

Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género

ANA INÊS BORGES (*)

DINA SUSANA MANSO (*)

GINA TOMÉ (*)

MARGARIDA GASPAR DE MATOS (**)

O final da infância e a adolescência são períodos caracterizados por mudanças físicas, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social, em que as crianças e os adolescentes experimentam diferentes níveis de stress face às mudanças e desafios característicos destes períodos (Hussong & Chassin, 2004). Wilson, Pritchard, e Revalee (2005) referem que algumas crianças e adolescentes não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável, podendo apresentar diferentes perturbações ou sintomatologias, como as ansiosas e as depressivas, que podem influenciar o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, escolar e social.

Durante a infância e a adolescência a ansiedade surge como uma característica normal,

permitindo às crianças e aos adolescentes adaptarem-se a situações novas, inesperadas ou perigosas (Rosen & Schulkin, 1998). Para a maioria das crianças e dos adolescentes a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam, em grande parte, de acordo com o estágio de desenvolvimento (Barrett, 1998). No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade e tornar-se, muitas vezes, crónica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento sócio-emocional (Fonseca, 1998).

Em geral, as crianças e os adolescentes ansiosos apresentam um medo exagerado de insucesso, uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, náuseas, palidez, tremores e várias queixas somáticas. São ainda evidentes sintomas como o aumento do ritmo cardíaco, da transpiração ou da condutância da pele, enquanto que a nível motor distinguem-se pela irrequietude e pelos frequentes pedidos de ajuda e/ou comportamentos de evitamento (Bernstein & Borchardt, 1991; Fonseca, 1998). Contudo, na infância e na adolescência a única categoria específica de ansiedade nestes períodos é a

(*) Psicólogas. Mestres em Terapias Comportamentais e Cognitivas. Investigadoras do projecto Aventura Social, FMH/UTL.

(**) Psicóloga. Professora Associada com Agregação, Faculdade de Motricidade Humana, UTL. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL. Coordenadora do projecto Aventura Social, FMH/UTL.

perturbação de ansiedade de separação, em que os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade nos adultos podem ser aplicados nestas etapas da vida (American Psychiatric Association – APA, 2002). Por outro lado, as perturbações de ansiedade na infância e adolescência não se caracterizam por um padrão homogêneo e consistente de sintomas, podendo diferir na frequência dos sintomas, na gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reacções ao tratamento (Fonseca, 1998).

Essau, Conrardt, e Petermann (2000) ao analisarem diversos estudos referiram que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a factores culturais, variam entre os 3 e os 13%. O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Estas diferenças de género nas perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma assume que as diferenças são determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da segunda corrente, que refere que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn, Lewinsohn, & Seeley, 1998).

Numa fase como a infância e a adolescência é necessário ter em consideração as estratégias para lidar com problemas ou acontecimentos stressantes inerentes a estas etapas da vida. Neste sentido, o processo de *coping* torna-se particularmente importante, na medida em que é a chave para entender o modo como as crianças e os adolescentes respondem ou lidam com os problemas ou com as transições a que estão sujeitos, que, por sua vez, têm impacto no seu ajustamento psicossocial (Hussong & Chassin, 2004).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos adolescentes para lidarem com exigências específicas, externas ou internas, ou o conflito entre ambas, que são avaliadas como excedentes dos recursos pessoais.

Apesar da diversidade nesta área, todas as abordagens enfatizam uma distinção básica entre duas categorias de estratégias de *coping*: as estratégias de *coping* focadas na emoção e as estratégias de *coping* focadas no problema (Rijavec & Brdar, 2002). As estratégias de *coping* focadas no problema reflectem esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de lidar e resolver uma situação geradora de stress, enquanto que as estratégias de *coping* focadas na emoção incluem esforços cognitivos e comportamentais para evitar pensar sobre a situação stressante ou com o objectivo de lidar com o desconforto emocional causado pelo stress (Moos, 1993). Para Seiffge-Krense (2000) algumas estratégias de *coping* podem desempenhar funções protectoras ao regular emoções negativas ligadas ao stress, gerando soluções alternativas e reduzindo as consequências negativas dos agentes stressores, enquanto que outras podem exacerbar os efeitos do stress e elas próprias se tornam factores de risco.

As crianças e adolescentes utilizam uma grande diversidade de respostas de *coping* em diferentes domínios, como o escolar, o familiar e o social, da mesma forma que diferem na avaliação das situações stressoras (Boekaerts, 1996). De acordo com Skinner e Wellborn (1997) o tipo de avaliação que as crianças e adolescentes fazem das situações geradoras de *stress* está relacionado com o facto de considerarem a situação como uma ameaça ou somente com uma interferência nas suas necessidades básicas. Os acontecimentos stressantes são referenciados pelas crianças como estando relacionados com a escola, a família ou o grupo de pares, enquanto que para os adolescentes os stressores associam-se aos resultados dos testes, a pressões académicas, a problemas com o ambiente na sala de aula, com a autoridade ou com a relação com os pares (Rijavec & Brdar, 2002; Skinner & Wellborn, 1997).

Diversos autores referem a existência de diferenças de género na utilização das estratégias de *coping*, em que as raparigas têm tendência para usar estratégias passivas centradas na emoção, como a expressão de emoções e a procura de apoio social, enquanto que os rapazes usam mais estratégias focadas no problema, estando menos propensos para aceitar e esperar passivamente (Heckhausen & Schulz, 1995; Rijavec & Brdar, 1997). Para Myers e Thompson (2000), face a um grande número de acontecimentos stressantes, as raparigas tendem a utilizar mais estratégias de *coping* direccionadas com a estabilidade emocional, como relaxar e investir em relacionamentos mais próximos, ao invés de agir de forma activa sobre o stressor, como os rapazes.

Wenger, Sharrer, e Wynd (2000) referem que as crianças e os adolescentes, muitas vezes, ao serem confrontadas com diferentes tipos de stressores, podem ainda não ter adquirido uma variedade de estratégias que lhes permitam lidar eficazmente com os problemas ou acontecimentos stressantes. Segundo Heckhausen e Schulz (1995) o *coping* focalizado no problema ou focalizado na emoção emerge em diferentes pontos do desenvolvimento, em que o *coping* focalizado no problema parece ser adquirido nos anos pré-escolares, desenvolvendo-se até aos oito ou 10 anos de idade, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a aparecer mais tarde na infância e a desenvolver-se durante a adolescência. Os adolescentes utilizam mais frequentemente o *coping* focalizado na emoção do que as crianças, embora não difiram de jovens adultos, o que sugere que as mudanças no desenvolvimento das estratégias de *coping* ocorram até ao final da adolescência (Compas, Banez, Malcarne, & Worsham, 1991).

Por outro lado, diversos estudos têm verificado a existência de uma relação positiva entre o uso de estratégias de *coping* inadequadas e a manifestação de diferentes psicopatologias, como as ansiosas ou as depressivas (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996). Entende-se por estratégias de *coping* desadaptadas as estratégias que não conseguem solucionar ou resolver o problema e aumentam a ansiedade e angústia do indivíduo perante a situação de stress (Moos, 1993). Selffge-Krenke (2000) refere que as

crianças e os adolescentes com perturbações psicológicas usam estratégias de *coping* desadaptadas, estratégias que no futuro podem levar ao aumento dessas perturbações, criando-se, assim, um ciclo vicioso.

Em 2004, Leandro realizou um estudo com 285 adolescentes com o objectivo de verificar se os adolescentes com níveis de ansiedade elevados utilizavam estratégias de *coping* diferenciadas do que os com níveis mais baixos, onde verificou que os adolescentes mais ansiosos utilizavam estratégias de *coping* centradas na emoção, como o evitamento e a reavaliação positiva e que os menos ansiosos utilizavam estratégias mais centradas no problema, como a planificação, a confrontação e o distanciamento.

Por seu lado, Byrne (2000) ao analisar as relações entre a ansiedade, o medo, a auto-estima e as estratégias de *coping* numa amostra de 224 adolescentes do 7º, 9º e 12º ano de escolaridade, verificou que os rapazes apresentam um decréscimo significativo da ansiedade e do medo no 12º ano de escolaridade e que os rapazes e as raparigas usam diferentes estratégias de *coping* nesse mesmo ano de escolaridade para lidar com o seu medo e ansiedade.

De acordo com Cleto e Costa (2000) a maior parte das estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes são estratégias de aproximação, essencialmente quando pensam que controlam as causas dos acontecimentos, quando são confrontados com situações relacionadas com a escola ou quando a situação causa baixa ou média ansiedade, enquanto que os adolescentes que enfrentam situações geradoras de grande ansiedade ou pensam ter sido a causa do stress, as estratégias que mais utilizam são as de evitamento.

De acordo com a literatura atrás exposta, podemos inferir que a complexidade inerente à ansiedade e relação deste problema emocional com a utilização de estratégias de *coping* acentua a necessidade de existência de estudos com crianças e adolescentes que analisem a relação entre a sintomatologia ansiosa e o *coping*, de modo a aumentar o conhecimento empírico destas problemáticas e, conseqüentemente ajudar na elaboração de estratégias preventivas em função da idade e do género. Deste modo, a

presente investigação teve como objectivo analisar a relação entre a ansiedade e as estratégias de *coping*, bem como estudar as diferenças de género e idade em relação à ansiedade e ao *coping*. Por último, procurou propor modelos explicativos da ansiedade e do *coping*.

MÉTODO

Participantes

No presente estudo participaram 916 estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 22 anos, sendo 45,7% do género masculino e 54,3% do género feminino, com uma média de idades de 14,44 anos ($DP=2,62$). Os participantes foram recrutados aleatoriamente de escolas públicas de diferentes localidades do país (Vila Real, Bragança, Leiria, Coimbra, Castelo Branco, Odivelas e Lisboa), onde foram sorteadas duas turmas referendes a cada ano leccionado nas diferentes escolas, do 5º ao 12º ano. Dos alunos que participaram, 14,6% frequentavam o 5º ano, 11,8% o 6º ano, 8,7% o 7º ano, 14,6% o 8º ano, 12,7% o 9º ano, 15,9% o 10º ano, 12,3% o 11ª ano e 9,3% o 12º ano de escolaridade, enquanto que 37,2% dos alunos afirmaram já terem ficado retidos ao longo do seu percurso escolar.

Instrumentos

Questionário demográfico

O questionário demográfico foi constituído por várias questões que permitiram a recolha de informação relativa aos adolescentes, tais como idade, género, ano de escolaridade, entre outros dados.

Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC (March, 1997)

A ansiedade foi avaliada pela MASC, uma medida de auto-avaliação para medir diferentes dimensões da ansiedade em crianças e adolescentes, dos oito aos 19 anos de idade. É constituída por 39 itens, com formato de resposta

tipo *Likert* de quatro pontos (do Nunca ou quase nunca é verdade ao Frequentemente é verdade), distribuídos por quatro factores que avaliam os sintomas físicos, o evitamento prejudicial, a ansiedade social e a ansiedade de separação e de pânico. Os três primeiros factores são compostos por subescalas, em que a primeira avalia os sintomas somáticos e os sintomas de tensão, a segunda avalia o perfeccionismo e o *coping* ansioso, enquanto que a terceira avalia os medos de desempenho e os medos de humilhação. Nesta medida os itens são igualmente distribuídos por dois índices, um de perturbação total de ansiedade e um índice de inconsistência, embora este último não tenha sido utilizado no presente estudo (March, 1997). No estudo das propriedades psicométricas, foram encontrados coeficientes de consistência interna, *alpha* de Cronbach, adequados, cujos valores foram de .89 para o total da escala, e variaram entre .62 (ansiedade/pânico) e .87 (sintomas físicos) para as diferentes dimensões da medida (March, 1997). No presente estudo, os valores de consistência interna, *alpha* de Cronbach, variaram entre o .86, para o total da escala e .51 a .77 para as oito subescalas.

TABELA 1

Análise da consistência interna das dimensões MASC

	α de Cronbach	Número de itens
Total	0,86	39
Sintomas físicos – tensão	0,66	6
Sintomas físicos – somáticos	0,58	6
Perfeccionismo	0,51	4
<i>Coping</i> ansioso	0,54	4
Medo humilhação	0,77	5
Medo desempenho	0,57	4
Ansiedade separação/pânico	0,57	9
Índice perturbação ansiedade	0,59	10

Coping Responses Inventory – Youth Form – CRI-Y (Moos, 1993)

As estratégias de *coping* foram avaliadas através do CRI-Y, um inventário de auto-avaliação dirigido a crianças e adolescentes entre os 12 e os 18 anos, constituído por duas partes, em que na primeira parte os participantes

descrevem um problema ou situação geradora de stress, agrupados em diferentes categorias (saúde física, família, casa/dinheiro, progenitores, família alargada, irmãos, escola, amigos e namorado/a), e respondem a 10 questões relativas a esse problema, avaliadas numa escala tipo *Likert* de quatro pontos (do Definitivamente Não ao Definitivamente Sim) (Moos, 1993). Na presente investigação os problemas foram agrupados em quatro categorias: saúde física, família, escola e amigos, no entanto esta parte da medida foi retirada dos procedimentos estatísticos devido à pouca informação disponível sobre a mesma. A segunda parte do CRI-Y é constituída por 48 itens, que se encontram agrupados em oito factores, cada um constituído por seis itens, correspondentes a oito diferentes tipos de respostas de *coping*: análise lógica, reavaliação positiva, procura de apoio e orientação, resolução de problemas, evitamento cognitivo, aceitação ou resignação, recompensas alternativas e descarga emocional. As quatro primeiras estratégias correspondem ao *coping* de aproximação, enquanto que as restantes quatro correspondem ao *coping* de evitamento. Nesta parte da medida, as crianças e os adolescentes seleccionam a frequência do modo como lidaram com a situação que descreveram na primeira parte, numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (do Não, nunca ao Não aplicável). As qualidades psicométricas do CRI-Y revelaram coeficientes de consistência interna, *alpha* de Cronbach, que variaram entre .55 a .79 para os oito factores (Moos, 1993).

Procedimento

A investigação teve por base um estudo comparativo e correlacional de carácter transversal, onde foi administrado um protocolo de investigação a estudantes do 5º ao 12º ano de escolaridade, constituído por um questionário demográfico e por duas medidas de avaliação (MASC e CRI-Y). O pedido de consentimento informado foi efectuado por escrito às escolas seleccionadas aleatoriamente, aos encarregados de educação e aos alunos. A aplicação do protocolo foi realizada colectivamente durante as horas de aula e na presença dos professores das disciplinas, onde foram garantidos o anonimato e confidencialidade das respostas.

RESULTADOS

Os dados foram introduzidos e sujeitos a procedimentos estatísticos calculados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 14.0 para o Windows.

Através da análise dos coeficientes de fidelidade, verificou-se que os 39 itens que constituem a escala de ansiedade – MASC, indicaram boa consistência interna, com valor do coeficiente *alpha* de Cronbach de .86 e os valores encontrados para as oito subescalas (sintomas físicos – tensão, sintomas físicos – somáticos, evitamento prejudicial – perfeccionismo, evitamento prejudicial – *coping* ansioso, ansiedade social – medos de humilhação, ansiedade social – medos de desempenho, ansiedade separação/pânico e índice de perturbação de ansiedade), variam de .51 a .77.

O teste de análise de variância ANOVA foi utilizado para comparar variáveis consideradas potenciais moderadoras: a idade, o género, as retenções, o grau dos sintomas ansiosos e o agregado familiar em relação à ansiedade e às estratégias de *coping*.

Idade

A variável idade foi dividida em três grupos, o grupo dos adolescentes mais novos, que chamámos pré-adolescentes (entre os 10 e os 13 anos), o grupo dos adolescentes (14-17 anos) e o grupo dos adolescentes mais velhos, que chamámos pós-adolescentes (18-22 anos). Também optámos por dividir o resultado total do MASC, através dos percentis, em três grupos aos quais chamámos grupo com menos sintomas (grupo com níveis de ansiedade menos elevados), grupo com sintomas medianos (grupo com níveis de ansiedade médio) e grupo com sintomas mais elevados (grupo com níveis de ansiedade mais elevados).

Para as diferenças entre os grupos das idades para a ansiedade (MASC-total) e as suas 8 subescalas e para o *coping* (total) e as suas oito subescalas, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das idades para a subescala sintomas de tensão, perfeccionismo, ansiedade separação/pânico e para o índice de perturbação de ansiedade, em que o grupo dos pré-adolescentes apresentaram

maior nível de ansiedade de separação/pânico, quando comparado com os restantes grupos e o grupo dos jovens adultos apresentaram maior nível de sintomas de tensão e índice de perturbação de ansiedade, quando comparado aos restantes grupos (ver Tabela 2). No que se refere às diferenças entre os grupos das idades, o total do CRI-Y parte 2 e as suas oito subescalas, as diferenças não foram significativas somente para a subescala recompensas alternativas (ver Tabela 3).

Género

Investigou-se também as diferenças entre os géneros para a ansiedade (total) e as oito sub-

escalas, e o *coping* (total CRI-Y parte 2) e as subescalas do CRI-Y, onde se observou que entre a ansiedade e os géneros os resultados revelaram-se todos estatisticamente significativos, onde o género feminino revelou maior índice de sintomas de tensão [$F(1;872)=22,356; p=.000$], de sintomas somáticos [$F(1;884)=25,862; p=.000$], de perfeccionismo [$F(1;882)=11,145; p=.001$], de *coping* ansioso [$F(1;895)=8,543; p=.004$], de medo de humilhação [$F(1;885)=35,387; p=.000$], de medo de desempenho [$F(1;892)=22,769; p=.000$], de ansiedade separação/pânico [$F(1;845)=33,090; p=.000$], de índice de perturbação de ansiedade [$F(1;850)=36,092; p=.000$] e de ansiedade total [$F(1;913)=54,721; p=.000$].

TABELA 2
Diferenças entre os grupos de idades para a ansiedade

	Pré-adolescentes (10-13 anos)		Adolescentes (14-17 anos)		Pós-adolescentes (18-22 anos)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total	80,84	14,96	80,93	14,65	83,53	14,91	1,542	.215
Sintomas físicos – tensão	10,52	3,21	11,28	3,17	11,88	3,40	8,898	.000***
Sintomas físicos – somáticos	11,13	2,97	11,48	3,11	11,75	3,25	2,118	.121
Perfeccionismo	11,66	2,53	11,16	2,47	11,28	2,19	3,828	.022*
<i>Coping</i> ansioso	10,31	2,88	9,88	2,42	10,05	2,05	2,679	.069
Medo humilhação	11,38	3,95	11,34	3,67	12,07	4,10	1,668	.189
Medo desempenho	8,68	2,82	9,11	2,54	9,19	2,65	2,924	.054
Ansiedade separação/pânico	16,31	4,12	15,60	3,71	15,89	3,70	3,040	.048*
Índice perturbação ansiedade	19,98	4,46	20,41	4,45	21,22	4,75	3,038	.048*

Nota: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

TABELA 3
Diferenças entre os grupos de idades para o coping

	Pré-adolescentes (10-13 anos)		Adolescentes (14-17 anos)		Pós-adolescentes (18-22 anos)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total	98,08	22,23	106,96	24,81	107,69	18,19	16,119	.000***
Análise lógica	13,90	3,77	15,39	4,05	16,13	3,24	16,141	.000***
Reavaliação positiva	14,05	3,74	14,78	4,18	13,78	3,35	3,358	.035*
Procura de apoio e orientação	11,57	3,98	13,52	4,26	13,05	3,68	17,356	.000***
Resolução de problemas	13,10	3,99	15,04	4,39	14,68	3,65	15,381	.000***
Evitamento cognitivo	13,80	3,56	14,83	3,60	15,03	3,48	6,996	.001***
Aceitação ou resignação	13,15	3,43	14,63	3,93	14,44	3,82	11,193	.000***
Recompensas alternativas	13,90	4,24	13,85	4,43	13,03	4,36	1,374	.254
Descarga emocional	11,58	3,55	13,78	3,68	13,64	3,21	27,281	.000***

Nota: * $p<.05$, *** $p<.001$.

Já para o CRI-Y parte 2 (total) e as subescalas foram apenas encontrados resultados estatisticamente significativos para as subescalas análise lógica [$F(1;704)=11,978; p=.001$], resolução de problemas [$F(1;641)=6,111; p=.014$], descarga emocional [$F(1;617)=12,077; p=.001$], em que foi o género feminino que revelou resultados médios superiores comparativamente com o género masculino.

Retenções

De seguida procedeu-se à análise das diferenças entre a ansiedade (total e subescalas) e o *coping* (total e subescalas) para o grupo das retenções e observou-se que as diferenças demonstraram ser estatisticamente significativas somente para a subescala sintomas de tensão (MSAC) [$F(1;68)=6,427; p=.011$] onde o grupo que já sofreu retenções foi o que demonstrou maior nível de sintomas de tensão. Relativamente ao *coping*, os resultados estatisticamente significativos foram encontrados para o grupo das retenções e a subescala descarga emocional [$F(1;613)=4,299; p=.039$]. Onde o grupo que já sofreu retenções revelou maior nível de descarga emocional, ou seja, o grupo que já sofreu retenções revela utilizar mais frequentemente a descarga emocional, como estratégia de *coping* eleita, e para o total da escala CRI-Y parte 2 [$F(1;903)=5,948; p=.015$], em que o grupo que já sofreu retenções revelou uma média superior, indicando que o grupo que já sofreu retenções procura utilizar mais estratégias de *coping* gerais.

Ansiedade e coping

Ao analisar-se as diferenças entre os três grupos de ansiedade (grupo com menos sintomas, grupo com sintomas medianos e grupo com sintomas mais elevados) para as estratégias de *coping*, foi possível verificar diferenças significativas para os grupos da ansiedade para o total do CRI-Y parte 2, para a subescala descarga emocional, aceitação ou resignação, resolução de problemas, reavaliação positiva, procura de apoio e orientação, análise lógica e evitamento cognitivo (inserir Tabela 4), apontando para que quanto mais ansiosos, mais os adolescentes recorrem a estratégias de *coping*.

Agregado Familiar

Examinou-se ainda a existência de diferenças entre a variável agregado familiar (grupo dos que vivem com ambos progenitores, grupo que vive somente com a mãe, grupo que vive somente com o pai e grupo que vive com outras pessoas) para a ansiedade e as suas subescalas, onde se observou que os resultados são estatisticamente significativos para as subescalas perfeccionismo [$F(3;879)=2,655; p=.047$], onde o grupo que vive com ambos progenitores demonstrou maiores níveis de perfeccionismo; sintomas somáticos [$F(3;891)=3,240; p=.022$], onde o grupo que vive com outros foi o que demonstrou maiores índices de sintomas somáticos (MASC).

TABELA 4
Diferenças entre os grupos de ansiedade para o coping

	Menos sintomas		Sintomas medianos		Sintomas elevados		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total	98,15	26,66	104,46	22,08	108,00	21,93	10,876	.000***
Análise lógica	14,01	4,50	15,01	3,70	15,65	3,58	8,235	.000***
Reavaliação positiva	13,70	4,05	14,63	3,91	14,55	3,83	3,185	.042*
Procura de apoio e orientação	11,79	4,17	12,92	4,15	13,25	4,14	6,321	.002**
Resolução de problemas	13,42	4,31	14,48	4,27	14,69	4,03	4,565	.011*
Evitamento cognitivo	13,94	4,23	14,37	3,39	15,15	3,20	4,936	.007**
Aceitação ou resignação	13,78	4,22	13,82	3,55	14,74	3,71	3,805	.023*
Recompensas alternativas	13,44	4,35	13,96	4,40	13,70	4,26	,756	.470
Descarga emocional	12,25	3,99	12,57	3,54	14,10	3,53	12,447	.000***

Nota: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Correlações

Com o intuito de verificar as associações entre a ansiedade e as estratégias de *coping*, recorreu-se à análise de correlações bivariadas entre o total da MASC e o total do CRI-Y. Os resultados demonstraram que a correlação entre o total de ambas as escalas é uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ($r=.157$; $p=.000$).

Regressões

Finalmente, foi efectuada uma análise de regressão múltipla pelo método enter, com o objectivo de avaliar os factores preditores da ansiedade e do *coping*. Os resultados obtidos para a ansiedade revelaram a existência de duas variáveis preditoras, o género ($\beta=.22$; $p=.000$) e o total do CRI-Y parte 2 ($\beta=.12$; $p=.001$), que explicaram cerca de 7,5% da variância (ver Tabela 5). Para o CRI-Y, foi obtida somente uma variável preditora, o total da MASC ($\beta=.16$; $p=.000$), que explica 4,3% da variância (ver Tabela 6).

TABELA 5

Regressão – Variáveis preditoras da ansiedade

	β	SE
Género	.22***	.94
Reprovações	.00	1.04
<i>Coping</i> (CRY-I)	.15***	.02

Nota: *** $p \leq .001$.

TABELA 6

Regressão – Variáveis preditoras do coping

	β	SE
Género	.03	1.61
Reprovações	-.05	1.74
Ansiedade (MASC)	.16***	.05

Nota: *** $p \leq .001$.

DISCUSSÃO

Esta investigação procurou analisar as diferenças e as relações existentes entre a ansiedade e o *coping*, de acordo com o género, as retenções sofridas ao longo do percurso escolar e o tipo de agregado familiar.

No estudo das diferenças entre a idade, foram os jovens adultos que revelaram mais sintomas de ansiedade, nomeadamente sintomas de tensão e ansiosos, o que vai ao encontro dos resultados relatados por Matos e Equipa (2000, 2003, 2004). Por outro lado, tal como foi relatado por March (1997), foram os pré-adolescentes que relataram mais sintomas de ansiedade de separação/pânico, o que poderá traduzir o maior medo que estes participantes têm de estar sozinhos ou perante situações que não lhes são familiares. Em relação às estratégias de *coping*, os resultados vão no mesmo sentido, uma vez que os adolescentes mais velhos demonstraram uma maior utilização de estratégias de *coping*, o que poderá estar directamente relacionado com o facto de que em diferentes fases do desenvolvimento os adolescentes começam a ampliar o uso das estratégias para lidar com o stress (Hussong & Chassin, 2004), comparativamente com as estratégias utilizadas pelos mais novos. Losoya, Eisenberg, e Fabes (1998) verificaram que, com a idade, as crianças passam a usar mais frequentemente estratégias que requerem um processo cognitivo mais sofisticado e se tornam mais independentes, procurando menos o apoio de outras pessoas para lidar com as situações.

No que diz respeito às diferenças de géneros, as raparigas diferenciaram-se dos rapazes relativamente à ansiedade relatando níveis gerais mais elevados comparativamente com os rapazes, o que é consistente com vários estudos realizados acerca das diferenças de género na saúde mental, nomeadamente na ansiedade (Matos *et al.*, 2003). Estas diferenças do género parecem emergir no início da adolescência e mantém-se ao longo da vida adulta. No entanto, é importante referir que as síndromes durante a adolescência podem assumir um comportamento heterogéneo, dependendo do seu estágio de desenvolvimento, da altura em que surgiram bem como da comorbidade existente (Harrington, Rutter, & Fombonne, 1996). Em relação às estratégias de *coping* parece ter ficado demonstrado que as raparigas utilizam mais estratégias de *coping* do que os rapazes, nomeadamente estratégias focadas na emoção, como a descarga emocional.

As crianças e adolescentes que já haviam sofrido retenções ao longo do seu percurso escolar apresentaram mais sintomas de tensão e

ansiedade do que aqueles que nunca tinham sofrido retenções. Fonseca (1998), numa revisão da literatura, referiu que a ansiedade varia de indivíduo e pode manifestar-se com graus diferentes, e que os adolescentes ansiosos a nível cognitivo experienciam problemas de concentração e podem apresentar distorções cognitivas, como medo exagerado de insucesso. Segundo Rijavec e Brdar (2002), são os estudantes que recorrem essencialmente a estratégias orientadas para o problema que apresentam um melhor desempenho escolar, do que os que utilizavam estratégias orientadas para a emoção. Também no nosso estudo, foram os estudantes com retenções que mais frequentemente utilizaram a estratégia de *coping* denominada descarga emocional.

O grau de sintomas ansiosos parece afectar o número de estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes, o que vai de encontro aos estudos elaborados por Wilson e colaboradores (2005). Ainda neste sentido, a ansiedade revelou estar associada com o *coping*, ou seja, quanto mais sintomas de ansiedade maior é a utilização de estratégias de *coping*.

De acordo com o que é descrito na literatura, isto é, que seriam os adolescentes que viviam com outras pessoas sem serem os progenitores que apresentariam maiores índices de ansiedade (Hammen, Henry, & Daley, 2000), estes estudantes apresentaram mais sintomas de ansiedade. Por outro lado, foram os adolescentes que viviam com ambos os progenitores que revelaram ser mais perfeccionistas.

De referir ainda, que os resultados deverão ter em consideração que grande parte das subescalas do CRY-I, apresentaram valores de *alpha de Cronback*, baixos impossibilitando interpretar de forma precisa os resultados, que não devem ser generalizados para outros estudos.

Os factores preditores encontrados para a ansiedade foram o género e o *coping*. Segundo Avison e Mcalpine (1992) ser do género feminino implica ter vulnerabilidade genética para ter uma perturbação psiquiátrica, assim como a utilização de estratégias de *coping* menos eficazes e adaptativas (Moos, 1993) podem aumentar os níveis de ansiedade.

Apenas a ansiedade parece prever as estratégias de *coping* utilizadas pelas crianças e pelos adolescentes. Segundo Moos (1993) o estado de

ansiedade do indivíduo pode prever o tipo de estratégias utilizadas perante determinada situação.

Programas universais de prevenção primária para adolescentes que foquem um único problema de saúde, ou uma simples característica do comportamento, têm poucas probabilidades de ter sucesso porque nos adolescentes estes problemas aparecem agrupados e ligados a um síndrome geral de mal-estar pessoal e social.

A identificação precoce e o tratamento de problemas múltiplos em adolescentes é pois proposta, com vista a minorar ou mesmo eliminar problemas entre os adolescentes que têm um risco elevado para perturbações a longo prazo, com repercussões a nível do bem-estar e saúde positiva dos alunos e repercussões prováveis ao nível do sucesso escolar.

Um maior número de sintomas ansiosos poderão estar associados a um maior número de estratégias de *coping*, no sentido em que a ansiedade aumenta perante uma situação de stress, levando à adopção de estratégias de *coping* desadaptadas e vice-versa. A avaliação dos sintomas ansiosos e das estratégias de *coping* deve ter em consideração a co-ocorrência destes problemas, que, muitas vezes atingem níveis clínicos, de modo a maximizar e efectivar os programas de intervenção. Estes programas devem focar a diminuição e o controlo de sintomas ansiosos, de modo a aumentar o desenvolvimento saudável e modificar os padrões de estratégias de *coping* utilizados pelos adolescentes, para que estes utilizem estratégias eficazes e adaptadas a cada situação e, conseqüentemente controlarem e adaptarem os sintomas ansiosos adjacentes ou subjacentes a uma situação geradora de *stress*.

REFERÊNCIAS

- Allen, N., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 1*, 109-117.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Avison, W. R., & Mcalpine, D. D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 77-96.

- Barrett, P. M. (1998). O tratamento da ansiedade das crianças: Análise de alguns aspectos relativos aos acontecimentos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 97-127.
- Bernstein, G. A., & Borchardt, M. D. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 148, 564-577.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 452-484). New York: Wiley.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies. *Adolescence*, 26, 316-322.
- Cleto, P., & Costa, M. (2000). A mobilização de recursos sociais e de coping para lidar com a transição de escola no início da adolescência. *Inovação*, 13, 69-88.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 18(2), 7-34.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. H. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 782-787.
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Development pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and end-point. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A lifespan theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and application* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Hussong, A. M., & Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985-1006.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leandro, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Interpsiquis*. Retirado em 05 de Abril de 2004 de www.psiquiatria.com.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental issues in the study of coping. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 287-313.
- March, J. (1997). *Multidimensional anxiety scale for children. Technical manual*. Canada: MHS, Inc.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos jovens portugueses*. Lisboa: PEPT/GPT/FMH.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos jovens portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social. (2004). *Risco e protecção*. Retirado em 01 de Junho de 2006 de www.fmh.utl.pt/aventurasocial.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 3-14.
- Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Myers, M. A., & Thompson, V. L. (2000). The impact of violence exposure on African American youth in context. *Youth & Society*, 32, 253-267.
- Rijavec, M., & Brdar, I. (1997). Coping with school failure and self-regulated learning. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 177-197.
- Rijavec, M., & Brdar, I. (2002). Coping with school: Development of the school failure coping. *European Journal of Psychology of Education*, 12, 37-49.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325-350.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Skinner, E., & Wellborn, J. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping. Linking Theory and Intervention* (pp. 387-422). New York: Plenum Press.
- Wenger, N., Sharrer, V., & Wynd, C. (2000). Stress, coping, and health in children. In Rice, V. (Eds.), *Handbook of stress, coping, and health implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 265-289). California: Sage Publications, Inc.
- Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effect of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.

RESUMO

As relações entre a ansiedade e as estratégias de *coping* e as diferenças destes constructos em função do género e da idade foram estudadas numa amostra de 916 crianças e adolescentes, estudantes de escolas de diversos concelhos do país, com uma média de idades de 14,4 anos ($DP=2,62$), dos quais 45,7% pertenciam ao género masculino e 54,3% ao género feminino. As medidas de avaliação utilizadas para operacionalizar as variáveis foram a *Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC* (March, 1997) e o *Coping Responses Inventory – Youth Form – CRI-Y* (Moos, 1993). Os resultados obtidos indicaram que os jovens mais velhos e os indivíduos do género feminino apresentaram níveis de ansiedade mais elevados e utilizam mais estratégias de *coping*, quando comparados com os jovens mais novos e com os indivíduos do género masculino. De igual modo foi encontrada uma correlação positiva entre a ansiedade e o *coping* e uma correlação positiva entre idade e *coping*, no sentido em que a utilização das estratégias de *coping* aumentam com a idade. Os resultados encontrados foram discutidos à luz da literatura e das suas implicações para a prática clínica.

Palavras-chave: Adolescentes, Ansiedade, Crianças, Estratégias de *coping*.

ABSTRACT

The relations between anxiety and *coping* strategies and the differences of this constructs in function of age and gender had been studied in a sample of 916 adolescents, students of schools from different points of the country, with a average of ages of 14,4 years ($DP=2,62$), of which 45,7% belonged to masculine gender and 54,3% to the feminine gender. The used measures of evaluation had been the *Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC* (March, 1997) and the *Coping Responses Inventory – Youth Form – CRI-Y* (Moos, 1993). The results had indicated that the oldest adolescents and girls present higher levels of anxiety and use more strategies of coping, when compared with young adolescents and boys. Equally a positive correlation between the anxiety and *coping* was found, and a positive correlation between age and *coping*, where the use of the strategies of coping increases with the age. The results had been argued according to the literature and its implications for the practical clinic.

Key words: Adolescents, Anxiety, Children, *Coping* strategies.

