperado. Este enfoque, segundo Luthar, refletiu-se num afastamento dos modelos médicos sintomáticos da época, cuja perspetiva exercia uma forte influência sobre muitos dos investigadores em psicopatologia, que identificavam estas crianças como sendo casos atípicos saudáveis, sem particular interesse para a investigação.

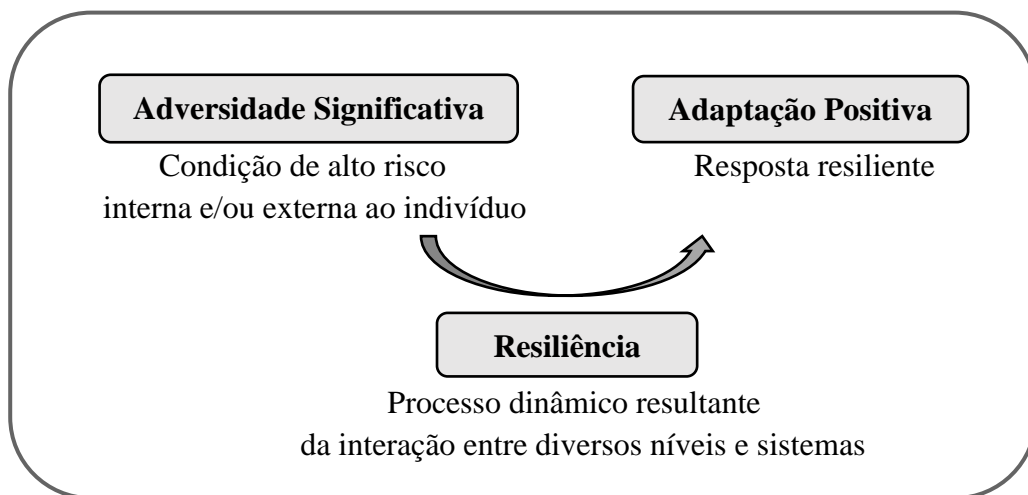
Desde então o interesse pela investigação em resiliência foi ganhando mais atenção, tendo sido sistematizadas quatro fases de desenvolvimento deste campo de estudo (Masten & Barnes, 2018; Wright et al., 2013). Numa primeira fase, o objetivo foi identificar os fatores que poderiam justificar uma adaptação desejável num contexto de adversidade. Numa segunda fase, o objetivo passou a ser a compreensão dos processos subjacentes à atuação de tais fatores. Passou-se para tal à análise desses processos intra e interindividuais, abrangendo a análise dos vários sistemas sociais que integram o indivíduo em desenvolvimento. Numa terceira fase, o foco da investigação orientou-se para a intervenção que pudesse fomentar a resiliência. Por fim, uma mais recente quarta fase, que apesar de estar novamente centrada nos processos subjacentes à resposta resiliente, incorpora uma análise mais integradora do que a segunda fase, na medida em que os investigadores levam em consideração os múltiplos níveis e efeitos de sistemas interligados e complexos, desde o nível molecular até ao nível sociocultural, integrando campos como as da epigenética e da neurobiologia.

À medida que a investigação sobre a resiliência foi se desenvolvendo, foram sendo sugeridos diferentes pressupostos teóricos, levando a que as definições sobre este construto fossem sendo reajustadas de acordo com essas diferentes perspetivas (e.g., Fergus & Zimmeramn, 2005; Luthar et al., 2000; Masten & Barnes, 2018; Shean, 2015). No entanto, como resumido na Figura 2, foi se consolidando a noção transversal de que a resiliência é um processo dinâmico, resultante da interação entre diversos níveis e

sistemas, que reflete a capacidade de um sistema para se adaptar positivamente a situações de adversidade, i.e., ter uma resposta resiliente a desafios que ameaçam a função, sobrevivência ou desenvolvimento futuro do mesmo (Fergus & Zimmerman; Garmezy, 1991; Luthar et al.; Masten & Barnes; Rutter, 2012, 2013; Shean; Ungar, 2008). Observa-se assim um denominador comum que define a resiliência como sendo um conceito superordenado, que integra em si dois atributos transversais às várias definições: adversidade significativa e adaptação positiva. É com base nestes dois atributos que se pode inferir indiretamente a resiliência, como sendo função da associação entre risco e proteção (Fergus & Zimmerman; Masten & Barnes).

Figura 2

Resiliência



Passar-se-á- à compreensão dos atributos “adversidade significativa” e “adaptação positiva”, com as distintas nuances e enfoques apresentados pelos diferentes investigadores.

2.2. Principais Atributos da Resiliência

O atributo “adversidade significativa” e o risco a ela relacionado são estabelecidos em termos de probabilidades estatísticas: uma condição de alto risco é aquela que acarreta grandes probabilidades de desajustamento quantificável (Masten, 2001). Por exemplo, uma elevada ansiedade materna está associada a um risco duas vezes maior para perturbação mental em crianças (Monk et al., 2019). Ungar (2008) reforça que as adversidades significativas podem ser internas ao indivíduo, tais como estágios

desenvolvimentais, disposição genética, padrões lábeis de reatividade autonómica, ou externos, com sendo no ambiente familiar, escola, comunidade ou mesmo tradições culturais ou religiosas.

Já o atributo “adaptação positiva” é concebida como a adaptação que é substancialmente melhor do que o que seria de esperar dada a exposição à circunstância de risco, i.e., trata-se do resultado do processo de resiliência. Este resultado é denominado, segundo Fergus e Zimmerman (2005), de resposta resiliente ou resultado resiliente, já a resiliência é o processo de superação do risco. Echezarraga et al. (2018) e Jakovljevic e Borovecki (2018) sugerem que a resposta resiliente é uma adaptação biopsicossocial com origem e repercussão multiníveis e multidomínios - o que remete para as perspetivas desenvolvimental, bioecossistémica e organizacional - à qual subjazem duas noções: (a) uma relativa às origens da resposta resiliente, i.e., ao processo de resiliência subjacente, cuja fonte não é apenas o indivíduo, mas também o seu meio; e (b) outra, relativa à resposta resiliente em si, que se apresenta mutável em relação a níveis e domínios diferentes e ao longo do tempo, na medida em que é resultado da interação entre sistemas dinâmicos, abertos, adaptativos e complexos.

Aprofundando a primeira noção relativa ao processo de resiliência, segundo Shean (2015), a maioria dos investigadores, corrobora com a perspetiva de a resiliência ser um processo, na medida em que observaram que não se trata de uma capacidade exclusiva com a qual nasceram apenas crianças heroicas, nem de um traço que após adquirido é estável, imutável e impermeável às circunstâncias. Esta perspetiva veio opor-se diametralmente a uma das primeiras terminologias, a de “crianças invulneráveis” de Anthony (1974, como citado em Luthar 2015). Neste sentido e levando em consideração a abordagem bioecossistémica, segundo Ungar (2008, 2018) e Barker (2018), é necessário estarem disponíveis tanto os recursos adequados, como também a capacidade de o indivíduo navegar em direção aos mesmos, i.e., o *locus* da resiliência é alargado para além do indivíduo para que haja um processo de resiliência. Enfatiza-se assim o papel ativo dos vários sistemas, dentro e fora de um indivíduo, desde características genéticas até aos atributos disposicionais, passando pelo ambiente familiar, assim como pelos contextos social e cultural. As variáveis que interrompem uma possível trajetória de risco em direção à patologia, modulando assim a relação entre adversidade e adaptação positiva, têm sido chamadas de fatores ou processos de proteção (Echezarraga et al., 2018; Masten & Barnes, 2018), que serão abordados no ponto 3.

Já a segunda noção relativa à resposta resiliente, tem sido verificado que não se trata de uma resposta generalizada, mas que pode estar presente num dado momento e não em outro ou que se pode manifestar em alguns níveis ou domínios e não em outros, não sendo como tal uma resposta linear (e.g., Garmezy, 1991; Jakovliejvic & Borovecki, 2019; O'Hara et al., 2019; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 2012; Ungar, 2018).

De forma a organizar o vasto leque de comportamentos que uma resposta resiliente pode abranger, alguns investigadores (Jakovliejvic & Borovecki, 2019; Kalish et al., 2015; Shrivastava et al., 2016) caracterizaram a resiliência enquanto primária, secundária ou terciária. A primária está relacionada com a manutenção do equilíbrio da saúde mental após a adversidade através de um “ricochetear” (“*bouncing back*”) (Kalish et al.). Por exemplo, Garmezy (1991) já sugerira que a resposta resiliente pode ser antecipada por um retraimento inicial após o despoletar da situação stressante. Este nível de resiliência, segundo Garmezy e Kalish et al., pode ser considerado como um fator de proteção em si mesmo, na medida em que evita o desenvolvimento de psicopatologia, como tal está relacionada, em termos de intervenção, à prevenção de doenças. Contudo, O'Hara et al. (2019) adverte para o inverso, por exemplo, filhos de mães deprimidas podem manifestar uma adaptação positiva, adotando o papel de cuidador, expondo assim uma falsa maturidade, que pode num primeiro momento parecer saudável, na medida em que foi a forma da/o filha/o se adaptar à situação, mas que pode ser suscetível de ter consequências desadaptativas a longo prazo. Já a resiliência secundária refere-se à capacidade dos indivíduos para lidarem com psicopatologia já instalada e recuperarem para um nível de adaptação e saúde mental (Shrivastava et al.). Ou seja, trata-se aqui da capacidade de alcançar a recuperação clínica, social ou pessoal, após um período de desenvolvimento desadaptativo. Pode-se inserir neste nível o conceito de Rutter (2012, 2013) de “experiências de pontos de viragem” (“*turning points experiences*”) como sendo momentos na vida de um indivíduo onde há uma descontinuidade com o passado, i.e., um indivíduo pode mostrar-se resiliente, apesar de na infância e juventude não o ter sido. E por último, a resiliência terciária, é perspetivada enquanto uma resposta face a uma psicopatologia crónica, que ajuda os indivíduos, apesar da patologia, a mobilizarem os recursos necessários para viverem com psicopatologia, a adaptarem-se às possíveis limitações da vida associadas a ela e a desenvolverem-se de uma forma adaptativa e produtiva em algumas áreas da vida. A participação proactiva destes indivíduos na adesão

ao tratamento é também uma expressão desta resiliência terciária (Jakovljevic & Borovecki).

Ainda relativamente à variabilidade da resposta resiliente, Luthar (2015) sugere que é irrealista esperar que crianças e adolescentes sejam bem-sucedidos em todos os domínios de forma consistente, principalmente num contexto de risco. Por exemplo, no contexto de crianças que enfrentam grandes traumas, seria adequado definir a evasão ao risco em termos de ausência de psicopatologia severa e não tanto ter como parâmetro um grau de excelência nas suas competências (Mohammadinia et al., 2018). Neste sentido, alguns investigadores como Denny et al., 2004; Flouri, et al., 2015; Luthar e O'Hara et al. (2019) advertem para o fato de haver crianças que manifestam uma resposta resiliente através do seu comportamento, nomeadamente através de competências escolares ou sociais, mas que podem estar psicologicamente vulneráveis e sublinham que não considerar os problemas de internalização pode levar a uma visão camuflada sobre a psicopatologia.

Neste âmbito, torna-se também pertinente referir que a resposta resiliente pode ser mutável à fase desenvolvimental da criança ou adolescente, considerando as competências relativamente à fase de desenvolvimento (Luthar, 2015; Masten et al., 2015). Entre as crianças pequenas, por exemplo, a competência é definida operacionalmente em termos do desenvolvimento de uma ligação segura com os prestadores de cuidados primários e entre as crianças mais velhas, em termos de relações positivas com colegas e professores ou do funcionamento escolar, como desempenho académico adequado (Luthar; Masten et al.).

Importa ainda distinguir a competência da resiliência, por serem noções próximas, mas não idênticas. De uma forma geral, Bronfenbrenner e Morris (2007) e Masten et al. (2015) apresentam competência como uma família de construtos relacionados com a capacidade ou motivação de um indivíduo em cumprir tarefas desenvolvimentais, que, se bem-sucedidas podem preparar o indivíduo para desafios futuros. Ao contrário, competências que estejam comprometidas podem vulnerabilizar o indivíduo e levar ao desenvolvimento de psicopatologia, como também a psicopatologia pode vir a comprometer as competências. É proposta assim uma relação de bidirecionalidade e de mútua influência entre competências e psicopatologia. O que diferencia, contudo, o amplo constructo de competência da resiliência, é a presença de risco, ou seja, a competência tem que existir com risco para ser resiliência (Rutter, 2013). Neste sentido, toda a resiliência presume a

existência de algum tipo de competência, mas nem toda a competência indica, invariavelmente, que em situações de risco se venha a manifestar uma resposta resiliente.

3. Risco e Proteção: De Fatores Isolados a Processos Múltiplos

3.1. Definição de Risco e de Proteção

Os conceitos de risco e proteção surgiram no meio acadêmico oriundos da área da medicina, especialmente de estudos epidemiológicos, que investigavam variáveis associadas à presença ou à ausência de manifestações patológicas (França et al., 2002). No contexto do comportamento humano, as noções de risco e de proteção estiveram acopladas à investigação no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento e da resiliência. Num primeiro momento, a investigação em psicopatologia do desenvolvimento orientou-se para a enumeração de fatores associados a comportamentos desadaptativos, dando ênfase à noção de risco (Luthar, 2015). Num segundo momento, já no âmbito da pesquisa em resiliência, ao se reconhecer que apesar do risco havia indivíduos que mostravam um comportamento adaptativo, começou-se a ampliar o foco da investigação para os fatores de proteção com o objetivo de identificar os fatores que amenizariam ou reverteriam uma trajetória de desadaptação (Luthar).

Relativamente às definições e terminologias associadas ao risco e à proteção, ainda se observam ambiguidades (Shean, 2015). Contudo, de forma genérica, o risco é habitualmente considerado como sendo fatores ou processos mensuráveis, que elevam a probabilidade de se obterem resultados desenvolvimentais indesejáveis, podendo no seu extremo originar psicopatologias mais graves (Garmezy, 1991; Kadzin et al., 1997; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 1987; Sá et al., 2010). Já a proteção pode ser definida como aqueles fatores ou processos, que, na presença de risco, modificam a resposta pessoal, no sentido de favorecer a adaptação e desenvolvimento saudável (Garmezy, 1991; Kim-Cohen, 2007; Masten & Barnes, 2018; Ramey & Ramey, 1998; Rutter, 1987).

A acima referida diferenciação entre fatores e processos é propositada, sendo inicialmente sugerida por Rutter (1987) quando verificou uma não linearidade entre as variáveis que

considerava de risco ou de proteção e os comportamentos observados. Rutter sugeriu então que, dependendo das necessidades individuais, do contexto ou de circunstâncias presentes na vida de cada indivíduo, (a) uma mesma variável pode exercer efeitos diferentes no desenvolvimento, i.e., funcionar como sendo de risco ou como sendo de proteção - o que remete à noção de multifinalidade e (b) variáveis diferentes poderiam conduzir a um mesmo resultado - o que conduz à noção de equifinalidade. Esta perspectiva mais complexa é adotada também por outros investigadores. Por exemplo, Ungar (2011) e Luthar et al. (2006) observaram que um elevado nível socioeconómico, assim como um elevado nível de inteligência podem ser um risco em alguns contextos, ou o inverso, como sugerido por Griese e Buhs (2014) que uma situação de risco como ser vítima de *bullying*, pode levar ao desenvolvimento de recursos que despoletam uma trajetória de desenvolvimento positiva. Já Rutter (2012, 2013), apesar de apoiar esta complexidade, sugere que possam existir alguns índices de vulnerabilidade ou proteção "pura" que podem criar desordem quando presentes, mas não excelência quando ausentes, como o maltrato infantil, enquanto outros podem ser benéficos quando presentes sem conferir vulnerabilidade quando ausentes, como talentos artísticos ou musicais. Neste sentido, Ungar e França et al. (2002) enfatizam a necessidade de não se simplificar um campo complexo, alertando que a categorização de um fator como sendo de risco ou de proteção não deveria ser uma conclusão intuitiva, mas antes resultado de verificação experimental, destacando ainda a importância de se compreender os processos subjacentes ao risco e à proteção. Por outro lado, Masten (2011), sugere uma perspectiva mais linear, segundo a qual as variáveis de risco e de proteção são bipolares. Masten considera que, se uma criança tiver um gradiente elevado de risco, é provável que tenha, relativamente a essa condição, um gradiente baixo de proteção. Por exemplo, se uma criança tem o fator de risco de um lar caótico, é provável que esteja a faltar o fator protetor de um ambiente doméstico coeso ou ainda se tiver uma baixa autoestima, enquanto risco para o desenvolvimento de uma série de resultados indesejáveis, não terá em simultâneo uma autoestima elevada, enquanto proteção para um desenvolvimento desadaptativo.

3.2. Fatores de Risco e de Proteção

A dicotomização de variáveis em fatores de risco e de proteção, mesmo não sendo apoiada enquanto orientação teórica pela maioria dos investigadores, é, ainda assim, comumente utilizada para fins de investigação, já que a enumeração de fatores de risco e de proteção

pode providenciar um guia de orientação geral de variáveis estatísticas (Lenzi et al., 2015; Shean, 2015; Rutter, 2013).

A organização dos fatores de risco e de proteção tem sido comumente orientada pela perspectiva desenvolvimentista e bioecossistêmica, a partir da qual as variáveis podem ser agrupadas por sistemas concêntricos, do proximal ao mais distal (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 2007). Leva-se assim em consideração o sistema individual, que inclui atributos biológicos e genéticos, assim como características da personalidade, os sistemas ambientais, como sejam o familiar, o escolar e comunitário, e ainda o sistema relativo ao tempo, sublinhando a importância do momento ao longo do ciclo vital no qual as variáveis interagem com o indivíduo (Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018; Stouthamer-Loeber et al., 2002). No entanto, alguns fatores de risco e de proteção mostrar-se-ão transversais a mais do que um sistema, já que os sistemas são mutuamente permeáveis e interdependentes, como referido por Bronfenbrenner.

Apresenta-se na Tabela 1 uma síntese ilustrativa de alguns dos principais fatores de risco e de proteção identificados na literatura, associados ao desenvolvimento desadaptativo e adaptativo de crianças e adolescentes (Buchanan, 2014; Carr, 2014; Gauy & Rocha, 2014; Hunt et al., 2017; Maia & Williams, 2005; Masten & Barnes, 2018; Rasmussen et al., 2014; Rickwood & Thomas, 2019; Shean, 2015; Teixeira et al., 2014; Wille et al., 2008).

Tabela 1

Fatores de risco e de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento

Sistema	Fatores de risco	Fatores de proteção
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Stressores pré e perinatais • Vulnerabilidade genética • Alta reatividade do sistema nervoso autónomo • Agressões precoces • Transição de etapas desenvolvimentais • Lesões e doenças agudas severas • Doenças crónicas • QI baixo • Temperamento difícil; baixa autoestima • <i>Locus</i> de controlo externo • Higiene de sono desadequada para a idade desenvolvimental 	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Capacidade cognitiva • Boa capacidade de regulação do sistema nervoso autónomo • Boa saúde física • QI elevado • Temperamento fácil • Elevada autoestima • <i>Locus</i> de controlo interno • Autoeficácia elevada • Estratégias de <i>coping</i> funcionais • Higiene de sono adequada à idade desenvolvimental

Sistema	Fatores de risco	Fatores de proteção
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de vinculação • Ausência por parte da família de estimulação intelectual • Baixo envolvimento parental • Estilo parental autoritário, permissivo ou negligente • Disciplina parental inconsistente • Violência e discórdia conjugal • Separação ou divórcio • Família monoparental • Desorganização familiar • Baixa escolaridade dos pais • Desemprego parental • Irmãos com comportamentos desviantes • Dificuldades financeiras • Falta de monitorização do tempo à frente de telas eletrónicas • Sedentarismo • Abuso psicológico, físico ou sexual • Psicopatologia dos pais, incluindo abuso de álcool ou outras substâncias • Criminalidade parenta • Transições na vida familiar, como emigração, mudança de cidade, nascimentos ou lutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculação segura pais-criança • Estilo parental autocrático • Comunicação familiar clara • Organização familiar flexível • Envolvimento parental • Boa adaptação por parte dos pais à parentalidade • Satisfação conjugal elevada • Número baixo de irmãos • Expectativas realistas sobre o desenvolvimento da criança • <i>Locus</i> de controlo parental interno • Autoeficácia parental elevada • Modelos internos dinâmicos seguros • Níveis baixos de estresse familiar • Estratégias de <i>coping</i> funcionais por parte dos pais • Nível de escolaridade superior dos pais • Atitude colaborativa por parte dos pais em casos de intervenção psicológica • Incentivo à prática de atividade física
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso infantil fora do contexto familiar • Todos os tipos de <i>bullying</i> • Lutos no ambiente social proximal • Dificuldades na relação com professores • Mudanças de escola (incluindo transições de ciclo escolar) • Ambiente escolar negligente ou demasiado exigente • Ausência de atividades extracurriculares • Perda de amigos • Nível socioeconómico baixo • Institucionalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Boa rede de suporte social (incluindo online) • Ter amigos em quem se confia • Vizinhança segura • Localização e ambiente escolar seguros • Boa relação com professores • Nível socioeconómico elevado • Acesso a espaços verdes • Frequência em atividades lúdicas e/ou desportivas

3.3. Risco e Proteção Múltiplos

Considerando como perspectivas orientadoras a abordagem bioecossistêmica com as noções de contexto e interação e a abordagem organizacional com as noções de integração e mobilidade hierárquica, assim como considerando os ambientes naturais das crianças e adolescentes, constatou-se que os fatores de risco e de proteção tendem a não se apresentar de forma isolada e independente, mas antes coexistem na vida das crianças e adolescentes, agregando-se uns aos outros, seja num determinado momento, seja ao longo do tempo. Neste sentido, com o intuito de salvaguardar a complexidade inerente à etiologia da psicopatologia do desenvolvimento e da resiliência, o foco da investigação foi sendo ampliado das variáveis discretas de risco e de proteção para a análise de processos subjacentes ao risco e à proteção, contemplando para tal fatores múltiplos (Cicchetti, 2016; Cicchetti & Curtis, 2007; Evans et al., 2013; Masten & Barnes, 2018).

Os modelos de risco e proteção múltiplos no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento e da resiliência analisam desde o efeito aditivo de fatores de risco ou de proteção, como seja o modelo de risco e proteção cumulativos analisado no presente estudo, até modelos que se centram no efeito combinado das relações entre esses fatores.

3.3.1. O Modelo Cumulativo

A partir da noção da agregação de fatores de risco e de proteção, surgiu a hipótese do efeito cumulativo (Cicchetti, 2015; Ettekal et al., 2019; Evans et al., 2013; Rutter, 1985; Sameroff et al., 1987), cujo foco são os processos de risco e de proteção subjacentes à psicopatologia e resiliência, decorrentes da adição de fatores de risco e de proteção, i.e., o número de fatores experienciados reveste-se com uma importância maior do que os fatores em si (Ettekal et al., 2019; Evans et al.; Gerard & Buehler, 2004; Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018; Rutter; Sameroff et al.; Sameroff, 2010).

O modelo cumulativo, como revisto por Evans et al. e Ettekal et al., tem mostrado ser um dos modelos mais utilizados na investigação no âmbito dos modelos desenvolvimentais de risco e de proteção múltiplas. É um modelo aditivo simples e parcimonioso, que inclui fatores com diferentes intensidades e de diferentes domínios. Este modelo tem apresentado associações entre número de fatores e diferentes dimensões de psicopatologia e resiliência, e tem mostrado ainda robustez estatística, mesmo em amostras de menor

dimensão. O efeito cumulativo é operacionalizado através de índices, construídos através da dicotomização de cada exposição ao fator de risco ou de proteção e da soma do número de exposições verificadas.

O efeito cumulativo tem vindo a ser analisado através de dois modelos relativos à quantidade de fatores: (a) um modelo sugerido por Sameroff et al. (1987), que continuou a ser aplicado na investigação (e.g., Appleyard et al., 2015; Evans et al., 2013; Ragnarsdottir et al., 2017), que sugere a existência de uma relação linear e aditiva de fatores de risco ou de proteção sobre o resultado, i.e., à medida que o número de fatores de risco ou de proteção vai aumentando, observa-se, respetivamente, um aumento ou diminuição estável e gradual de problemas; e (b) um modelo sugerido por Rutter (1985), cuja aplicação também se manteve na investigação atual (e.g., Appleyard et al., 2005; Evans et al., 2013; Krishnakumar & Black, 2002; Turner et al., 2007), cujo foco incide sobre o efeito aditivo não linear, i.e., sobre o efeito de um limiar, ou seja, após a exposição a um determinado número de fatores de risco ou de proteção surge um desencadeamento, aumento dramático ou uma compensação significativa no comportamento problemático.

O modelo que se debruça sobre uma relação linear e aditiva teve como primeira pesquisa, o *Rochester Risk Program*, desenvolvida por Sameroff et al. (1987), onde foram avaliados, em 215 famílias de baixo nível socioeconómico e ao longo de 20 anos, fatores de risco que pudessem estar associados a um baixo nível de QI das respetivas crianças. Foram identificados dez riscos familiares e sociais: (1) doença mental materna; (2) nível de ansiedade materna; (3) perspetivas laborais parentais; (4) interação limitada entre criança e a mãe; (5) baixa escolaridade materna; (6) provedor principal da família sem ocupação qualificada; (7) nível socioeconómico baixo; (8) baixo suporte social familiar, nomeadamente no contexto de famílias monoparentais ou de grupos étnicos minoritários; (9) famílias com quatro ou mais filhos; e (10) presença de eventos estressantes. Ao analisarem diferentes combinações de igual número destes fatores de risco, observaram que estes produziram efeitos semelhantes sobre o QI, sugerindo que nenhum dos fatores isoladamente, incluindo o nível socioeconómico, aumentou ou limitou a realização intelectual precoce, mas que os efeitos cumulativos de múltiplos fatores de risco aumentaram a probabilidade de um comprometimento no desenvolvimento. Concluíram ainda que as crianças expostas a mais fatores de risco tinham 24 vezes mais probabilidade de ter um QI abaixo dos 85 do que as crianças expostas a menos fatores. Também outros investigadores (e.g., Appleyard et al., 2005; Atkinson, 2015; Ragnarsdottir et al., 2017)

observaram uma relação linear e aditiva entre o número de fatores de risco e comprometimento no desenvolvimento adaptativo, sugerindo que a diminuição de qualquer fator de risco exerce influência no resultado. Este modelo estende-se também aos fatores de proteção, como observado em Stoddard et al. (2013), onde foi identificada uma relação linear, aditiva e compensatória, i.e., um nível de risco cumulativo mais elevado foi associado a níveis mais elevados de comportamento violento, já níveis mais elevados de fatores de proteção foram associados a níveis mais baixos de comportamento violento, sendo que os fatores de proteção moderaram a associação entre risco e comportamento violento.

Já no modelo que investiga o efeito de um limiar, observou-se, num dos primeiros estudos, que a presença de dois ou três fatores de risco a coocorrer simultaneamente produziram um aumento quatro vezes maior na prevalência da psicopatologia do que um risco isolado, situação esta que levou a um desfecho mais adaptativo, e quatro ou mais fatores geravam um efeito dez vezes maior (Rutter, 1985). Rutter sugeriu que o limiar do número de fatores de risco para o desencadeamento ou intensificação de comportamentos desadaptativos, pudesse servir de organizador, enquadrando as crianças e adolescentes como sendo de baixo ou alto risco, consoante o número de fatores a que estivessem expostos. Outros estudos também encontraram limiares, como por exemplo o de Turner et al. (2007), no qual observou-se que quatro ou mais fatores de risco indicavam que as crianças e adolescentes estariam num gradiente de alto risco. O mesmo efeito de um limiar foi observado relativamente ao efeito cumulativo dos fatores de proteção. Por exemplo, no estudo de Turner et al, 2007, conclui-se que três ou mais fatores de proteção aumentariam a probabilidade de resiliência, sendo que um ou dois fatores de proteção não estavam significativamente relacionados com uma resposta resiliente.

A par da importância dada à quantidade de fatores, a investigação foi identificando outras variáveis que impactaram a compreensão do efeito cumulativo. Uma delas, sendo a variedade de fatores aos quais crianças e adolescentes estão expostos, nomeadamente a variedade de domínios envolvidos (e.g., individual, familiar, social) (Esbensen et al., 2009; Gerard & Buehler, 2004; Lenzi et al., 2015; Pantis et al., 2015).

Outra variável de relevo é a dimensão temporal, i.e., o(s) momento(s) ao(s) qual(uais) a criança ou adolescente está exposto aos fatores de risco ou de proteção, se de forma mais aguda, estando exposta a múltiplos fatores num único momento, ou se ao longo do tempo, indicando uma cronicidade (Masten & Barnes, 2018; Wille et al., 2008). Sugere-se, por

exemplo, que risco e proteção, incorridos na primeira infância podem ter resultados diferentes daqueles incorridos numa infância mais tardia ou na adolescência, porque vão definindo a percepção, cognições, emoções e comportamentos da criança e com conseqüentemente o curso para as interações subseqüentes com seu ambiente, sublinhando que as crianças mais velhas podem ter estado expostas a risco e proteção durante um período de tempo mais longo, provocando uma vulnerabilidade multiplicativa e uma sensibilidade ao estresse, mas também possibilitando o desenvolvendo de mais recursos (Espejo et al., 2007; Rutter, 1987; Sameroff et al., 1987; Sasser et al., 2019).

Ainda outra variável a destacar é o sexo, apesar de se verificar que a investigação ainda é pouco conclusiva neste âmbito (Evans et al., 2013; Hunt et al., 2017; Lenzi et al. 2015). Por exemplo, o estudo de Gerard e Buehler (2004) sugere que a exposição a múltiplos riscos favorece a que as raparigas estejam mais propensas a problemas de internalização e os rapazes a problemas de externalização, i.e., uma causa similar, nomeadamente uma determinada quantidade de fatores e não os fatores isolados, incita a resultados diferentes, resgatando-se a noção de multifinalidade. Por sua vez, Hartman et al. (2009) observaram que raparigas e rapazes dependiam de diferentes fatores de proteção para fomentar a resiliência, contudo a acumulação de fatores de proteção pareceu ser igualmente importante para ambos os sexos, resgatando-se a noção de equifinalidade. Já Logan-Green et al. (2011) sugerem que os rapazes são mais vulneráveis ao risco cumulativo do que as raparigas, que por sua vez estão mais propensas à proteção cumulativa. No entanto, em outros estudos, como por exemplo de Hunt et al., não foram observadas diferenças entre raparigas e rapazes.

3.3.2. Outros Modelos de Risco e de Proteção Múltiplos

Os modelos de risco e de proteção apresentados neste capítulo contemplam processos subjacentes à interação entre fatores, de tal forma que o efeito combinado desta interação, aufere uma importância maior do que o somatório dos fatores isolados, integrando, ao contrário do modelo cumulativo, interações estatísticas entre os fatores, que se podem potencializar ou inocular mutuamente (Cicchetti 2015; Evans et al., 2013; Shean, 2015).

Passar-se-á num primeiro momento à apresentação dos mecanismos de risco mais comumente utilizados na investigação. Por exemplo, Rutter (1987) sugere um modelo de diferenciação entre o risco inicial daqueles fatores que o intensificam e que levam a

uma desadaptação, sendo estes últimos denominados de fatores de vulnerabilidade. Para Rutter a situação inicial de risco teria um efeito direto no indivíduo e os fatores de vulnerabilidade teriam um efeito indireto sobre o resultado e dependente de uma interação com outros fatores. Esta diferenciação foi sendo corroborada por outros autores, nomeadamente Grant et al. (2006), que diferenciam variáveis com efeitos de risco diretos no comportamento, i.e., variáveis com um efeito mediador, daquelas que, por interagirem com outras variáveis, têm efeitos indiretos no comportamento, i.e., variáveis com efeito moderador. Também Carr (2014) diferencia entre fatores de risco predisponentes (o risco inicial) e precipitantes (fatores que intensificam o risco inicial e desencadeiam a desadaptação).

As possíveis relações do nível de risco com o comportamento adaptativo ou desadaptativo são apresentadas na Tabela 2 (adaptada de Fergus & Zimmerman, 2005).

Tabela 2

Relação entre nível de risco e psicopatologia

Comportamento	Risco baixo	Risco elevado
Adaptativo	Desenvolvimento normativo	Teoria da resiliência Modelos sobre a proteção
Desadaptativo	Trajetórias inesperadas, eventualmente devido a uma avaliação e/ou seleção inadequada do risco	Teoria da psicopatologia Modelos sobre o risco

Já relativamente aos processos de proteção, cuja ênfase é particularmente dada na investigação sobre resiliência, por exemplo, Garmezy et al. (1984) identificaram três modelos compreensivos acerca da relação entre variáveis, que, num contexto de risco, modificariam a trajetória de uma eventual psicopatologia para um comportamento adaptativo: (a) o compensatório; (b) o de proteção-risco; e (c) o do desafio. Estes modelos continuam a orientar a investigação em psicopatologia do desenvolvimento e resiliência (e.g., Stoddard et al., 2013; Zimmerman et al., 2013).

No modelo compensatório, os fatores de proteção revestem-se com a nomenclatura de promotores, por promoverem as competências necessárias para neutralizarem a exposição ao risco através de um efeito oposto, direto e independente sobre os resultados, independentemente de este ser alto ou baixo, exercendo assim um efeito mediador sobre

o resultado, i. e., não influenciam o resultado por meio da interação com o risco. Neste sentido, trata-se de um modelo linear e aditivo em que, por um lado, os fatores de risco diminuem a competência e aumentam a desadaptação e, por outro, os fatores promotores promovem a competência e melhoram a adaptação.

Já no modelo da proteção-risco (ou imunidade-vulnerabilidade), os fatores protetores mantêm a nomenclatura de protetores, já que protegem o indivíduo de um resultado desadaptativo, através da interação com o risco, i.e., por interagirem indiretamente com o resultado, exercem um efeito moderador sobre o risco, estando associados a resultados de adaptação positiva num contexto de risco elevado e não quando o risco é baixo.

No modelo do desafio, é o risco que pode exercer um efeito de proteção, não sendo por isso utilizada a nomenclatura “fatores de proteção”, mas antes “efeito protetor”. À luz deste modelo, que assenta sobre os mecanismos de diátese-*stress*-enfrentamento (Flouri et al., 2015; Ganzel et al., 2010; Lazarus & Folkman, 1984, como citado em Shean, 2015), assim como sobre os mecanismos de regulação emocional (Compas et al., 2017), níveis muito baixos, pela impossibilidade que criam no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, ou níveis muito altos de risco, pela carga alostática que vai sendo fomentada, podem desencadear psicopatologia, já níveis médios, por permitirem o indivíduo, ao ultrapassar com sucesso níveis gerenciáveis de risco, mobilizar recursos internos e/ou externos e desenvolver capacidades para lidar com situações desafiantes futuras, podem promover a adaptação positiva. Por exemplo, um moderado conflito parental que é resolvido amigavelmente e que por isso pode ajudar os jovens a lidar com conflitos e evitar uma resposta violenta perante um futuro desacordo social, favorecendo o desenvolvimento de competências psicossociais através da modelagem ou experiência vicária.

Uma outra nomenclatura foi proposta por Luthar et al. (2000) para especificar os processos envolvidos na relação entre as variáveis de proteção e de risco. Neste sentido, quando o mecanismo que a variável despoleta é direto sobre o resultado, sem interação com o risco, a variável é, naquele contexto, denominada apenas de fator de proteção. Já quando o mecanismo subjacente envolve uma interação com o risco, as variáveis são denominadas especificamente de: (a) protetoras-estabilizadoras, como sendo variáveis que dão estabilidade à competência, apesar de um risco agravado; (b) protetoras-intensificadoras, como sendo variáveis que aumentam as competências, mesmo em

situações em que o risco aumenta; (c) protetoras-reativas, como sendo variáveis que promovem competências gerais, mas não em contexto de risco elevado.

Em suma, a exposição ao risco por si só não se traduz diretamente em psicopatologia, assim como a exposição à proteção por si só não é sinónimo de uma resposta resiliente, estes resultados dependem antes, respetivamente, de processos de vulnerabilidade ou de resiliência para que se manifestem (Cicchetti, 2015; Garmezy, 1984; Luthar, 2015; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 1987, 2013).

II. Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1 Objetivos e Questões de Investigação

O ponto de partida do presente estudo foi a linha de investigação “Os nós e os laços: Risco parental e problemas de internalização e externalização em crianças e adolescentes” (Marinho et al., 2018), que teve como base de investigação processos clínicos de crianças e adolescentes de uma clínica pedagógica de psicologia de uma universidade do norte do país. A esta linha de investigação conciliou-se o interesse pessoal prévio tanto nas perspetivas bioecossistémica e dimensional da psicopatologia do desenvolvimento, assim como nos conceitos sobre a resiliência. Por meio desta conjuntura ocorreu a ideia de ampliar o foco de estudo para além dos fatores de risco e da psicopatologia, para incluir fatores de proteção e o conceito de resiliência, compondo-se assim o problema inicial de pesquisa: o efeito de fatores de risco e de proteção na psicopatologia do desenvolvimento.

Desta forma, procedeu-se a um levantamento de fatores de risco e de proteção a partir de uma revisão narrativa da literatura (Pais Ribeiro, 2014), que incluiu como termos de pesquisa “fatores de risco”, “fatores de proteção”, “internalização”, “externalização”, “psicopatologia do desenvolvimento” e “resiliência”.

A partir desta revisão, observou-se: (a) uma referência significativa aos modelos de risco e de proteção múltiplos, com ênfase no modelo de risco e de proteção cumulativos, enquanto modelos que vieram complementar a investigação orientada para fatores isolados, visto que estes fatores aparecem raramente de forma independente, uma vez que tanto o desenvolvimento adaptativo como o desadaptativo são processos dinâmicos de co-evolução e cumulativos, numa interação constante do indivíduo com o meio (e.g., Evans et al., 2013; Fergus & Zimmerman, 2005; Luthar, 2015; Masten & Barnes, 2018; Rutter, 1987; Rutter 2013); (b) investigações, no âmbito do modelo de risco e proteção cumulativos, orientadas para abordagens tanto centradas em variáveis, como centradas em pessoas, nomeadamente em grupos (Cicchetti, 2015; Masten & Barnes); e (c) no âmbito nacional, uma investigação parca sobre o modelo de risco e de proteção cumulativos na psicopatologia do desenvolvimento.

Com esta matriz de informação, o problema inicial de pesquisa foi sendo lapidado, surgindo duas questões centrais, que pretendem contribuir para a compreensão sobre o

efeito de risco e proteção cumulativos na psicopatologia do desenvolvimento num contexto português, tanto numa vertente de investigação, como numa aplicada, como seja a melhoria das práticas clínicas, nomeadamente da avaliação e intervenção psicológica em crianças e adolescentes, indo ao encontro do princípio da beneficência (Regulamento nº 258/2011 da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011):

(i) o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção associa-se à psicopatologia do desenvolvimento?; e

(ii) o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção difere entre indivíduos sem e com psicopatologia?

Das questões centrais de investigação, delinearão-se respetivamente os objetivos principais deste estudo:

(a) verificar associações entre o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção e a psicopatologia do desenvolvimento; e

(b) analisar as diferenças do efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção entre indivíduos sem e com psicopatologia.

Para aprofundar o objetivo geral relacionado à associação entre variáveis, formularam-se os seguintes objetivos específicos, que passam por verificar as associações entre:

1. o efeito cumulativo de fatores de risco e os problemas de internalização;
2. o efeito cumulativo de fatores de risco e os problemas de externalização;
3. o efeito cumulativo de fatores de risco e a sintomatologia geral;
4. o efeito cumulativo de fatores de proteção e os problemas de internalização;
5. o efeito cumulativo de fatores de proteção e os problemas de externalização;
6. o efeito cumulativo de fatores de proteção e a sintomatologia geral;
7. o efeito cumulativo de fatores de proteção e a resiliência (i.e., indivíduos com risco elevado e níveis normativos de sintomatologia geral);
8. o efeito cumulativo de fatores de risco e o sexo das crianças e adolescentes;
9. o efeito cumulativo de fatores de risco e o grupo etário;

10. efeito cumulativo de fatores de proteção e o sexo das crianças e adolescentes;
11. o efeito cumulativo de fatores de proteção e o grupo etário.

Para aprofundar o objetivo geral relacionado à diferença entre grupos, formularam-se os seguintes objetivos específicos, que passam por analisar as diferenças relativas:

1. ao efeito cumulativo de fatores de risco entre indivíduos sem e com problemas de internalização;
2. ao efeito cumulativo de fatores de risco entre indivíduos sem e com problemas de externalização;
3. ao efeito cumulativo de fatores de risco entre indivíduos sem e com sintomatologia geral;
4. ao efeito cumulativo de fatores de proteção entre indivíduos sem e com problemas de internalização;
5. ao efeito cumulativo de fatores de proteção entre indivíduos sem e com problemas de externalização;
6. ao efeito cumulativo de fatores de proteção fatores de proteção entre indivíduos sem e com sintomatologia geral;
7. ao efeito cumulativo de fatores de proteção entre indivíduos sem e com resiliência (i.e., indivíduos com risco elevado e níveis normativos de sintomatologia geral);
8. ao efeito cumulativo de fatores de risco entre sexos;
9. ao efeito cumulativo de fatores de risco entre grupos etários;
10. ao efeito cumulativo de fatores de proteção entre sexos;
11. ao efeito cumulativo de fatores de proteção entre grupos etários.

Segundo a literatura no âmbito do modelo de risco e proteção cumulativos, espera-se que um maior número de fatores de risco esteja associado a índices clínicos de psicopatologia do desenvolvimento (Aplleyard et al., 2005; Atkinson et al., 2015; Evans et al., 2013; Hunt et al., 2017) e que um maior número de fatores de proteção esteja associado a índices normativos de psicopatologia (Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018; Turner et al.,

2007). Contudo, encontraram-se diferenças no tipo dessa relação: em alguns estudos foi evidenciada uma relação linear entre fatores de risco, nomeadamente de proteção, e psicopatologia, i.e., à medida que o número de fatores de risco vai aumentando os níveis de psicopatologia também aumentam, ou, no caso de um aumento de fatores de proteção, os níveis de psicopatologia diminuem (e.g., Appleyard et al., 2005; Evans et al., 2013; Flouri et al., 2015; Ragnarsdottir et al., 2017; Sameroff et al., 1987); já em outros estudos, foi observada uma relação não-linear, sendo sugerido um limiar do número de fatores de risco ou de proteção, a partir do qual os resultados psicopatológicos se alteraram (e.g., Evans et al., 2013; Gerard & Buehler, 2004; Krishnakumar & Black, 2002; Rutter, 1985; Turner et al., 2007) Também para as diferenças entre grupos foi observado que grupos clínicos apresentaram mais acúmulo de risco, assim como grupos de indivíduos resilientes apresentaram mais acúmulo de proteção (Appleyard et al.; Esbensen et al., 2009; Evans et al.; Masten & Barnes; Ragnarsdottir et al., 2017).

Relativamente à associação e diferença entre grupos no efeito cumulativo de risco e de proteção sobre os problemas de internalização e de externalização os resultados da investigação têm-se mostrado inconsistentes (Evans et al., 2013). Este padrão inconsistente pode refletir, por um lado, a importância da especificidade dos fatores selecionados, visto que indicadores de risco e de proteção diferem para problemas de internalização e de externalização (Esbensen et al., 2009; Gerard & Buehler, 2004; Stoddard et al., 2013), o que para Gerard e Buehler pode levantar a questão sobre a universalidade da perspectiva do efeito cumulativo, por outro lado, pode refletir a importância do efeito das variáveis moderadoras, como sejam o género, grupo etário ou grupo étnico (Atkinson et al., 2015; Gerard & Buehler; Wilson et al., 2009). Por exemplo, Hunt et al. (2017) e Krishnakumar e Black (2002) observaram que o aumento do número de experiências adversas de vida, está associado tanto a níveis clínicos de problemas de internalização, como de externalização, sendo que estes últimos tendem a mostrar níveis clínicos mais altos do que os problemas de internalização. Gerard e Buehler e Wilson et al. (2009) observaram uma associação mais forte entre risco cumulativo e problemas de internalização em raparigas do que em rapazes. Lenzi et al. (2015) verificaram uma associação mais forte entre proteção cumulativa e uma sintomatologia depressiva, do que entre proteção cumulativa e o uso de álcool e substâncias.

Em relação à variável sexo, a investigação tende também a não encontrar um padrão consistente de associações e diferenças no efeito cumulativo de risco e de proteção sobre

raparigas e rapazes (Esbensen et al., 2009; Evans et al., 2013, Lenzi et al., 2015, Ragnarsdottir et al., 2017). Contudo, visto que o sexo é uma variável moderadora nos resultados psicopatológicos, e.g., os problemas de internalização tendem a estar mais presentes em raparigas e de externalização em rapazes (Achenbach et al., 2014; Lenzi et al.; Hudziak et al., 2007), é sugerido que haja mais investigação para que se possa aprofundar a compreensão sobre esta relação (Evans et al., 2013). Por exemplo, é sugerido no estudo de Gerard e Buehler (2004) que raparigas com risco elevado tendem a estar mais suscetíveis a problemas de internalização. Neste sentido, colocam-se as hipóteses de poder haver uma suscetibilidade maior a fatores de risco, nomeadamente de proteção, associados aos respetivos problemas a que cada sexo tende a estar mais vulnerável, ou ainda, do risco ou da proteção cumulativos poderem servir de catalisadores para a manifestação, ou inoculação, de problemas a que cada sexo está predisposto.

Já em relação ao grupo etário, Masten e Barnes (2018) sugerem haver períodos mais sensíveis para o risco e para a proteção, dependendo dos fatores de risco e de proteção em causa. Também Atkinson et al. (2015) sugerem que as adversidades ocorridas na primeira infância têm um impacto maior na psicopatologia na adolescência, do que aquelas ocorridas numa infância mais tardia, sendo que os adolescentes acumulam esses riscos passados, que podem ser agravados por uma psicopatologia emergente. Os adolescentes tendem neste sentido a estar mais suscetíveis ao risco cumulativo (Evans et al. 2013; Gerard & Buehler, 2004).

1.2. Método

1.2.1. Participantes

Para a seleção da amostra foi utilizado o método de amostragem não probabilístico de conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados a partir de processos clínicos já existentes, de uma clínica pedagógica de psicologia de uma universidade privada no norte do país, em que a probabilidade de um elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Pais Ribeiro, 2010).

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra considerou-se: processos clínicos datados entre 2015 e 2020, data referente ao preenchimento do Questionário de

Comportamentos da Criança - CBCL 6-18 (*Child Behavior Checklist for ages 6-18*; Achenbach et al., 2014); serem crianças ou adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, à data do preenchimento da CBCL 6-18; serem do sexo feminino ou masculino; processo clínicos, nos quais estivessem incluídas as fichas preenchidas de triagem e de anamnese; e ainda a CBCL 6-18, integralmente preenchida pela mãe ou representante legal materna. A opção de incluir a CBCL 6-18 apenas preenchida pela mãe, deve-se a questões metodológicas, nomeadamente à probabilidade de serem incluídos mais processos neste estudo, uma vez que, sendo integrado numa linha de investigação prévia (Marinho et al., 2018), havia já informação sobre a reduzida percentagem de participação da figura paterna na amostra. Como critérios de exclusão considerou-se: serem crianças ou adolescentes com diagnóstico de incapacidade intelectual, perturbação do espectro de autismo, perturbações psicóticas ou afetivas graves; assim como serem crianças ou adolescentes institucionalizados - informações estas obtidas através das fichas de triagem e anamnese.

Inicialmente foram consultados 66 processos clínicos, considerando os critérios de inclusão: a data de preenchimento da CBCL 6-18, a idade e o sexo. Após verificação dos restantes critérios de inclusão, nomeadamente o preenchimento adequado das fichas de triagem e de anamnese e da CBCL 6-18 pela mãe ou representante legal, foram excluídos 14 processos, totalizando 52 processos clínicos a partir dos quais se constituiu a amostra ($N=52$).

A amostra final integra crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e 17 ($M=10.6$ anos; $DP=2.8$), com as percentagens mais elevadas nas idades dos 7 (dos quais 48.1% ($n=25$) são do sexo feminino e 51.9% ($n=27$) são do sexo masculino. O grupo das crianças (6-11 anos) é composta por 55.8% ($n=29$) da amostra, dos quais 48% são do sexo feminino ($n=12$) e 52% do sexo masculino ($n=17$); o grupo dos adolescentes (12-17 anos) é composta por 44.2% ($n=23$), dos quais 52% são do sexo feminino ($n=13$) e 37% ($n=10$) são do sexo masculino (cf. Tabela 3). Relativamente à escolaridade, 42.3% ($n=22$) frequentam o 1º ciclo do ensino básico, 32.7% ($n=17$) o 2º ciclo, 15.4% ($n=8$) o 3º ciclo e 9.6% ($n=5$) frequentam o ensino secundário. Já as mães ou representantes legais das crianças e adolescentes têm idades compreendidas entre os 24 e 50 anos ($M=39.9$ anos; $DP=5.7$).

Tabela 3*Frequências para as variáveis sociodemográficas*

	Feminino		Masculino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo etário						
Crianças	12	48	17	63	29	55.8
Adolescentes	13	52	10	37	23	44.2
Total (N)	25	48.1	27	51.9	52	100

Nota. Crianças: 6-11 anos; Adolescentes: 12-17 anos.

As frequências na amostra das variáveis relativas ao risco e à proteção são apresentadas nas respectivas tabelas: fatores de risco e de proteção (cf. Tabela 4), índices de risco cumulativo (IRC) e de proteção cumulativa (IPC) (cf. Tabelas 5-7) e os níveis de risco e de proteção (cf. Tabela 8 e 9).

Tabela 4*Frequências para os fatores de risco e de proteção*

Fatores de Risco	N=52	%	Fatores de Proteção	N=52	%
1. Stressores maternos pré-natais			1. Saúde física		
Presente	27	51.9	Presente	29	55.8
Ausente	19	36.5	Ausente	23	44.2
2. Afastamento parental			2. Rendimento acadêmico		
Presente	16	30.8	Presente	43	82.7
Ausente	36	69.2	Ausente	9	17.3
3. Separação/divórcio			3. Menos de 4 irmãos		
Presente	27	51.9	Presente	50	96.2
Ausente	25	48.1	Ausente	2	3.8
4. Abuso físico na criança/adolescente no seio familiar			4. Nível de escolaridade materno pós-secundário		
Presente	4	7.7	Presente	9	17.3
Ausente	48	92.3	Ausente	43	82.7

Fatores de Risco	<i>N</i> =52	%	Fatores de Proteção	<i>N</i> =52	%
5. Exposição à violência interparental			5. Atividades pró-sociais		
Presente	9	17.3	Presente	33	63.5
Ausente	43	82.7	Ausente	19	36.5
6. Bullying			6. Competências sociais		
Presente	12	23.1	Presente	36	69.2
Ausente	40	76.9	Ausente	16	30.8
7. Mudança de estabelecimento de ensino					
Presente	36	69.2			
Ausente	16	30.8			

Relativamente ao fator de risco “*stressores* maternos pré-natais” houve $n=6$ (11.5%) omissões, sendo que dos 27 casos em que este fator esteve presente 48.1% ($n=25$) foram derivados de *stressores* psicossociais (e.g., ansiedade devido a condições financeiras, isolamento social, violência doméstica) e 3.8% ($n=2$) foram derivados de consumo de substâncias (e.g., álcool ou cigarro). Já relativamente ao fator de risco “afastamento parental”, em 17.3% ($n=9$) dos participantes a ausência se deveu à figura paterna e em 13.5% ($n=7$) à ausência de ambos, sendo que o motivo do afastamento foi em 3.8% ($n=2$) o falecimento da figura parental e em 26.9% ($n=14$) por outras razões (e.g., emigração, negligência ou incapacidade de cumprir responsabilidades parentais). Em relação ao fator de risco “separação/divórcio” observou-se que idade das crianças e adolescentes à data compreendia entre os 0 e os 13 anos ($M=5.1$; $DP=3.8$). Acrescenta-se ainda que relativamente ao fator de risco “mudança de estabelecimento de ensino” dos 35 casos em que este esteve presente, 23.1% ($n=12$) ocorreu durante o mesmo ciclo de escolaridade e 41.2% ($n=23$) entre ciclos de escolaridade.

Relativamente ao fator de proteção “rendimento académico” 11.5% ($n=6$) passaram por retenções escolares, 0% usufrui de ensino especial e 44.2% ($n=23$) apresenta problemas na escola (e.g., *bullying*, comportamento impróprio na sala, dificuldades de aprendizagem). Já relativamente ao fator de proteção “menos de 4 irmãos”, a amostra apresenta $M=1.2$ irmãos ($DP=1.0$), observando-se no mínimo de 0 irmãos e um máximo de 5 irmãos. Já relativamente ao fator de proteção “nível de escolaridade materno pós-secundário”, observou-se que 15.4% ($n=8$) não completaram o ensino básico, 25% ($n=13$)

completaram o ensino básico, 44.2% ($n=23$) completaram o ensino secundário e 15.4% ($n=8$) completaram algum grau de ensino universitário (e.g., licenciatura ou mestrado).

Em relação ao “rendimento académico”, “atividades pró-sociais” e “competências sociais”, calculados através das escalas da CBCL 6-18, observou-se que apesar de nas três escalas separadamente haver uma maior percentagem de valores normativos na amostra, no *score* total das escalas de competências, observou-se o inverso, sendo que 44.2% ($n=23$) apresentam valores normativos e que 55.8% ($n=29$) apresentaram valores clínicos.

Relativamente aos índices cumulativos (cf. Tabela 5), a amostra apresenta um índice de risco cumulativo (IRC) compreendido entre IRC=0 e IRC=7, com $M=2.5$ ($DP=1.6$) e um índice de proteção cumulativo (IPC) compreendido entre IPC=1 e IPC=6, com $M=3.8$ ($DP=1.1$). Relativamente ao risco cumulativo, as frequências mais elevadas observam-se nos IRC=1 (21.2%), 2 (21.2%) e 3 (21.2%). Já em relação à proteção cumulativa, as percentagens mais elevadas verificam-se nos IPC=4 (28.8%), 5 (32.7%) e 6 (23.1%).

Tabela 5

Frequências para os índices cumulativos

IRC	N=52	%	IPC	N=52	%
IRC 0	5	9.6	IPC 0	0	0
IRC 1	11	21.2	IPC 1	1	1.9
IRC 2	11	21.2	IPC 2	4	7.7
IRC 3	11	21.2	IPC 3	15	28.8
IRC 4	8	15.4	IPC 4	17	32.7
IRC 5	4	7.7	IPC 5	12	23.1
IRC 6	1	1.9	IPC 6	3	5.8
IRC 7	1	1.9			
M	2.5		M	3.8	
DP	1.6		DP	1.1	

Legenda. IRC: Índice de risco cumulativo; IPC: Índice de proteção cumulativa.

Observa-se na Tabela 6 uma média de IRC ligeiramente mais alta nos rapazes, $M=2.7$ ($DP=1.7$), do que nas raparigas, $M=2.2$ ($DP=1.4$), assim como uma média mais alta na faixa etária dos adolescentes, $M=3.0$, $DP=1.5$, do que na das crianças, $M=2.1$ ($DP=1.5$). Na Tabela 7, observam-se médias de IPC idênticas nas raparigas $M=3.8$ ($DP=0.9$) e nos rapazes $M=3.8$ ($DP=1.2$), uma média de IPC ligeiramente mais alta no grupo etário dos adolescentes $M=4.0$ ($DP=0.8$) do que na das crianças $M=3.7$ ($DP=1.2$).

Tabela 6

Referência cruzada entre IRC,
e sexo e grupo etário

IRC	Sexo		Grupo Etário	
	F n=25	M n=27	Cr. n=29	Ad. n=23
0	3	2	5	0
1	7	4	7	4
2	3	8	5	6
3	6	5	6	5
4	5	3	3	5
5	1	3	3	1
6	0	1	0	1
7	0	1	0	1
M	2.24	2.78	2.14	3.00
DP	1.48	1.76	1.59	1.59

Legenda. IRC: Índice de risco cumulativo;
F: feminino; M: masculino; Cr.: crianças: 6-11 anos; Ad.: adolescentes: 12-17 anos.

Tabela 7

Referência cruzada entre IPC,
e sexo e grupo etário

IPC	Sexo		Grupo Etário	
	F n=25	M n=27	Cr. n=29	Ad. n=23
0	0	0	0	0
1	0	1	1	0
2	1	3	4	0
3	9	6	8	7
4	8	9	7	10
5	6	6	7	5
6	1	2	2	1
M	3.88	3.81	3.72	4.00
DP	0.97	1.24	1.27	0.85

Legenda. IPC: índice de proteção cumulativa;
F: feminino; M: masculino; Cr.: crianças: 6-11 anos; Ad.: adolescentes: 12-17 anos.

Relativamente ao nível de risco, este categorizado a partir do IRC, observou-se que o nível médio apresenta a percentagem mais elevada 42.3% ($n=22$), sendo que a amostra compreende níveis de risco entre a ausência de risco e risco alto ($Mdn=3$). Já para o nível de proteção, este categorizado a partir do IPC, observou-se que o nível alto apresenta a percentagem mais elevada 61.5% ($n=32$), sendo que a amostra compreende níveis de proteção entre baixo e alto ($Mdn=4$). Neste sentido, a amostra apresenta uma ligeira tendência para um nível de risco médio para um nível de proteção alto (cf. Tabela 8 e 9).

Tabela 8

Referência cruzada entre níveis de risco, e sexo e grupo etário

Nível de risco	Sexo		Grupo Etário		Total N=52	%
	F n=25	M n=27	Cr. n=29	Ad. n=23		
Ausência de risco (IRC =0)	3	2	5	0	5	9.6
Risco baixo (IRC = 1)	7	4	7	4	11	21.2
Risco médio (IRC =2-3)	9	13	11	11	22	42.3
Risco alto (IRC \geq 4)	6	8	6	8	14	26.9

Legenda. IRC: Índice de risco cumulativo; F: feminino; M: masculino; Cr.: crianças: 6-11 anos; Ad.: adolescentes: 12-17 anos.

Tabela 9*Referência cruzada entre níveis de proteção, e sexo e grupo etário*

Nível de proteção	Sexo		Grupo Etário		Total	
	F <i>n</i> =25	M <i>n</i> =27	Cr. <i>n</i> =29	Ad. <i>n</i> =23	<i>N</i> =52	%
Ausência de proteção (IPC = 0)	0	0	0	0	0	0
Proteção baixa (IPC = 1)	0	1	1	0	1	1.9
Proteção média (IPC = 2-3)	10	9	12	7	19	36.5
Proteção alta (IPC ≥ 4)	15	17	16	16	32	61.5

Legenda. IPC: índice de proteção cumulativa; F: feminino; M: masculino; Cr.: crianças: 6-11 anos; Ad.: adolescentes: 12-17 anos.

Relativamente às frequências da psicopatologia do desenvolvimento, nomeadamente dos problemas de internalização, externalização e sintomatologia geral, e da resiliência na amostra (cf. Tabela 10), pode-se verificar que na dimensão da internalização 30.8% (*n*=16) apresentam valores normativos e que 69.2% (*n*= 36) valores clínicos; na dimensão de externalização 51.9% (*n*=27) apresentam valores normativos e 48.1% (*n*=25) valores clínicos; e na sintomatologia geral os valores normativos são verificados em 38.5% (*n*=20) e os valores clínicos em 61.5% (*n*=32) das crianças e adolescentes. Já relativamente à resiliência apenas 9.6% (*n*=5) apresentam nível de risco elevado (IRC ≥ 4) com valores normativos de sintomatologia geral.

Tabela 10*Frequências para a psicopatologia do desenvolvimento e resiliência*

	Sexo				Grupo Etário				Total	
	F		M		Cr.		Ad.		Total	
	<i>n</i> =25	%	<i>n</i> =27	%	<i>n</i> =29	%	<i>n</i> =23	%	<i>N</i> =52	%
Internalização										
Normativo	8	15.4	8	15.4	7	13.4	9	23.9	16	30,8
Clínico	17	32.6	19	36.5	22	42.2	14	26.9	36	69,2
Externalização										
Normativo	13	24.9	14	26.9	13	24.9	14	26.9	27	51,9
Clínico	12	23.0	13	25.0	16	30.7	9	17.3	25	48,1
Sint. Geral										
Normativo	7	13.4	13	25.0	9	17.3	11	21.1	20	38,5
Clínico	13	24.9	19	36.5	20	38.4	12	24.6	32	61,5
Resiliência										
	3	5.7	2	3.8	2	3.8	3	5.7	5	9,6

Legenda. Sint. Geral: sintomatologia geral; F: feminino; M: masculino; Cr.: crianças: 6-11 anos; Ad.: adolescentes: 12-17 anos.

1.2.2. Materiais

1.2.2.1. Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 6-18

(Achenbach et al., 2014)

O Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 6-18, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Achenbach et al., 2014), é a versão para pais ou representantes legais, do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o período escolar e faz parte integrante do protocolo de avaliação psicológica da criança e do adolescente da clínica. Este questionário pretende avaliar as competências e os problemas da criança, nomeadamente problemas de internalização, externalização e sintomatologia geral, diferenciando os perfis dos resultados obtidos entre rapazes e raparigas e entre faixas etárias (6-11 anos; 12-18 anos). Inclui ainda informação sociodemográfica sobre a criança e sobre o informador.

As competências são avaliadas através das escalas de competências, divididas em três grandes áreas:

- A escala de atividades: inclui informação sobre a quantidade e qualidade de participação da criança ou adolescente em três diferentes subáreas: desportos, outras atividades recreativas, emprego/tarefas domésticas.
- A escala social: considera a quantidade e qualidade na participação em organizações, número de amigos próximos, número de contatos semanais com os mesmos, o quão bem a criança se dá com os outros e o quão bem a criança se diverte e trabalha sozinha.
- A escala da escola: inclui as classificações relativas ao rendimento médio académico, benefício de serviços de ensino especial, repetição de ano escolar e outros problemas escolares.

A cotação nestas três áreas pode ir de 0 a 3 pontos, tanto nas escalas atividades e social, considerando dois aspetos, nomeadamente a quantidade e a competência, como também na escala rendimento académico, levando em consideração o nível do rendimento por disciplina. Para as restantes subáreas do rendimento académico pode-se cotar entre 0 (“*sim*”) ou 1 (“*não*”).

O resultado para cada escala é obtida através da soma dos pontos das diferentes subáreas, que é inserida no perfil de competências, onde há correspondência a percentis e a normas em notas *T*, que estão distribuídas pelos níveis normativo, *borderline* ou clínico.

Por fim, ainda se obtém, através da soma das pontuações das três escalas, o resultado para o *score* total de competências, que tem correspondência a norma em notas *T*, sendo estas também distribuídas pelos mesmos níveis.

A par das escalas de competências, ainda há três questões, que permitem conhecer a percepção geral dos pais ou representantes legais que convivem com a criança ou adolescentes em contexto familiar (e.g., “*Por favor, descreva o que o(a) seu/sua filho(a) tem de melhor*”).

Já as escalas de síndromes são avaliadas através de 112 itens, com questões fechadas relativas a problemas comportamentais, emocionais e sociais da criança ou adolescente, agrupados pelas oito síndromes abaixo indicadas, assim como pela escala “Outros problemas”, esta última incluindo o item 113 com uma questão aberta:

- I. Ansiedade/depressão, associada a diagnósticos categoriais de ansiedade e depressão;
- II. Isolamento/Depressão, relacionada com o isolamento ou mal-estar interpessoal;
- III. Queixas somáticas, associada a uma tendência para a somatização;
- IV. Problemas sociais, relacionada com problemas sociais e de personalidade;
- V. Problemas de pensamento, relacionada com perturbações da forma e de conteúdo do pensamento;
- VI. Problemas de atenção, associada ao diagnóstico categorial de Perturbação de Hiperatividade e Défice da Atenção;
- VII. Comportamento delincente, associado a comportamentos antissociais, agressivos ou desafiadores, estando relacionado, entre outras perturbações, às Perturbações do Comportamento;
- VIII. Comportamento agressivo, associado a comportamento de desafio aberto, estando relacionada à Perturbação de Oposição;

- Outros Problemas, que inclui uma pergunta aberta sobre outros problemas ocorridos na criança ou adolescente, que não tenham sido referidos.

A resposta aos itens deve ser relativa aos últimos seis meses numa escala de *Likert* de 3 pontos (0 = *não é verdadeira*; 1 = *de alguma forma ou algumas vezes verdadeira*; 2 = *muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira*). A cotação de cada síndrome é feita através da soma dos pontos do respetivo grupo de itens. A pontuação obtida é inserida no perfil de síndromes, onde há correspondência a percentis e a normas em notas *T*, que estão distribuídas pelos níveis normativo, *borderline* ou clínico. Para além das escalas de síndromes, as pontuações podem ser igualmente agrupadas em duas escalas mais amplas, cujas pontuações também correspondem a normas em notas *T*, apresentadas nos mesmos níveis (Achenbach e tal., 2014):

- A escala de internalização: integra as síndromes ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas, estando associada a problemas que estão essencialmente relacionados com o indivíduo e sintomas de natureza subjetiva, como isolamento social, ansiedade ou medos;

- A escala de externalização: integra as síndromes comportamento delincente e comportamento agressivo, estando relacionada com conflitos com outras pessoas e expectativas em relação à criança.

Por fim, ainda é avaliada a presença de sintomatologia geral, indicada pelo *score* total de problemas, obtido a partir do somatório das pontuações obtidas em todas as escalas de síndromes e correspondendo a normas em notas *T*, também distribuídas pelos níveis normativo, *borderline* ou clínico.

Para fins de investigação, é possível, nas escalas de competências, de síndromes e respetivos *scores* totais, proceder-se à junção dos resultados *borderline* e clínico, visto os pontos de corte para os níveis *borderline* e clínico terem tido como base as notas *T* de populações clínicas (Achenbach et al. 2014).

A CBCL 6-18, utilizada neste estudo, foi aferida e adaptada para a população portuguesa por Achenbach et al. (2014), com base nos procedimentos de aferição utilizados para a versão original da CBCL 6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001, citados em Achenbach et al., 2014). Os resultados relativamente à validade dos construtos, de consistência interna e de fidelidade são similares aos da versão original. Tanto as escalas de competência,

como as escalas de problemas mostraram a eficácia da validade dos respetivos construtos, isto é, na quase totalidade dos indicadores de competências, as crianças e adolescentes da amostra clínica apresentaram níveis significativamente inferiores de competência, quando comparados com a amostra normativa, assim como os resultados das escalas de problemas mostraram níveis mais elevados na amostra clínica, apresentando ainda diferenças entre faixa etária (6-11; 12-18 anos) e entre sexos (masculino; feminino). Para a análise de fidelidade das escalas de competência foram considerados os acordos entre informantes, com níveis elevados de acordo entre pai e mãe. Já para a análise à fidelidade das escalas de problemas foram considerados os acordos entre informantes, com valores de correlação fortes entre pai e mãe, e ainda os índices de consistência interna, que se mostraram adequados, com valores de α de Cronbach para a escala de internalização de 0.84, para a escala de externalização de 0.90 e para o total de problemas de 0.93.

Para o presente estudo, este questionário foi consultado com o intuito de obter informação tanto sobre parte dos critérios de inclusão (cf. 1.2.1), como das variáveis principais e sociodemográficas (cf. 1.2.3.2).

1.2.2.2. Fichas de Triagem e Anamnese

A ficha de triagem e a ficha de anamnese (cf. Anexos A e B) fazem parte integrante do protocolo de avaliação psicológica de criança e adolescentes da clínica, elaboradas pelas coordenadoras do eixo clínico-pedagógico da clínica em conjunto com os psicólogos residentes.

A ficha de triagem é empregue através de uma entrevista clínica semi-estruturada na primeira sessão, na qual estão presentes a criança ou adolescente e os pais ou representantes legais, e tem o intuito de recolher informação inicial sobre a criança ou adolescente e o motivo da procura de apoio psicológico, através de 57 perguntas, fechadas, semifechadas e abertas sobre: 1.) a identificação da criança ou adolescente; 2.) a filiação; 3.) a situação escolar; 4.) a situação familiar; 5.) o pedido da consulta; e 6.) os antecedentes pessoais e familiares (e.g., saúde física e psicológica, experiencição de traumas).

A ficha de anamnese é também empregue através de uma entrevista clínica, também semi-estruturada, nas sessões seguintes à triagem, nas quais estão apenas presentes os pais ou

representantes legais, tendo o intuito de aprofundar a informação da sessão de triagem, através da história desenvolvimental da criança ou adolescente através de 159 perguntas, fechadas, semifechadas e abertas, sobre: 1.) identificação da criança e adolescente; 2.) agregado familiar; 3.) antecedentes pessoais pré-natais e neonatais; 4.) história do desenvolvimento biopsicossocial (e.g., alimentação, sono, psicomotricidade, linguagem, comportamento socio-afetivo); 5.) escolaridade (e atividades extracurriculares); 6.) estado de saúde atual; 7.) outras informações (e.g., atitudes educativas); 8.) preocupação atual; 9.) outras questões, referentes as aspetos não contemplados nas questões anteriores; 10.) observações finais (e.g., possíveis documentos a anexar)

As fichas de triagem e anamnese não estão sujeitas a critérios de avaliação psicométrica, facultando, contudo, informação de relevo que complementa a informação dos questionários psicométricos, servindo assim de orientação para a formulação de caso. Neste sentido, e para fins desta investigação, os dados recolhidos, foram alvo de critérios de avaliação pré-determinados para cada fator de risco, nomeadamente de proteção, com base em teoria precedente, tomando em consideração as questões disponíveis nestas fichas. É de realçar que há questões que se sobrepõem em ambas as fichas, o que permitiu equiparar ou complementar informação, favorecendo a sua credibilidade.

As fichas de triagem e de anamnese foram consultadas, no âmbito deste estudo, com o intuito de obter informação tanto sobre parte dos critérios de inclusão e exclusão (cf. 1.2.1), como das variáveis principais e sociodemográficas (cf. 1.2.3.2).

1.2.3. Planificação e Procedimentos de Investigação

1.2.3.1. Plano de Investigação

Este estudo retrospectivo e apoiado na análise documental de processos clínicos, foi alicerçado num desenho de investigação observacional transversal, numa primeira fase descritivo e numa segunda fase analítico, com os objetivos de descrever e analisar dados numéricos para verificar (a) a associação entre variáveis (associação predita com base em investigação precedente) e (b) diferença entre grupos, através dos métodos, respetivamente, correlacional e diferencial (Pais Ribeiro, 2010). Para tal, a investigação

apoiou-se em metodologias de cariz quantitativo, uma vez que o objeto de investigação são características mensuráveis dos sujeitos e do seu meio (Pais Ribeiro).

1.2.3.2. Variáveis em Estudo

Por se tratar de um estudo observacional, no qual as variáveis não são manipuladas, as variáveis em estudo não serão categorizadas em dependentes e independentes, mas antes serão denominadas de variáveis principais (Pais Ribeiro, 2010).

Para a análise correlacional, as variáveis principais foram agrupadas em: (a) IRC e IPC; (b) variáveis referentes à psicopatologia do desenvolvimento (problemas de internalização, de externalização e sintomatologia geral) e resiliência; e (c) variáveis sociodemográficas (sexo e grupo etário).

Já para a análise diferencial, as variáveis principais serão divididas nas variáveis a testar, sendo elas o IRC e o IPC, e as que formam os grupos, sendo elas (a) as variáveis que operacionalizam a psicopatologia do desenvolvimento (problemas de internalização, de externalização e sintomatologia geral), assim como a resiliência; e (b) as variáveis sociodemográficas (sexo e grupo etário).

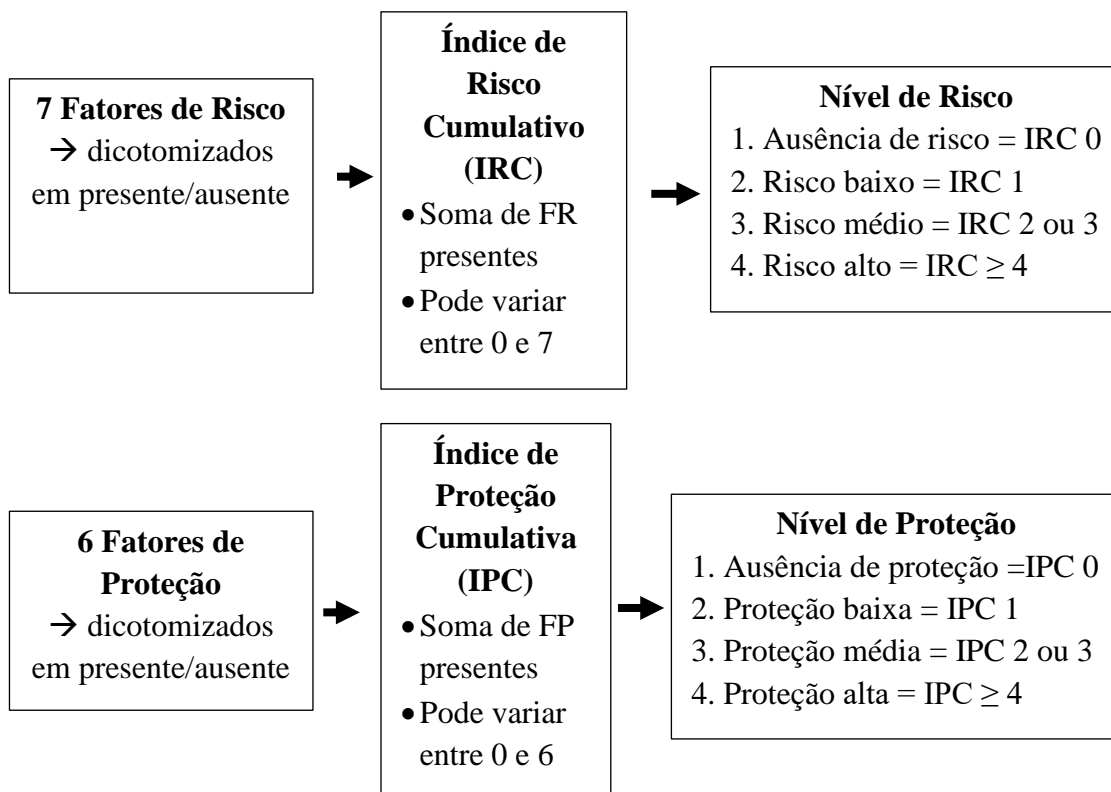
As variáveis principais IRC e IPC são métricas compósitas e foram criadas a partir de um procedimento que se orientou pelo modelo aditivo de risco e proteção cumulativa (Appleyard et al., 2005; Aktinson et al., 2015; Evans et al., 2013; Luthar, 2015; Turner et al., 2007), que contemplou duas etapas (Figura 3):

- 1.) A avaliação dos sete fatores de risco e seis fatores de proteção, cujo critério foi pré-determinados por teoria precedente relativa a cada uma das variáveis, como apresentado abaixo, com o intuito de dicotomizar as condições de risco e proteção em variáveis discretas (categorizadas em 1 = presença; 2= ausência);
- 2.) Cálculos do IRC e IPC, através da soma da condição de presença, respetivamente a partir dos sete fatores de risco e seis fatores de proteção dicotomizados, podendo o IRC variar entre zero e sete (e.g, presença de 4 fatores de risco = IRC 4), e o IFP variar entre zero e seis. É de relevo realçar que o foco deste índice não é uma condição particular de risco ou de proteção, nem uma combinação específica destes fatores, mas, exclusivamente, a quantidade de fatores presentes.

A partir dos IRC e IPC procedeu-se a uma categorização final pelos níveis de risco e proteção, de forma a se poder ter uma visão global dos níveis de risco e de proteção na amostra e para construir a variável resiliência, que implicou os sujeitos terem um alto nível de risco. Os níveis de risco e de proteção foram categorizados em: (1) ausência de risco ou proteção (IRC ou IPC = 0); (2) nível de risco ou proteção baixo (= IRC ou IPC = 1); (3) nível de risco ou proteção médio (IRC ou IPC = 2 ou 3); e 4.) nível de risco ou proteção alto (IRC ou IPC \geq 4). Esta categorização varia na literatura, sendo que para o presente estudo baseou-se em resultados encontrados em Appleyard et al. (2005) e Turner et al. (2007).

Figura 3

Processo de cálculo para os IRC, IPC e níveis de risco e de proteção.



Os sete fatores de risco selecionados, assim como as respectivas fontes de dados e critérios de avaliação (considerando 1= presença do fator; 2= ausência do fator), foram os seguintes:

i.) Domínio individual – Stressores maternos pré-natais: enquanto condições durante a gravidez que aumentam a suscetibilidade fetal para problemas de internalização e/ou externalização, que englobam dois grupos de fatores de risco pré-natal: relativos à saúde (e.g., obesidade materna, abuso/uso de substâncias prejudiciais, infecção materna) e de origem psicossocial (e.g., depressão materna, ansiedade materna, *stressores* persistentes no ambiente familiar ou profissional) (Monk et al., 2019; Tien et al., 2020). Para fins do presente estudo foram considerados fatores de risco pré-natal pertencentes a ambos os grupos. A fonte de dados foi a ficha de anamnese (“*Antecedentes pessoais/Gravidez*”: “*Situações a assinalar durante a gravidez relativas à saúde, estado emocional da mãe*”; “*Como recorda a gravidez?*”; e “*Consumos da mãe durante a gravidez [tabaco, álcool e outras drogas]: especificar quantidade [dose/dia], duração do consumo e quanto afeta a vida diária [de 0 a 10]*”). Tratando-se nas duas primeiras questões de perguntas abertas, prosseguiu-se para uma análise de conteúdo (Barker et al., 2016), aplicando o seguinte critério: 1 para respostas com referência narrativa aos *stressores* acima referidos (perguntas abertas) e com assinalação positiva e respetivas especificações (perguntas sobre consumos); 2 para respostas sem referências narrativas a *stressores* pré-natais (perguntas abertas) e sem preenchimento (perguntas sobre consumos);

ii.) Domínio familiar – Afastamento parental: enquanto a ausência de um ou ambos os pais ou representantes legais por distanciamento físico por longos períodos de tempo (não apresentando a literatura uma definição precisa sobre “longo período de tempo” (e.g., Hack & Ramires, 2010), considerando-se qualquer afastamento derivado de emigração, negligência das responsabilidades parentais ou por morte, podendo afetar nomeadamente na vinculação entre pais e filhos ou a qualidade de monitorização dos filhos com consequências na saúde mental e comportamental da criança ou adolescente (Hack & Ramires; Jurisdição da família e das crianças, 2018; Rasmussen et al, 2014; Maia & Williams, 2005). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Situação familiar*”: “*Afastamento familiar*”) e de anamnese (“*Agregado familiar*”: “*Constelação familiar [família nuclear e alargada que convive frequentemente com a criança]*”). Tratando-se de perguntas semifechadas, prosseguiu-se para uma análise de conteúdo

(Barker et al., 2016), aplicando-se o seguinte critério: 1 para respostas com menção da figura parental ou representante legal que se afastou, assim como através da referência aos motivos de afastamento; 2 para respostas “não” e/ou com ausência a estas referências.

iii.) Domínio familiar - Divórcio/separação parental: sugeridas na literatura como potencial risco, principalmente quando associada a outros fatores de risco, nomeadamente familiares (Brand et al., 2019; Gauy & Rocha, 2014; Gómes-Ortiz et al., 2017; Rasmussen et al. 2014). As fontes de dados desta variável foram as fichas de triagem (“*Situação familiar*”: “*Separação e/ou divórcio*”) e de anamnese (“*Agregado familiar*”: “*Separação/divórcio*”). Tratando-se de perguntas fechadas, avaliou-se com 1 respostas “sim”, com 2 respostas “não”.

iv.) Domínio familiar – Exposição a violência interparental: enquanto violência física, verbal e/ou psicológica, frequente e intensa, que causa desconforto no(a) filho(a), encontra-se associado a uma grande variabilidade de problemas nas crianças e adolescentes (Costa & Sani, 2007; O’Hara et al, 2019; Melo & Mota, 2014; Sani 2006). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Antecedentes pessoais e familiares*”: “*Visualização de situações de violência que possam ter causado desconforto [ex.: violência conjugal entre os pais]*”) e de anamnese, esta última por não conter uma pergunta específica sobre este fator de risco, foi analisada como um todo, com especial atenção a algumas questões (“*Agregado familiar*”: “*No caso de separação/divórcio como descreve o processo e como descreve a relação atual entre os pais*”; ou “*Outras informações*”: “*Como os pais gerem ou atuam quando existe desacordo [em relação às atitudes educativas]*”). Tratando-se na ficha de triagem de uma pergunta semifechada e na ficha de anamnese de perguntas abertas, procedeu-se à análise de conteúdo (Barker et al., 2016), utilizando-se o seguinte critério: 1 para referências narrativas a qualquer tipo de violência interparental na presença do(a) filho(a) (a); 2 para respostas “não” e/ou com ausência a essas referências.

v.) Domínio familiar – Abuso físico na criança ou adolescente em contexto familiar: definido como qualquer agressão que possa ou não resultar em dano físico, seja ou não produto de um único castigo ou de um castigo repetido, com magnitudes e características variáveis, podendo ter consequências no desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e social da criança/adolescente (Buchanan, 2014, McLaughlin et al., 2016; Queirós & Caseiro, 2018). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Antecedentes Pessoais e Familiares*”: “*Experienciação de situações de maus-tratos*”).

diretos, sejam físicos e/ou psicológicos [ex.: praticados pelos pais]”) e de anamnese, esta última por não conter uma pergunta específica sobre este fator de risco, foi analisada como um todo, com especial atenção a algumas questões (“Outras informações”: “Utilizam castigos?”; “Quais?”). Tratando-se de perguntas semifechadas e abertas, procedeu-se à análise de conteúdo (Barker et al., 2016), aplicando-se o seguinte critério: 1 para qualquer referência a agressão física, seja por motivos de castigo ou não; 2 como respostas “não” e/ou com ausência a essa referência.

vi.) Domínio social – Vitimização pelos pares (*bullying*): definido como ações físicas e/ou psicológicas intencionais e repetidas que são cometidas por uma ou mais pessoas contra um indivíduo que não se consegue defender facilmente, podendo causar variadas sintomatologias psicológicas (Karanikola et al., 2018; Naveed et al., 2019; Pimentel et al., 2020). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Situação escolar*”: “*Ocorrência de episódios que sejam alvo de preocupação no contexto escolar*”; e “*Antecedentes pessoais e familiares*”: “*Experienciação de situações de maus tratos diretos, sejam físicos e/ou psicológicos*”) e de anamnese (“*Comportamento sócio-afetivo*”: “*Relação com colegas de escola*”; e “*Escolaridade*”: “*Motivo da mudança de escola durante um mesmo ciclo*”). Tratando-se de questões semifechadas e abertas, procedeu-se à análise de conteúdo (Barker et al., 2016), aplicando-se o seguinte critério: 1 para qualquer referência a vitimização por parte de pares/*bullying*, 2 para respostas “não” e/ou com ausência dessa referência.

vii.) Domínio social – Mudança de estabelecimento de ensino: enquanto condição de “transição ecológica” (Bronfenbrenner, 1979), que se pode tornar de risco para a saúde mental, tanto no âmbito de uma mudança escolar durante um mesmo ciclo (Gasper et al., 2012; Singh et al., 2014), como entre ciclos (Zenha, 2019; Gasper et al.). Para os efeitos desta investigação levou-se em consideração ambas as situações. As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Situação escolar*”: “*Ano de escolaridade que frequenta*”) e de anamnese (“*Escolaridade*”: “*Estabelecimento de ensino*”; “*Mudança de estabelecimento de ensino durante o mesmo ciclo*?”). Tratando-se de perguntas fechadas, utilizou-se o seguinte critério de avaliação: 1 para a frequência num ciclo superior ao 1º ciclo do ensino básico, com referência a pelo menos um estabelecimento de ensino diferente entre os ciclos e/ou “sim” para a pergunta “*mudança de estabelecimento durante mesmo ciclo*?”; 2 para a ausência destas condições e/ou respostas “não”.

Relativamente aos seis fatores de proteção, as fontes de dados e respetivos critérios de avaliação (considerando 1= presença do fator; 2= ausência do fator) foram os seguintes:

i.) Domínio individual – Saúde física: a literatura tem indicado que uma boa saúde física, está associada a uma elevada autoestima, podendo tanto contribuir enquanto fator de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento, como ser consequência de saúde mental (Barnes et al.; 2017; Li et al., 2010; Park et al., 2016). Já a presença de uma ou mais doenças crónicas está associada a problemas de saúde mental (Secinti et al., 2017). Para os efeitos desta investigação a presença de saúde física foi considerada como a ausência de doenças crónicas (e.g., asma, patologias dermatológicas crónicas, dor crónica, alergias, obesidade). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Antecedentes pessoais e familiares*”: “*Problemas de saúde física [especificar condição]*”) e de anamnese (“*Estado de saúde atual*”: “*Problemas de saúde que mereçam atenção médica*”; “*Doenças crónicas*”; “*Alergias*”). Para estas perguntas fechadas, utilizou-se o seguinte critério de avaliação: 1 para a ausência de doenças crónicas (e.g., asma, patologias dermatológicas crónicas, dor crónica, patologias músculo-esqueléticas crónicas, alergias, obesidade); 2 para a presença de doenças crónicas;

ii.) Domínio familiar – Menos de quatro irmãos: a presença de menos de quatro irmãos, tem sido apontado como um fator de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento, já a presença de quatro ou mais irmãos, como um potencial FR (Atkinson et al., 2015; Lersch, 2019; Ragnarsdottir et al., 2017; Turner et al., 2007). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Situação familiar: “Número de irmãos*”) e a de anamnese (“*Agregado familiar: “Número de irmãos*”). Para estas perguntas fechadas, utilizou-se o seguinte critério de avaliação: 1 para a presença de menos de quatro irmãos; 2 como a presença de quatro ou mais irmãos.

iii.) Domínio familiar – Nível de escolaridade materna pós-secundária: este dado sociodemográfico, tem sido referido na literatura como um fator de proteção para a psicopatologia do desenvolvimento (Cabello et al., 2017; Franco et al., 2017; Torviket et al., 2020; Zhang et al., 2020). As fontes de dados foram as fichas de triagem (“*Filiação: “Escolaridade da mãe*”) e de anamnese (“*Agregado familiar*”: “*Habilidades literárias da mãe*”). Para estas perguntas fechadas utilizou-se o seguinte critério de avaliação: 1 para escolaridade materna pós-secundária; 2 para um nível de escolaridade igual ou inferior ao 12º ano.

iv.) Transversal aos domínios individual, familiar e social – Rendimento académico: tem sido associado à saúde mental e competências psicossociais (Franco et al., 2017; Pederson et al., 2019; Teixeira et al., 2014; Veríssimo et al., 2020). A fonte de dados foi a escala escola, uma das escalas de competências da CBCL 6-18, utilizando-se o seguinte critério de avaliação: 1 para o nível normativo; 2 para o nível *borderline*/clínico.

v.) e vi.) Transversais aos domínios individual, familiar e social – Atividades pró-sociais e Competências sociais: englobam o que na literatura são denominadas de competências psicossociais, enquanto estratégias e comportamentos adquiridos em diferentes contextos de vida e em contato com indivíduos que representem papéis diferentes na vida do sujeito (pais, irmãos, outros familiares, pares, professores), abrangendo neste sentido outros domínios para além do social, estando associadas à saúde mental das crianças e adolescentes (Achenbach et al., 2014; Campos et al., 2019; Griese & Buhs, 2014; Salavera et al., 2019; Teixeira et al., 2014). Para os efeitos desta investigação as competências psicossociais constituem dois fatores de proteção, avaliados, respetivamente, através da escala atividades e da escala social, pertencentes às escalas de competências da CBCL 6-18. O critério de avaliação foi o seguinte: 1 para níveis normativos; 2 para os níveis *borderline* e clínico.

As variáveis principais dicotómicas problemas de internalização, de externalização, assim como a sintomatologia geral, foram dicotomizadas nas categorias: normativo e clínico, esta última engloba os valores *borderline* e clínicos da CBCL 6-18. Já a resiliência é definida neste estudo, tendo como base literatura precedente (Fergus & Zimmerman, 2005; Masten & Barnes, 2018), enquanto adaptação positiva, na presença de risco elevado. A adaptação positiva é operacionalizada através do nível normativo do *score* total de sintomatologia, já o risco, é operacionalizado por um nível de risco elevado, i.e., pela presença de um IRC ≥ 4 , à semelhança do parâmetro utilizados em outras investigações (Turner et al., 2007; Stoddard et al., 2013). A fonte de dados utilizada para estas variáveis foi a CBCL 6-18 preenchida pela mãe, e no caso específico da resiliência acrescentam-se as fontes utilizadas para os fatores de risco que constituem o IRC, i.e., as fichas de triagem e anamnese.

As variáveis sociodemográficas, variáveis dicotómicas, são o sexo das crianças e adolescentes e o grupo etário, e foram selecionadas devido a dois fatores a.) a CBCL 6-18 diferencia os resultados obtidos para os problemas de internalização, externalização e

sintomatologia geral (nesta investigação utilizados enquanto variáveis dependentes) entre grupos etários (crianças: 6-11 anos; adolescentes: 12-18 anos) e entre sexos (feminino; masculino) (Achenbach et al., 2014), levando-se em consideração, relativamente à idade dos participantes, o momento de preenchimento deste questionário; e b.) estudos relativos ao efeito cumulativo de FR e FP têm sugerido como variáveis moderadores para a PD tanto a faixa etária, como o sexo (Evans et al., 2013; Rickwood & Thomas, 2019). Neste sentido, estas variáveis integraram o estudo das correlações com o IRC e IPC, assim como a análise das diferenças entre grupos. A fonte de dados para estas variáveis foi a CBCL 6-18. Houve ainda a integração de outras variáveis sociodemográficas, nomeadamente, para a caracterização da amostra, que passaram pela escolaridade das crianças e adolescentes e a idade da mãe, cujas fontes de dados foram as fichas de triagem e de anamnese.

1.2.3.3. Procedimentos de Seleção das Variáveis e Recolha de Dados

Por se tratar de uma análise retrospectiva documental de processos clínicos, os procedimentos de seleção das variáveis e de recolha de dados informaram-se mutuamente, estando sujeitos aos mesmos trâmites éticos (Pais Ribeiro, 2010).

Como já referido anteriormente, este estudo está inserido na linha de investigação “Os nós e os laços: Risco parental e problemas de internalização e externalização em crianças e adolescentes” (Marinho et al., 2018) - associada a uma clínica pedagógica de psicologia de uma universidade privada no norte do país -, cujo parecer favorável previamente obtido pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (cf. Anexo C). Indo ao encontro do princípio da confidencialidade (Regulamento nº 258/2011 da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011), a utilização anonimizada de dados para fins de investigação, provenientes das consultas de psicologia da clínica, foi concedida através do prévio consentimento informado dos pais ou responsáveis legais das crianças e adolescentes (cf. Anexo D). Cumpridos estes pré-requisitos éticos e deontológicos, deu-se início à investigação, prosseguindo-se para as etapas de seleção das variáveis e de recolha de dados.

Iniciou-se por uma fase de carácter preparatório, que teve como pontos de partida a.) o conhecimento prévio sobre o protocolo de avaliação psicológica multiníveis de crianças e adolescentes aplicado na clínica, nomeadamente, as fichas de triagem e de anamnese e

dos instrumentos do modelo ASEBA, nomeadamente a CBCL 6-18 (*Child Behavior Checklist 6-18*) (Achenbach et al., 2014); b.) a questão central e os objetivos de investigação; e c.) revisões narrativas da literatura, uma primeira direcionada para a pesquisa sobre os fatores de risco e de proteção e uma segunda revisão com foco no efeito cumulativo de risco e proteção no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento e resiliência.

A partir da triangulação destas informações, prosseguiu-se para a seleção das variáveis principais e sociodemográficas. A seleção das variáveis principais referentes ao risco e à proteção, teve como base uma primeira listagem de fatores de risco e de proteção, que levou em consideração a.) a informação que poderia ser recolhida dos materiais do protocolo de avaliação, sendo assim uma seleção por conveniência; b.) que o impacto do efeito cumulativo, tende a ser mais significativo quando, para além da quantidade de fatores envolvidos, se contempla a variedade de domínios aos quais pertencem, nomeadamente aos domínios individual, familiar e social (Aplleyard et al., 2015; Luthar 2015; Masten & Barnes, 2018; Turner et al., 2007); e c.) que os fatores selecionados e distribuídos como sendo de risco ou de proteção tiveram como base a literatura, tratando-se neste sentido de fatores estatísticos e hipotéticos, método de seleção comumente utilizado na investigação sobre risco e proteção cumulativos (Evans et al., 2013; Luthar, 2015; Rutter, 2012, 2013; Shean, 2015; Turner, 2007).

Seguiu-se uma fase de caráter exploratório, cujo foco foi uma primeira consulta aos processos clínicos. Para o efeito pediu-se autorização à coordenação do eixo clínico-comunitário da clínica para se ter acesso aos mesmos, tendo sido concedida (cf. Anexo E). O objetivo desta análise exploratória, passou por a.) selecionar os materiais de recolha de dados, verificando-se se os instrumentos de avaliação estavam devidamente preenchidos; b.) proceder à seleção dos processos clínicos, considerando os critérios de inclusão e de exclusão definidos para a amostra; e c.) equiparar a lista de fatores de risco e de proteção com as informações disponíveis nas fontes de dados, para se proceder à elaboração de uma lista com sete fatores de risco e seis fatores de proteção, distribuídos pelos domínios individual, familiar e social.

A validação dos sete fatores de risco e seis fatores de proteção selecionados foi realizada através de uma revisão narrativa da literatura, com vista a pré-determinar os critérios de avaliação para cada um deles. Finalizada a seleção das variáveis, respetivas fontes de dados e critérios de avaliação, elaborou-se uma grelha final (cf. Anexo F).

Por fim, procedeu-se para a fase de recolha de dados com base na grelha final, através da segunda consulta aos processos clínicos.

1.2.3.4 Procedimentos Estatísticos

Findada a recolha de dados, procedeu-se à elaboração da base de dados no programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 26).

Numa primeira fase, com o intuito de caracterizar a amostra relativamente às variáveis em estudo (cf. ponto 1.2.3.2) recorreu-se à estatística descritiva dos dados (Pestana & Gageiro, 2020).

Numa segunda fase, com o intuito de ir ao encontro dos objetivos propostos para este estudo, procedeu-se numa primeira etapa à estatística correlacional para verificar as associações entre variáveis, numa segunda etapa à estatística diferencial, com o intuito de analisar diferenças entre grupos.

Para a seleção dos testes estatísticos a serem aplicados, tanto para a correlação entre as variáveis, como para a análise de diferença entre grupos, recorreu-se a uma análise exploratória dos dados para verificar os pressupostos da aplicação dos testes paramétricos, nomeadamente da normalidade e da homogeneidade de variâncias. Nas análises estatísticas assumiu-se um nível de significância $\alpha = 0.05$ (Pestana & Gageiro, 2020).

De forma a analisar-se a normalidade da distribuição das variáveis IRC e IPC em relação a cada uma das variáveis que forma os grupos, recorreu-se ao teste de aderência à normal *Shapiro Wilks*, dado que $n=52$ (próximo de $n=50$), à assimetria e curtose (Pestana & Gageiro, 2020). Como se pode observar pelos valores na Tabela G1 (cf. Anexo G), o pressuposto da distribuição normal não se verifica para a maioria dos grupos, dado que $p\text{-value} \leq 0.05$, rejeitando-se assim a H_0 (H_0 = a distribuição de IRC/IPC é igual à normal).

Relativamente à homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene, observando-se na Tabela G2 (cf. Anexo G) que apesar de na maioria dos grupos se verificar a igualdade de variâncias, em relação ao IPC para as variáveis faixas etárias e problemas de internalização não se verifica a igualdade de variâncias, assim como também não em relação ao IRC para a variável problemas de internalização.

Uma vez que não se verificaram os pressupostos da distribuição normal, nem da homogeneidade de variância para os IRC e IPC em relação a todas as variáveis, recorreu-se aos testes não paramétricos.

Neste sentido, para a análise de correlação entre variáveis, considerando-se as escalas de medidas das variáveis, i.e., quantitativas escalares (IRC e IPC) e qualitativas dicotômicas (problemas de internalização, de externalização e sintomatologia geral, resiliência, sexo e grupo etário), aplicou-se a medida de associação correlação R_s de Spearman, em substituição ao teste paramétrico *point-biserial* (Field & Hole, 2003; Pestana & Gageiro, 2020). Pelo fato da correlação de Spearman incidir sobre relações monotônicas, não se pode assumir *a priori* uma linearidade das mesmas (Laerd Statistics, 2015).

Já para a análise das diferenças entre dois grupos independentes, em relação aos IRC e IPC, recorreu-se ao teste Mann-Whitney, em substituição ao teste paramétrico *t* de Student. As variáveis que formam os grupos são: (a) os problemas de internalização, de externalização, sintomatologia geral, cujos grupos, para cada uma delas, dividem-se entre indivíduos com valor normativo e com valor clínico, (b) a resiliência, cujos grupos dividem-se entre os que têm resiliência e os que não a têm; e (c) o sexo, feminino e masculino, e o grupo etário, crianças (6-11-anos) e adolescentes (12-18 anos).

2. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados em paralelo (a) a exposição descritiva dos resultados das análises estatísticas e (b) a discussão dos mesmos, recorrendo-se para tal ao referencial teórico apresentado no capítulo I. Pretende-se assim, integrar os resultados estatísticos numa mais ampla compreensão teórica, com o intuito de lhes dar significado e abrir espaço à reflexão crítica dos mesmos. A ordem pela qual serão apresentados os resultados das análises estatísticas e a respetiva discussão, orientou-se pela ordem dos objetivos de investigação delineados no capítulo 1.1. i.e., num primeiro momento os objetivos relacionados com associações entre variáveis, e num segundo momento aqueles relacionados com diferenças entre grupos.

2.1. Associações entre Índices de Risco e de Proteção Cumulativos, Psicopatologia do Desenvolvimento e Resiliência

Na Tabela 11 são apresentados os resultados das análises estatísticas para a associação entre os IRC e IPC, e os problemas de internalização, problemas de externalização, sintomatologia geral e resiliência, seguidos da respetiva discussão.

Tabela 11

Resultados das correlações Ró de Spearman entre IRC e IPC, e psicopatologia do desenvolvimento e resiliência

	IRC		IPC	
	r_s	p	r_s	p
Problemas de internalização	- 0.097	0.492	- 0.071	0.619
Problemas de externalização	0.121	0.392	- 0.363	0.008
Sintomatologia geral	- 0.066	0.644	- 0.273	0.050
Resiliência	0.577	0.000	0.141	0.318

Legenda. IRC = índice de risco cumulativo; IPC = índice de proteção cumulativa.

Nota. Significância estatística $p \leq 0.050$; para as variáveis de psicopatologia definiu-se 1-valores normativos, 2- valores clínicos; para a variável resiliência definiu-se 1-com resiliência, 1-sem resiliência

Ao analisar estes resultados observa-se que, no âmbito do risco cumulativo, apenas a correlação, entre o IRC e resiliência apresenta significância estatística, verificando-se

uma correlação média e positiva ($r_s = 0.577, p = 0.000$). Neste sentido, um aumento de risco está mediamente associado a um aumento da resiliência, o que seria de esperar, dado que a presença de resiliência implica, segundo a categorização desta variável neste estudo, um nível elevado de risco, i.e., um $IRC \geq 4$. As demais correlações entre IRC e problemas de internalização ($p = 0.492$), de externalização ($p = 0.392$) e sintomatologia geral ($p = 0.644$) não apresentam significância estatística, não indo ao encontro dos resultados observados na literatura no âmbito do modelo de risco cumulativo, que apontam para correlações positivas estatisticamente significativas entre risco cumulativo e psicopatologia (Appleyard et al., 2015; Gerard & Buehler, 2004; Evans et al. 2013; Hunt et al., 2017; Turner et al., 2007). Em específico, as correlações negativas entre IRC e problemas de internalização e sintomatologia geral, por não apresentarem significância estatística, não vão ao encontro do modelo do desafio, que se orienta pela perspectiva do modelo de *stress*-diátese, segundo o qual níveis muito baixos ou muito altos de risco podem desencadear psicopatologia e níveis médios a sua inoculação (Flouri et al., 2015; Ganzel et al., 2010).

Já no âmbito da proteção cumulativa, verificam-se que as correlações entre o IPC e os problemas de externalização, média e negativa ($r_s = - 0.363, p = 0.008$) e entre o IPC e a sintomatologia geral, fraca e negativa ($r_s = - 0.273, p = 0.050$) são estatisticamente significativas. Estes resultados sugerem que um aumento de uma variável está associado à diminuição da outra, o que vai ao encontro do que foi encontrado na literatura sobre o modelo de proteção cumulativa, que propõe que o acúmulo de fatores de proteção está associado a menores níveis de psicopatologia, no sentido de um efeito oposto, direto e independente sobre os resultados, independentemente do risco ser alto ou baixo (Fergus & Zimmerman, 2005; Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018; Stoddard et al., 2013). Em específico a correlação entre IPC e problemas de externalização pode ser compreendida através dos fatores que compõe o IPC, metade dos quais operacionalizam competências psicossociais e académicas, competências estas que tendem a apresentar associações negativas com os problemas de externalização (Achenbach et al., 2014; Teixeira et al., 2014). Contudo, as correlações entre o IPC e os problemas de internalização ($p = 0.619$), e o IPC e resiliência ($p = 0.318$) não apresentam significância estatística, o que não corrobora os resultados encontrados na literatura, não se verificando para estas variáveis as associações esperadas entre proteção cumulativa e problemas de internalização e resiliência (Lenzi et al.; Masten & Barnes; Stoddard et al.). Neste sentido,

sugere-se que os fatores de proteção selecionados e hipotéticos que constituem este IPC, possam ser fatores mais adequados para analisar problemas de externalização e sintomatologia geral, do que de internalização e resiliência. Em sequência dos dados obtidos, levanta-se a reflexão sobre a importância de cada um dos fatores de proteção que compõem este índice cumulativo, podendo expor, como já apresentado por autores como Ettekal et al. (2019), Evans et al. (2013) e Gerard e Buehler (2004) alguma fragilidade numa das premissas deste modelo, segundo a qual a soma dos fatores é mais significativa do que os fatores em si.

Por haver uma preponderância de ausência de significância estatística nestas correlações, sugere-se que o risco nesta amostra não esteja a atuar como tal, nem a proteção esteja a promover proteção no âmbito de problemas de internalização e da resiliência, o que levanta algumas questões sobre: (a) a adequação da avaliação dos fatores de risco, nomeadamente de proteção, para esta amostra, como já sugerido por Fergus e Zimmerman (2005) no âmbito de trajetórias desadaptativas em contextos de risco baixo; (b) a seleção adequada de fatores de risco e de proteção, como já ponderado por Evans et al. (2013); (c) a categorização dos fatores como sendo de risco ou de proteção, i.e., sobre a designação arbitrária de risco e de proteção e a sua respetiva dicotomização, que pode levar à inevitável perda da complexidade do que vem a ser risco ou proteção, podendo camuflar efeitos não previstos previamente, questão esta já abordada por autores como Ettekal et al. (2019), Evans et al. (2013) e Gerard e Buehler (2004); e (d) a ausência de análises estatísticas entre fatores de risco e de proteção, não contemplando sinergias existentes entre os mesmos, uma das características do modelo cumulativo aditivo (Evans et al.)

Neste sentido, em relação à avaliação adequada, pondera-se, por exemplo, no âmbito do risco, sobre a credibilidade das respostas de alguns fatores, como sejam, o “abuso físico da criança ou adolescente no seio familiar” ou a “exposição à violência interpaparental”, cuja presença conta com baixas percentagens na amostra, respetivamente 7.7% e 17.3%, podendo ter havido, por um lado, um aspeto de desejabilidade social, visto que a informação é recolhida das fichas de triagem e de anamnese, que são entrevistas iniciais durante as quais se estabelece a relação terapêutica, e que no caso da triagem ainda conta com a presença da/o filha/o, e por outro lado, por outro lado não sendo aplicado um instrumento de avaliação específico para estas variáveis, as respostas dependem da perceção dos pais sobre o que vem a ser violência.

Em relação à seleção de fatores, pondera-se sobre a inclusão de outros fatores que possam estar em maior concordância com a época em que se vive atualmente - cuidado este relativo à adaptação cultural e temporal, já alertado por exemplo por Ungar (2011) - tais como práticas parentais inadequadas, falta de tempo de qualidade entre pais e filhos, higiene do sono, tempo despendido em telas eletrônicas, falta de contato com espaços verdes (Rasmussen et al., 2014; Rickwood & Thomas, 2019; Shean, 2015). Por outro lado, relativamente aos fatores de proteção selecionados, dado haver um nível alto de proteção na amostra, coloca-se a questão sobre a fiabilidade. Observaram-se percentagens altas nos fatores de proteção “quantidade de irmãos” (96,2%), “rendimento académico” (82,7%), “atividades pró-sociais” (63.5%) e “competências sociais” (69.2%). Colocando-se a hipótese por exemplo do parâmetro utilizado neste estudo para a quantidade de irmãos, que teve como base estudos precedentes, ser ajustado, visto a média de filhos por mulher em Portugal em 2019 ser de 1.41 (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Relativamente à designação arbitrária de risco e de proteção, pondera-se por exemplo, se as escalas de competências da CBCL 6-18 podem ser categorizadas enquanto proteção, mas poderem estar a atuar como risco, visto um rendimento académico alto poder estar associado a problemas de internalização (Pantis et al., 2015; Shean, 2015).

2.2. Associações entre Índices de Risco e de Proteção Cumulativos, Sexo e Grupo Etário

Dar-se-á continuidade à análise de associação entre variáveis, apresentando-se na Tabela 12 os resultados para a associação entre os IRC e IPC e as variáveis sociodemográficas sexo e grupo etário, seguidos da respetiva análise.

Tabela 12

Resultados das correlações Ró de Spearman entre IRC e IPC, e sexo e grupo etário

	IRC		IPC	
	r_s	p	r_s	p
Sexo	0.134	0.342	- 0.005	0.970
Grupo Etário	0.251	0.073	0.107	0.450

Legenda. IRC = índice de risco cumulativo; IPC = índice de proteção cumulativa.

Nota. Significância estatística $p \leq 0.05$; para a variável sexo definiu-se 1-feminino, 2-masculino; para a variável grupo etário definiu-se 1-crianças: 6-11 anos; 2-adolescentes: 12-17 anos.

Ao analisar estes resultados, observa-se não haver significância estatística nas correlações entre o IRC e o sexo ($p = 0.342$) e o grupo etário ($p = 0.073$), assim como entre IPC e sexo ($p = 0.970$) e o grupo etário ($p = 0.450$).

Relativamente à variável sexo, dado que a literatura tende a não encontrar um padrão consistente de associações entre o efeito cumulativo de risco e de proteção, e o sexo (Esbensen et al., 2009; Evans et al., 2013, Lenzi et al., 2015, Ragnarsdottir et al., 2017), sugere-se, como já proposto por outros autores como Evans et al. (2013) e Lenzi et al. (2015), que haja mais investigação no sentido de se aprofundar a compreensão sobre esta associação, visto que o sexo é uma variável moderadora para os resultados psicopatológicos, i.e., as raparigas tendem a problemas de internalização e os rapazes a problemas de externalização (Achenbach et al., 2014; Lenzi et al.; Hudziak et al., 2007).

Em relação ao grupo etário, os resultados não corroboram a literatura, que aponta para uma associação entre estas variáveis, no sentido dos IRC e IPC terem uma associação mais forte no grupo etário dos adolescentes (Atkisson et al. 2015; Evans et al., 2013; Gerard & Buehler, 2004; Lenzi et al., 2015; Ragnarsdottir et al., 2017). Neste sentido, a falta de significância estatística encontrada nesta amostra, remete para a questão já levantada sobre a importância que possam ter os fatores de risco e de proteção que integram os IRC e IPC.

2.3. Diferenças nos Índices de Risco e Proteção Cumulativos entre Grupos Independentes de Psicopatologia e de Resiliência

Os resultados das análises estatísticas das diferenças entre grupos relativamente aos IRC e IPC são apresentados na Tabela 13, assim como nos Gráficos H1-8 (cf. Anexo H), seguidos da respetiva discussão.

Para a análise destes resultados, utilizou-se os valores dos postos médios – e não as medianas –, dado que a distribuição das variâncias não é similar (Laerd Statistics, 2015), como observado nos testes de homogeneidade de Levene (cf. Anexo G).

Ao analisar os resultados obtidos, observa-se que as diferenças nos IRC entre os grupos normativo e clínico de problemas de internalização, não são estatisticamente significativas ($p = 0.487$). Também as diferenças nos IPC entre os grupos normativo e clínico não se apresentam com significância estatística ($p = 0.614$). Os resultados não

corroboram os estudos encontrados de Appleyard et al. (2005), Evans et al. (2013) e Ragnarsdottir et al. (2017), nos quais se verificou que para problemas de internalização o grupo clínico apresentou mais fatores de risco e menos fatores de proteção.

Tabela 13

Resultados do Teste Mann-Whitney das diferenças nos IRC e IPC entre grupos independentes de psicopatologia e de resiliência

	Problemas de internalização		Problemas de externalização		Sintomatologia Geral		Resiliência	
	Norm. N= 16	Clín. N= 36	Norm. N= 27	Clín. N= 25	Norm. N= 20	Clin. N= 32	Sim n=5	Não n= 47
IRC								
<i>p</i>	0.487		0.386		0.639		0.004	
<i>U</i>	253.500		384.000		295.500		209.500	
<i>z</i>	- 0.696		0.866		- 0.469		2.904	
Posto médio	28.66	25.54	24.78	28.36	27.73	25.73	44.90	24.54
<i>Mdn</i>	2.5	2	2	3	2	2.5	4	2
IPC								
<i>p</i>	0.614		0.009		0.051*		0.411	
<i>U</i>	262.500		201.000		220.000		143.000	
<i>z</i>	- 0.504		- 2.594		- 1.952		0.821	
Posto médio	28.03	25.82	31.56	21.04	31.50	23.38	31.60	25.96
<i>Mdn</i>	4	4	4	3	4	3.5	4	4
<i>Legenda.</i> IRC = índice de risco cumulativo; IPC = índice de proteção cumulativa; Norm.: valores normativos; Clin. Valores clínicos.								
<i>Nota.</i> Significância estatística $p \leq 0.05$; *marginamente significativo; valores de <i>p</i> correspondem a significâncias assintóticas.								

Ao analisar os resultados obtidos para diferenças nos IRC entre grupos normativo e clínico de problemas de externalização, observa-se que estas não apresentam significância estatística ($p = 0.386$), o que não corroboram os estudos encontrados (Appleyard et al., 2005; Esbensen et al., 2009; Evans et al., 2013), nos quais se verificou que para os problemas de externalização, o grupo clínico apresenta mais fatores de risco. Contudo, as diferenças nos IPC entre os grupos normativo (posto médio = 31.56) e clínico (posto médio = 21.04) de problemas de externalização por apresentarem significância estatística ($U = 201.000$, $z = -2.594$, $p = 0.009$) corroboram a literatura (Lenzi et al., 2015), no sentido de indivíduos sem problemas de externalização apresentarem mais fatores de proteção do que aqueles com esses problemas.

Ao observar as diferenças nos IRC entre grupos normativo e clínico de sintomatologia geral, verifica-se que estas não apresentam significância estatística ($p > 0.639$). Em relação a diferenças nos IPC entre grupos normativo e clínico de sintomatologia geral, verifica-se uma marginal significância estatística ($U = 202.000$, $z = 1.952$, $p = 0.051$). Estes dados não corroboram assim os resultados encontrados em estudos, nos quais se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos normativos e clínicos, estes últimos com índices risco mais elevados, e índices de proteção mais baixos (Appleyard et al., 2005; Esbensen et al., 2009; Evans et al., 2013; Lenzi et al., 2015).

Em suma, as diferenças nos IRC e IPC entre grupos independentes de psicopatologia, apontam para uma tendência dos fatores de proteção selecionados e hipotéticos que constituem o IPC deste estudo, serem mais adequados para analisar o seu efeito em problemas de externalização, do que de internalização, o que vem reforçar a reflexão sobre a seleção e avaliação desses fatores já levantada nas análises das correlações. Assim como a ausência elevada de significância estatística para diferenças nos IRC e IPC entre grupos, vem reforçar a questão já colocada nas análises das correlações sobre o fato da designação arbitrária de risco e de proteção poder estar a camuflar efeitos não previstos previamente.

Em relação a diferenças nos IRC entre o grupo de crianças e adolescentes resilientes (posto médio = 44.90) e o de não resilientes (posto médio = 24.54), verifica-se significância estatística ($U = 209.500$, $z = 2.904$, $p = 0.004$), o que seria de esperar, dada a constituição deste construto. Contudo, diferenças nos IPC entre o grupo resiliente e o não resiliente, não se mostraram estatisticamente significativas ($p > 0.411$). Os dados obtidos não corroboram estudos de autores como Dias e Cadime (2017), Lenzi et al. (2015), Masten e Barnes (2018) ou Zimmerman et al. (2013), nos quais são apresentadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos de crianças e adolescentes resilientes e os não resilientes relativamente ao efeito cumulativo de fatores de proteção. Sugere-se a reflexão já acima colocada, sobre a adequação destes fatores de proteção para a compreensão de diferenças entre indivíduos resilientes e não resilientes.

2.4. Diferenças nos Índices de Risco e Proteção Cumulativos entre Grupos Independentes de Sexo e Grupo Etário

Os resultados das análises estatísticas das diferenças nos IRC e IPC entre grupos das variáveis sociodemográficas sexo e grupo etário são apresentados na Tabela 14, assim como nos Gráficos H 9-12 (Anexo H), seguidos da respectiva discussão.

Tabela 14

Resultados do Teste Mann-Whitney das diferenças nos IRC e IPC entre grupos independentes das variáveis sexo e grupo etário

	Sexo		Grupo Etário	
	Feminino <i>n</i> =25	Masculino <i>n</i> = 27	Criança <i>n</i> =29	Adolescente <i>n</i> =23
IRC				
<i>p</i>	0.337		0.740	
<i>U</i>	286.000		429.000	
<i>z</i>	0.959		1.789	
Posto médio	24.44	28.11	23.21	30.65
<i>Mdn</i>	2	2	2	3
IPC				
<i>p</i>	0.970		0.444	
<i>U</i>	335.500		373.500	
<i>z</i>	- 0.038		0.765	
Posto médio	26.58	26.43	25.12	28.24
<i>Mdn</i>	4	4	4	4

Legenda. IRC = índice de risco cumulativo; IPC = índice de proteção cumulativa.

Nota. Significância estatística $p \leq 0.05$; valores de *p* correspondem a significâncias assintóticas; Crianças: 6-11 anos; Adolescente: 12-17 anos.

Para a análise destes resultados utilizou-se os valores dos postos médios – e não das medianas –, dado que a distribuição das variâncias não é similar (Laerd Statistics, 2015), como observado nos testes de homogeneidade de Levene (cf. Anexo G).

Ao analisar os resultados relativamente a diferenças entre sexos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos IRC ($p = 0.337$), nem nos IPC ($p = 0.970$). Por não haver significância estatística, estes dados podem reforçar resultados encontrados em estudos de autores como Evans et al. (2013), Esbensen et al. (2009), Hartman et al. (2009), Lenzi et al. (2015), Ragnarsdottir et al. (2017) e Stoddard et al. (2013), no sentido

de não se observar entre raparigas e rapazes um padrão consistente relativamente a essas diferenças. Contudo, pelo fato do sexo ser uma variável moderadora para os resultados psicopatológicos, como indicado por exemplo nos estudos de Achenbach et al. (2014) e Hudziak et al. (2007), sugere-se que a análise destas diferenças continue a ser investigada.

As diferenças entre grupos etários também não apresentam significância estatística nem nos IRC ($p = 0.740$), nos IPC ($p = 0.444$). Os resultados deste estudo não corroboram os estudos encontrados (Atkinson et al., 2015; Flouri et al. 2015; Masten & Barnes, 2018), que identificam diferenças entre crianças e adolescentes, no sentido destes últimos terem mais experiência de risco e de proteção. Em sequência, os autores sugerem que a adolescência é uma fase fulcral, quer devido ao processo aditivo que o próprio tempo proporciona, por exemplo o risco decorrido na primeira infância poder vir a desencadear uma vulnerabilidade que por sua vez pode tornar a criança mais suscetível a outros riscos ocorridos numa infância mais tardia, podendo torná-la mais vulnerável a outros fatores que possam ocorrer na adolescência, como que acumulando risco e vulnerabilidade (Atkinson et al.). Ou seja, indivíduos com uma vulnerabilidade pré-existente à psicopatologia podem necessitar de níveis de adversidade cada vez mais baixos para experienciarem vulnerabilidade, perspetiva esta orientada pelo modelo de *stress*-diátese e pela noção de carga alostática (Flouri et al.; Ganzel et al., 2010). A fase da adolescência também expõe o indivíduo a mais sistemas, para além do individual e familiar, como sejam a escola e os pares, o que pode levar um desgaste ou aprimoramento cumulativo de estratégias de enfrentamento e regulação emocional. Neste sentido, estes resultados remetem para a reflexão já apresentada sobre a adequação da seleção e categorização de fatores de risco e de proteção, ponderando-se no contexto da análise de grupos etários, por exemplo a inclusão de riscos ocorridos na primeira infância.

Conclusão

Findado este trabalho, apresentar-se-á uma síntese integrada dos resultados deste estudo, que desencadeará a reflexão sobre as limitações e mais-valias do mesmo, assim como a exploração de sugestões para futuras investigações.

Os objetivos deste estudo passaram por (a) verificar as associações entre o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção, e problemas de internalização, de externalização, sintomatologia geral, resiliência, sexo e grupo etário e (b) analisar as diferenças no efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção entre grupos independentes normativos e clínicos de problemas de internalização, de externalização e sintomatologia geral, assim como entre indivíduos com e sem resiliência, e ainda entre raparigas e rapazes, e entre crianças e adolescentes. Para ir ao encontro destes objetivos aplicou-se o modelo de risco e proteção cumulativos.

Com estes objetivos pretende-se contribuir para a compreensão sobre o efeito cumulativo de fatores de risco e de proteção na psicopatologia do desenvolvimento no contexto português, com vista à melhoria das práticas clínicas, indo ao encontro do princípio da beneficência (Regulamento nº 258/2011 da Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011), motivando a uma avaliação e intervenção psicológica de crianças e adolescentes, orientada pela teoria da resiliência, segundo a qual crianças e adolescentes são vistos como recursos a serem desenvolvidos e não apenas como problemas para resolver (Fergus & Zimmerman, 2015; Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018).

Através da revisão da literatura no âmbito dos modelos de risco e proteção cumulativos foi possível verificar relações significativas entre risco e proteção cumulativos e problemas de internalização, de externalização, sintomatologia geral e resiliência, no sentido de mais risco estar relacionado significativamente tanto a indicadores de psicopatologia, assim como de resiliência (e.g., Apleyard et al., 2005; Atkinson et al., 2015; Evans et al., 2013; Gerard & Buehler, 2004; Hunt et al., 2017), dado que a composição deste construto integra a noção de risco, assim como no sentido de mais proteção estar relacionada significativamente a comportamentos adaptativos e resilientes (e.g., Flouri et al., 2015; Lenzi et al., 2015; Masten & Barnes, 2018; Ragnarsdottir et al., 2017). As relações entre risco e proteção cumulativos e o sexo apresentam na literatura um padrão inconsistente (e.g., Evans et al., 2013), já a relação com o grupo etário tende

a mostrar uma maior incidência de risco e de proteção nos adolescentes (e.g., Atkinson et al.; Masten & Barnes). Observaram-se indicadores similares nas diferenças entre grupos (e.g., Evans et al., 2013).

De forma geral, a caracterização dos participantes, divididos similarmente entre crianças e adolescentes, assim como entre raparigas e rapazes, indica uma maior tendência para o nível de risco médio na amostra, assim como a preponderância de um nível de proteção alto, na presença de um maior número de crianças e adolescentes com psicopatologia e um número consideravelmente reduzido de crianças e adolescentes resilientes. Esta caracterização sugere uma reflexão inicial sobre a eventual importância de cada um dos sete fatores de risco e dos seis de proteção que compõem, respetivamente o IRC (“*stressores* maternos pré-natais”; “afastamento parental”; “separação/divórcio”; “abuso físico na criança/adolescente no seio familiar”; “exposição à violência interparental”; “*bullying*”; “mudança de estabelecimento de ensino”) e o IPC (“saúde física”; rendimento académico”; “menos de quatro irmãos”; “nível de escolaridade materno pós-secundário”; atividades pró-sociais”; “competências sociais”).

Esta reflexão revelou ser central após a análise dos resultados do estudo, que indicaram as seguintes relações significativas: a relação entre IRC e resiliência, o que se deve à composição desta variável, que implicou a presença de um nível de risco alto; a relação entre IPC e a dimensão de externalização, o que vai ao encontro da literatura, no sentido de metade dos fatores que compõe o IPC representarem competências psicossociais e académicas, apontadas na literatura como situando-se num polo inverso aos problemas de externalização; e ainda a relação entre IPC e sintomatologia geral, corroborando a literatura. As diferenças no IPC e crianças e adolescentes sem e com problemas de internalização também se mostraram relevantes. Contudo, as demais relações entre IRC e IPC, e, indicadores de psicopatologia, resiliência, sexo e grupo etário, assim como as demais diferenças nos IRC e IPC entre crianças e adolescentes sem e com indicadores de psicopatologia, entre crianças e adolescentes resilientes e não resilientes, entre sexos e entre grupos etários, não mostraram ser significativas, não corroborando a literatura – excetuando as relações entre IRC e IPC, e o sexo, cujos padrões, na literatura, se mostram inconsistentes.

Em suma, estes resultados, em conjunto com a informação obtida da descrição dos participantes, sugerem, por um lado, pelo fato do IPC ter uma relação com os problemas de externalização e sintomatologia geral e por outro lado, pelo fato de não haver

significância nas relações entre índices cumulativos, e os demais indicadores de psicopatologia, sexo e grupo etário, que possa haver fatores ou processos de vulnerabilidade e resiliência de relevo que não foram contemplados neste estudo, e, na sequência, podem apontar para a importância que cada um dos fatores que compõem os IRC e IPC têm para a compreensão da psicopatologia e da resiliência. Esta perspectiva não é, *a priori*, partilhada pelo modelo cumulativo, segundo o qual a soma dos fatores ganha mais relevo do que os fatores em si. Na sequência dos dados obtidos, colocam-se algumas hipóteses explicativas, nomeadamente, sobre a adequação da avaliação dos fatores de risco, nomeadamente de proteção, ou ainda sobre algumas das fragilidades do modelo cumulativo, como sejam a subestimação da importância de cada fator de risco e de proteção que compõem os índices de risco e proteção cumulativos, a designação arbitrária de risco e de proteção e a sua respetiva dicotomização, que pode levar à inevitável perda da complexidade do que vem a ser risco ou proteção, e ainda, por ser um modelo aditivo, excluir a possibilidade de analisar relações entre fatores de risco e de proteção, não contemplando assim sinergias existentes entre os mesmos.

As limitações deste estudo passam, nomeadamente, pelo fato de ser retrospectivo, o que implicou que a seleção dos fatores de risco e proteção partiu de dados disponíveis, e, como tal, foram selecionados por conveniência, o que pode ter reforçado a questão da designação arbitrária do que vem a ser risco e proteção para esta amostra.

Como mais-valias deste estudo, aponta-se a pesquisa exploratória aprofundada dos processos clínicos com vista à seleção de fatores de risco e de proteção, que levaram em consideração diferentes graus de intensidade, assim como a integração de múltiplos domínios da vida das crianças e adolescentes. Esta minuciosa pesquisa pode ter implicações tanto para futuros estudos, nomeadamente no âmbito da linha de investigação “Os nós e os laços: Risco parental e problemas de internalização e externalização em crianças e adolescentes” (Marinho et al., 2018), como também para a prática clínica, pela reflexão que levanta sobre a importância que cada um dos fatores de risco e de proteção tem na vida de crianças e adolescentes, assim como sobre quais os fatores de risco e de proteção que possam ser de relevo para amostras clínicas ou subclínicas no contexto português atual.

Seguem-se algumas sugestões para que se possa continuar em futuras investigações a aprofundar a compreensão nesta área de estudo.

Sugere-se haver uma fase preliminar de verificação, i.e., averiguar se os fatores escolhidos atuam como risco ou proteção para determinada amostra, dando um passo para além da seleção e categorização de fatores de risco e de proteção com base exclusiva em literatura precedente. Neste sentido, sugere-se a que ao risco e à proteção cumulativos, se integre especificamente fatores de risco e de proteção adequados à amostra em estudo, levando em consideração tanto o seu contexto temporal e cultural, como também os resultados psicopatológicos ou as respostas resilientes que se pretendem estudar.

Propõem-se, especificamente no caso de utilização das escalas de competência, a integração da CBCL 6-18, preenchida também pelo pai ou representante legal, da TRF (*Teacher Report Form*) e, no caso de maiores de 11 anos, da YSR (*Youth Self-Report*) (Achenbach et al., 2014), com o intuito de se poder obter uma compreensão mais fidedigna das competências das crianças e adolescentes. Esta sugestão estende-se para a prática clínica, cujo foco nas competências é essencial e que pode ser descurado se se partir do princípio de que as competências estão garantidas, quando podem não estar, se forem apenas considerados resultados de um informante.

Outra sugestão passa pela inclusão da análise de relações entre fatores de risco e de proteção, podendo ser uma vantagem aplicar em conjunto com o modelo cumulativo, outros modelos de risco e de proteção múltiplos. Sugere-se ainda a integração de análises qualitativas que possam complementar a compreensão sobre os processos de vulnerabilidade e de proteção.

Por fim, e comumente sugerido nas investigações no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento, reforça-se a pertinência de estudos longitudinais nos quais é possível avaliar a duração da exposição ao risco e à proteção e a idade de ocorrência dos mesmos.

Em suma, a investigação nesta área continua a mostrar-se de relevo para que se possa aprofundar a compreensão dos processos subjacentes a quem cresce no desassossego.

Referências

- Achenbach, T. M. (1974). *Developmental Psychopathology*. Ronald Press.
- Achenbach, T. M. (2014). *Manual do sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o período pré-escolar e escolar: Um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores*. Psiquilibrios Edições.
- Achenbach, T. M. (2019). International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Applications to clinical services, research, and training. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental health*, 13, 30. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0291-2>
- Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(3), 195-216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press. (Obra original publicada 1978)
- Appleyard, K., Egeland, B., Dulmen, M. H., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 235–245. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7ª ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Atkinson, L., Beitchman, J., Gonzalez, A., Young, A., Wilson, B., Escobar, M., Chisholm, V., Brownlie, E., Khoury, J. E., Ludmer, J., & Villani, V. (2015). Cumulative risk, cumulative outcome: A 20-year longitudinal study. *PLoS ONE*, 10(6), e0127650. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127650>
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. (2007). Life Span Theory in Developmental Psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development: Vol. 1. Theoretical*

- modelos of human development* (6^a ed., pp. 570-664). Wiley Online Library.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Barker, E. (2018). Epigenetics, early adversity and child and adolescent mental health. *Psychopathology*, *51*(2), 71-75. <https://doi.org/10.1159/000486683>
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (3^a ed.). Wiley Blackwell.
- Barnes, A. J., Lafavor, T. L., Cutuli, J. J., Zhang, L., Oberg, C. N., & Masten, A. S. (2017). Health and self-regulation among school-age children experiencing family homelessness. *Children*, *4*(8), 70.
<https://doi.org/10.3390/children4080070>
- Beauchaine, T. P., Constantino, J. N., & Hayden, E. P. (2018). Psychiatry and developmental psychopathology: Unifying themes and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, *87*, 143-152.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.014>
- Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Brand, J. E., Ravaris, M., Song, X., & Xie, Y. (2019). Parental divorce is not uniformly disruptive to children's educational attainment. *Proceedings of the National Academy of Sciences fo the United States of America*, *116*(15), 7266-7271.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1813049116>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development: Vol. 1. Theoretical modelos of human development* (6^a ed., pp. 793–828). Wiley Online Library.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>

- Buchanan, A. (2014). Risk and protective factors in child development and the development of resilience. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 244-249. <https://doi.org/10.4236/jss.2014.24025>
- Cabello, R., Gutiérrez-Cobo, M. J., & Fernández-Berrocal, P. (2017). Parental education and aggressive behavior in children: A moderated-mediation model for inhibitory control and gender. *Frontiers in Psychology*, 8(1181). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01181>
- Campos, J., Barbosa-Ducharme, M., Dias, P., Rodrigues, S., Martins, A. C., & Leal, M. (2019). Emotional and behavioral problems and psychosocial skills in adolescents in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 237-246. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0594-9>
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual*. Psiquilibrios Edições.
- Causadias, J. M., & Cicchetti, D. (2018). Cultural development and psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 30(5), 154-1555. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001220>
- Chen, Y., & Baram, T. Z. (2016). Toward understanding how early-life stress reprograms cognitive and emotional brain networks. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 197-206. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.181>
- Cicchetti, D. (2015). Development and Psychology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 2. Theory and Method* (2^aed, pp. 1-23). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9780470939383.ch1>
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033259>
- Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: Implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248-258. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.029>

- Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2007). Multilevel perspectives on pathways to resilient functioning. *Development and Psychopathology, 19*, 627–629.
<https://doi.org/10.1017/S0954579407000314>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 50*(1-2), 16-25.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x>
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology, 6*, 533-549.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400004673>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939-991.
<https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Costa, V. A., & Sani, A. I. (2007). Sintomatologia de pós-stress traumático em crianças expostas a violência interpaparental. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 4*(4), 282-290.
<http://hdl.handle.net/10284/455>
- Danese, A. & Lewis, S. J. (2017). Psychoneuroimmunology of early-life stress: The hidden wounds of childhood trauma? *Neuropsychopharmacology, 42*(1), 99-114. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.198>
- Denny, S. C. Clark, T. C., Fleming, T., & Wall, M. (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *The American Journal of Orthopsychiatry, 74*(2), 137-149.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.2.137>
- Dias, P. C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role. *Psicología Educativa, 23*(1), 37-43.
<https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.09.003>

- Echezarraga, A. Calvete E., Gonzalez-Pinto, A. M., & Las Hayas, C. (2018). Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow up study. *Stress and Helath, 34*, 115-126. <https://doi.org/10.1002/smi.2767>
- Eisenberg, L. (1995). The social construction of the human brain. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1563-1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1563b>.
- Eme, R. (2017). Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. *World Journal of Psychiatry, 7*(7), 159-162. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.159>
- Esbensen, F. A., Peterson, D., Taylor, T. J., & Freng, A. (2009). Similarities and differences in risk factors for violent offending and gang membership. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology, 42*(3), 310-335. <https://doi.org/10.1375/acri.42.3.310>
- Espejo, E. P., Hammen, C. L., Connolly, N. P., Brennan, P. A., Najman, J. M., & Bor, W. (2007). Stress sensitization and adolescent depressive severity as a function of childhood adversity: A link to anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(2), 287–299. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9090-3>
- Ettekal, I., Eiden, R. D., Nickerson, A. B., & Schuetze, P. (2019). Comparing alternative methods of measuring cumulative risk based on multiple risk indicators: Are there differential effects on children’s externalizing problems? *PLOS One, 14*(7), e0219134. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219134>
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139* (6), 1342-1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Fergus, S. Z., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Field, A. & Hole, G. (2003). *How to design and report experiments*. SAGE Publications Ltd.
- Flouri, E. M., Midouhas, E., Joshi, H., & Tzavidis, N. (2015). Emotional and behavioural resilience to multiple risk exposure in early life: the role of

- parenting. *European Child Adolescent Psychiatry*, 24, 745-755. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0619-7>
- França, M. A., Dimenstein, M., & Zamora, M. H. (2002). Resignificando o conceito de risco nas pesquisas e práticas voltadas à infância contemporânea. *O Social em Questão*, 7, 23-43.
- Franco, M. G., Beja, M. J., Candeias, A., & Santos, N. (2017). Emotion understanding, social competence and school achievement in childhood from primary school in Portugal. *Frontiers in Psychology*, 8(1376). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01376>
- Freud, A. (1989). *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. Routledge. (Obra original publicada 1966)
- Ganzel, B. L., Morris, P. A., & Wethington, E. (2010). Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychological Review*, 117(1), 134-174. <https://doi.org/10.1037/a0017773>
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-05>
- Garnezy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14-90. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.8.14>
- Gartstein, M. A., & Skinner, M. K. (2018). Prenatal influences on temperament development: The role of environmental epigenetics. *Development and Psychopathology*, 30(4), 1269-1303. <https://doi.org/10.1017/S0954579417001730>
- Gasper, J., DeLuca, S., & Estacion, A. (2012). Switching schools: Reconsidering the relationship between school mobility and high school dropout. *American Educational Research Journal*, 49(3), 487-519. <https://doi.org/10.3102/0002831211415250>

- Gauy, F. V., & Rocha, M. M. (2014). Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas em Psicologia*, 22(4), 783-793. <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-0>
- Gerard, J. M., & Buehler, J. C. (2004). Cumulative environmental risk and youth. *Journal of Marriage and Family*, 66, 702-720. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00048.x>
- Glynn, L. M., Howland, M. A., & Fox, M. (2018). Maternal programming: Application of a developmental psychopathology perspective. *Developmental Psychopathology*, 30(3), 905-919. <https://doi:10.1017/S0954579418000524>
- Gómez-Ortiz, O., Martín, L., & Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 67-78. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.cpda>
- Gonçalves, M. & Simões, M. R. (2000). O Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 41-87). Quarteto Editora.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., Krochock, K., & Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 257-283. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011>
- Griese, E. R. & Buhs, E. S. (2014). Prosocial behavior as a protective factor for children's peer victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(7), 1052-1065. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0046-y>
- Hartman, J. L., Turner, M. G., Daigle, L. E., Exum, M. L., & Cullen, F. T. (2009). Exploring the gender differences in protective factors: Implications for understanding resiliency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(3), 249-277. <https://doi.org/10.1177/0306624X08326910>

- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *16*(S1), 16–23. <https://doi.org/10.1002/mpr.217>
- Huizink, A. C. & de Rooji, S. R. (2018). Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: Generic vulnerability and divergent pathways. *Developmental Psychopathology*, *30*(3), 1041-1062. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000354>
- Hunt, T. K., Berger L. M., & Slack, K. S. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.005>
- Hack, S. M., & Ramires, V. R. (2010). Adolescência e divórcio parental: Continuidades e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia Clínica*, *22*(1), 85-97. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000100006>
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Inquérito à Fecundidade. Retirado Junho 30, 2021, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2
- Jakovljevic, M., & Borovecki, F. (2018). Epigenetics, resilience, comorbidity. *Psychiatria Danubina*, *30*(3), 242-253. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.242>
- Joyce-Moniz, J. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. McGraw-Hill.
- Jurisdição da família e das crianças. (2018). *O fenómeno "alienação parental": Mito(s) e realidade(s)*. Centro de Estudos Judiciários. http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_AlienacaoParental2018.pdf
- Karanikola, M. N., Lyberg, A., Holm, A., & Severinsson, E. (2018). The Association between deliberate self-harm and school bullying victimization and the mediating effect of depressive symptoms and self-stigma: A systematic review. *BioMed Research International*, *2018*, 4745791. <https://doi.org/10.1155/2018/4745791>

- Kadzin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C, Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk factor research to developmental psychology. *Clinical Psychology Review, 17*(4), 375-406. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00012-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00012-3)
- Kalisch, R., Mueller, M. B., & Tuescher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences, 38*, e92. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*(2), 271-283. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.003>
- Koffka, K. (2014). *Principles of gestalt psychology*. Mimesis International. (Obra original publicada 1935)
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krishnakumar, A. & Black, M. M. (2002). Longitudinal predictors of competence among african american children: The role of distal and proximal risk factors. *Applied Developmental Psychology, 22*, 237–266
- Laerd Statistics (2015). Mann-Whitney U test using SPSS Statistics. Retirado Junho 30, 2021, de <https://statistics.laerd.com/premium/spss/mwut/mann-whitney-test-in-spss-17.php>
- Larsen, B. & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 94*, 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Lenzi, M., Dougherty, D., Furlong, M. J., Sharkey, J., & Dowdy, E. (2015). The configuration protective model: Factors associated with adolescent behavioral

- and emotional problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 38, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2015.03.003>
- Lerner, R. M. (1996). Relative plasticity, integration, temporality, and diversity in human development: A developmental contextual perspective about theory. *Developmental Psychology*, 32, 781-786. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.781>
- Lersch, P. M. (2019). Fewer siblings, more wealth? Sibship size and wealth attainment. *European Journal of Population*, 35, 959–986. <https://doi.org/10.1007/s10680-018-09512-x>
- Lewin, K. (2015). *Principles of topological psychology*. Martino Fine Books. (Obra original publicada 1936)
- Li, H., Chan, S. L., Chung, O. K., & L., C. M. (2010). Relationships among mental health, self-esteem and physical health in chinese adolescents: an exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 96-106. <https://doi.org/10.1177/1359105309342601>
- Logan-Greene, P., Nurius, P. S., Herting, J. R., Hooven, C. L., Walsh, E., & Thompson, E. A. (2011). Multi-domain risk and protective factor predictors of violent behavior among at-risk youth. *Journal of Youth Studies*, 14(4), 413–429. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.538044>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Luthar, S. S., Sawywe, J. A. & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and futures research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 10-115. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.009>
- Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2^a ed., pp. 739-795). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9780470939406>

- Maia, J., M., & Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: Uma revisão da área. *Temas em Psicologia, 13*(2), 91-103.
- Marinho, S., Alves, S., Sani, A.; & Caridade, S. (2018, Setembro 12-15). *Os nós e os laços: Risco parental e problemas de internalização e externalização em crianças e adolescentes* [Apresentação de poster]. 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga, Portugal.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology, 23*, 493-506. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development, 85*, 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Masten, A., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children, 5*(98), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- Masten, A. S., Burt, K. B., & Coatsworth, J. D. (2015). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2ª ed., pp. 696-738). Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9780470939406>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Gold, A. L., Duys, A., Lambert, H. A., Peverill, M., Heleniak, C., Shechner, T., Wojcieszak, Z., & Pine, D. S. (2016). Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacology, 41*, 1956–1964. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.365>
- Melo, O., & Mota, C. P. (2014). Interparental conflicts and the development of psychopathology in adolescents and young adults. *Paidéia, 24*(59), 283-293. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201402>
- Mohammadinia, L., Ardalán, A., Khorasani-Zavareh, D., Ebadi, A., Malekafzali, H., & Fazel, M. (2018). Domains and indicators of resilient children in natural

- disasters: A systematic literature review. *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 54. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_1_18
- Monk, C., Lugo-Candelas, C., & Trumpff, C. (2019). Prenatal developmental origins of future psychopathology: Mechanisms and pathways. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 317-344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095539>.
- Montealegre, R. (2016). Piaget-Vygotsky controversies in developmental psychology. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 284-296. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.12>
- Murphy, J., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2017). Interoception and psychopathology: A developmental neuroscience perspective. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 23, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.006>
- Naveed, S., Waqas, A., Aedma, K. K., Afzaal, T., & Majeed, M. H. (2019). Association of bullying experiences with depressive symptoms and psychosocial functioning among school going children and adolescents. *BMC Research Notes*, 12(198). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4236-x>
- O'Hara, K. L., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., & Tein, J. Y. (2019). Coping in context: The effects of long-term relations between interparental conflict and coping on the development of child psychopathology following parental divorce. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1695-1713. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000981>
- Oller, D. K. (2019). Evolutionary-developmental modeling of neurodiversity and psychopathology. *Behavioral Brain Science*, 42(e19). <https://doi.org/10.1017/S0140525X18001103>
- Park, J., Kim, Y. H., Park, S. H., Suh, S., & Lee, H. J. (2016). The relationship between self-esteem and overall health behaviors in Korean adolescents. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 4(1), 175-185. <https://doi.org/10.1080/21642850.2016.1246971>
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologias de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Livros Psicología.

- Pais Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671- 682. <http://doi.org/10.15309/14psd150309>
- Pantis, E., Sipos, R., Predescu, E., & Miclutia, J. (2015). Assesment of the risk factors involved in the onset of anxiety in children and adolescents. *Acta Medica Transilvanica* , 20(4), 19-22.
- Pedersen; L., M., Holen, S., Lydersen, S., Martinsen, K., Neumer, S. P., Adolfsen, F., & Sund, A. M. (2019). School functioning and internalizing problems in young schoolchildren. *BMC Psychology*, 7(88). <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0365-1>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Piaget, J. (2005). *A representação do mundo na criança*. Editora Ideias e Letras. (Obra original publicada 1926)
- Pimentel, F. O., Méa, C. P., & Patias, N. D. (2020). Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. *Acta Colombiana de Psicología*, 23 (2), 205-216.
- Pollak, S. D. (2015). Developmental psychopathology: recent advances and future challenges. *World Psychiatry*, 14, 262-269. <https://doi.org/10.1002/wps.20237>
- Provençal, N., & Binder, E. B. (2015). The effects of early life stress on the epigenome: From the womb to adulthood and even before. *Experimental Neurology*, 268, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2014.09.001>
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.109>
- Queirós, M., & Caseiro, J. (2018). Child maltreatment and mental disorders: The role of epigenetics. *Birth and Growth Medical Journal*, 27(3), 166-175. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i3.13431>
- Rasmussen, C. S., Nielsen, L. G., Petersen, D. J., Christiansen, E., & Bilenberg, N. (2014). Adverse life events as risk factors for behavioural and emotional problems in a 7-year follow-up of a population-based child cohort. *Nordic*

Journal of Psychiatry, 68, 189–195.

<https://doi.org/10.3109/08039488.2013.794473>

Relvas, A. P. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Perspetiva sistémica. In I. S. (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 435-468). Quarteto Editora.

Reynolds, L.M., Yetnikoff, L., Pokinko, M., Wodzinski, M., Epelbaum, J.G., Lambert, L.C., Cossette, M.P., Arvanitogiannis, A., & Flores, C. (2019). Early adolescence is a critical period for the maturation of inhibitory behavior. *Cerebral Cortex*, 29(9), 3676-3686. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhy247>

Rickwood D.J., & Thomas, K. A. (2019). *Mental wellbeing interventions: An evidence check rapid review brokered by the Sax Institute for VicHealth*. Sax Institute.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>. PMID: 3303954

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. <https://doi:10.1017/S0954579412000028>

Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>

Ragnarsdottir, L. D., Kristjansson, A. L., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., Valdimarsdottir, H., Gestsdottir, S., & Sigfusdottir, I. D. (2017). Cumulative risk over the early life course and its relation to academic in childhood and early adolescence. *Preventive Medicine*, 96, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.019>

Regulamento n.º 258/2011 da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República n.º 78/2011, Série II (2011). <https://dre.pt/home/-/dre/870174/details/maximized>

- Sá, D. G., Bordin, I. A., Martin, D., & Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652.
- Salavera, C., Usán, P., & Teruel, P. (2019). The relationship of internalizing problems with emotional intelligence and social skills in secondary education students: gender differences. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(4).
<https://doi.org/10.1186/s41155-018-0115-y>
- Salazar, P. G., Vaquerizo, J. D., Gómez, S. V., Sánchez, J. C., & Moreno, R. (2019). Applications of Developmental Psychopathology. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1192, 429-451. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9721-0_21
- Sameroff A, Seifer R, Zax M, & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 383-394.
<https://doi.org/10.1093/schbul/13.3.383>. PMID: 3629195
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sasser, J., Duprey, E. B., & Oshri, A. (2019). A longitudinal investigation of protective factors for bereaved maltreated youth. *Child Abuse & Neglect*, 96(104135),
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104135>
- Shean, M. (2015). *Current theories relating to resilience and young people: A literature review*. Victorian Health.
- Shields, A. N., Giljen, M., España, R. A., & Tackett, J. L. (2020). The p factor and dimensional structural models of youth personality pathology and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 37, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.005>
- Shrivastava, A., De Sousa, A., Sonavane, S. & Shah, N. (2016). Resilience improves neurocognition and treatment outcomes in schizophrenia: A hypothesis. *Open Journal of Psychiatry*, 6, 173-187. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2016.62021>

- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-42). Quarteto Editora.
- Stoddard, S. A., Whiteside, L., Zimmerman, M. A., Cunningham R. M., Chermack, S. T., & Walton, M. A. (2013). The relationship between cumulative risk and promotive factors and violent behavior among urban adolescents. *American Journal of Community Psychology, 51*(1-2), 57-65.
<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9541-7>
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber R., Wei, E., Farrington, D. P., & Wikström, P. O. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 111–123. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.1.111>
- Sani, A. I. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social, 41*(180), 849-864.
- Secinti, E., Thompson, E. J., Richards, M., & Gaysina, D. (2017). Research Review: Childhood chronic physical illness and adult emotional health – a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(7), 753-769. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12727>
- Singh, S. P., Winsper, C., Wolke, D., & Bryson, A. (2014). School mobility and prospective pathways to psychotic-like symptoms in early adolescence: A prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 53*(5), 518-527.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.01.016>
- Teixeira, M. C., Seraceni, F., Suriano, R., Sant´ana, N. Z., Carreiro, L. R., & Paula, C. S. (2014). Fatores de proteção associados a problemas emocionais e comportamentais em escolares. *Estudos de Psicologia, 31*(4), 539-548.
<https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000400008>
- Tinajero, C., & Páramo, M. F. (2012). The systems approach in developmental psychology: Fundamental concepts and principles. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 28*(4), 457-465.

- Tien, J., Lewis, G. D., & Liu, J. (2020). Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. *World Journal of Pediatrics, 16*, 341-355. <https://doi.org/10.1007/s12519-019-00319-2>
- Torvik, F. A., Eiliersten, E. M., McAdams, T. A., Gustavson, K., Zachrisson, H. D., Brandlsituen, R., Gjerde, L. C., Havdahl, A., Stoltenberg, C., Ask, H., & Ystrom, E. (2020). Mechanisms linking parental educational attainment with child ADHD, depression, and academic problems: a study of extended families in the norwegian mother, father and child cohort study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(9), 1009–1018. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13197>
- Turner, M. G., Hartman, J. L., Lyn, M., & Cullen, F. T. (2007). Examining the cumulative effects of protective factors: Resiliency among a national sample of high-risk youths. *Journal of Offender Rehabilitation, 46*(1-2), 81-111. <https://doi.org/10.1080/10509670802071535>
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work, 38*, 218-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*, 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- Ungar, M. (2018). Systemic resilience: Principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society, 23*(4), 34. <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
- Veríssimo, L., Dias, P., Santos, E., & Ortigão, S. (2020). Realização acadêmica e problemas de internalização em alunos do ensino básico e secundário em Portugal. *Educação e Pesquisa, v. 46*(e218667). <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046218667>
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2018). Understanding the development of psychopathy: Progress and challenges. *Psychological Medicine, 48*(4), 566–577. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002847>
- Vygotsky, L. S. (2007). *Pensamento e linguagem*. Climepsi Editores. (Obra original publicada 1934)

- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, V. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 133–147.
<https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- Wilson, M. N., Hurtt, C. L., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Gardner, F. (2009). Analysis and Influence of Demographic and Risk Factors on. *Prevention Science, 10*(4), 353-365. doi:<https://doi.org/10.1007/s11121-009-0137-x>
- Wright M. O., Masten A. S., & Narayan A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In Goldstein S. & Brooks R. (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2^a ed. ed., pp. 15-37). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Zenha, A. M. (2019). *A experiência de crianças na sua integração numa nova escola e num ano de transição de ciclo* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/119655/2/331645.pdf>
- Zhang, H., Lee, Z. X., White, T., & Qiu, A. (2020). Parental and social factors in relation to child psychopathology, behavior, and cognitive function. *Translational Psychiatry, 10*(80). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0761-6>
- Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Development Perspectives, 7*(4).
<https://doi.org/10.1111/cdep.12042>

Anexos