

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

NATÁLIA DONEGÁ LISBOA

ESTRESSE, HABILIDADES SOCIAIS E PERCEPÇÃO DE
SUORTE SOCIAL E FAMILIAR EM ADOLESCENTES

BAURU

2018

NATÁLIA DONEGÁ LISBOA

**ESTRESSE, HABILIDADES SOCIAIS E PERCEPÇÃO DE
SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Câmpus Bauru – como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

BAURU

2018

Lisboa, Natália Donegá.

Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar em Adolescentes/ Natália Donegá

Lisboa, 2018

67 f.

Orientadora: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual

Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2018

1. Estresse. 2. Habilidades sociais. 3. Suporte social e familiar. 4. Adolescência. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de NATÁLIA DONEGÁ LISBOA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 09 dias do mês de fevereiro do ano de 2018, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, Profa. Dra. VALQUÍRIA APARECIDA CINTRA TRICOLI do(a) Departamento de Psicologia / FAAT Faculdades, Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de NATÁLIA DONEGÁ LISBOA, intitulada **Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar em Adolescentes**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APPROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS 

Profa. Dra. VALQUÍRIA APARECIDA CINTRA TRICOLI 

Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO 

Dedico este estudo a todos os adolescentes que contribuíram para o seu desenvolvimento, assim como para todos que poderão se beneficiar dele.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final deste ciclo traz sentimentos de alegria, conquista e alívio. Impossível nesse momento não lembrar toda a trajetória, todos os obstáculos e desafios, e, ao mesmo tempo, todo o apoio, força e carinho recebidos. Ver esse trabalho pronto é conseguir ver todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para o seu desenvolvimento, e o sentimento que fica é o de gratidão.

A Deus, por toda força e bênçãos derramadas sobre mim, não apenas nessa fase, mas todos os dias.

À minha orientadora Sandra, que esteve sempre aberta, paciente, tranquila e confiante com este projeto, auxiliando sempre que possível. Obrigada por todas as conversas e reuniões e por ter tornado este trabalho em algo muito mais leve de ser realizado

À banca examinadora, composta pela Prof.^a Dr.^a Valquíria A. C. Tricoli e pelo Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso, por toda disposição, compromisso e empenho. Sem suas contribuições este trabalho não seria o mesmo.

À direção das escolas, pela abertura de suas portas, disposição e confiança no trabalho que estava sendo executado.

À minha família, que garantiu a execução deste trabalho. À minha mãe, que em um momento de mudanças e novidades em sua vida, se colocou à disposição e ajudou como se fosse realmente um trabalho dela. Ao meu pai, irmãos, cunhados e avós, que mesmo de longe sempre ficaram na torcida, enviando boas energias e dando forças para a execução deste trabalho.

Ao “mo bem”, Thomas, que com muito carinho e assertividade, conseguia aliviar as ansiedades, momentos de desespero, assim como dar sugestões, me fazer descansar, respirar e garantir minha diversão. Essa preocupação nunca será esquecida, eu te amo!

À amiga que o mestrado me presenteou, Mariana, que em todos os momentos se fez presente, desde um auxílio durante as disciplinas, na confecção de trabalhos e capítulo de livro, com sugestões para a dissertação, sempre com muita preocupação, dedicação e carinho. Obrigada pela presença, pelas risadas e momentos de desespero!

Às minhas amigas e parceiras de clínica, Eleane, Ana Maria, Larissa e Fernanda, por terem ajudado em tantos momentos desse trabalho, pelos cafés da tarde e jantares, pelas conversas e risadas. Vocês são muito especiais!

À Aline, Teda, Ana Laura e Massa por sempre se fazerem presentes, por tantos momentos compartilhados, preocupações, conversas e risadas. Com certeza, vocês foram mais um presente na minha vida.

E, finalmente, obrigada a todos que de alguma forma demonstraram preocupação e foram empáticos, mesmo sem compreender tudo que estava acontecendo, e conseguiram proporcionar momentos de descontração, carinho e risadas.

LISBOA, N. D. **Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar em Adolescentes**. 2018. 67f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2018.

RESUMO

A adolescência é o período de transição da infância para a vida adulta, marcado por alterações físicas, hormonais, psicológicas e cognitivas, em que o indivíduo apresenta necessidade de interação social e desenvolvimento da identidade. Nesta fase o adolescente se distancia socialmente dos pais e irmãos e aproxima-se de pares, de quem obtém ajuda para lidar com as preocupações e estresse, devido a necessidade de escolha de uma carreira, preparação para o vestibular e vida amorosa. Tais condições estressantes podem gerar transtornos psicológicos no adolescente caso não possua estratégias para gerenciá-las. É no ambiente familiar que o adolescente forma a maior parte do seu repertório de habilidades sociais que são as capacidades comportamentais em interações sociais, levando em consideração a expressão do indivíduo de forma a não ferir os próprios direitos nem os de outras pessoas. Por ser o primeiro ambiente de aprendizagem, a família é considerada como fonte de suporte e modelo, que funcionam como fatores de proteção para o desenvolvimento de transtornos psicológicos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a presença de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar e as relações entre si, em 240 adolescentes estudantes do ensino médio, na faixa etária de 14 a 18 anos, de escolas públicas e particulares. Para tal, foram utilizados: questionário sociodemográfico, Escala de Stress para Adolescentes (ESA), Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS-A) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Foi identificado que cerca de 31% da amostra possuía sintomas de estresse, dos quais aproximadamente 29% encontravam-se na fase de

exaustão. A maioria dos participantes apresentava *déficit* em habilidades sociais, baixa percepção de suporte social e de suporte familiar. Pelas comparações, identificaram-se mais indicadores de estresse em residências com mais de quatro moradores, em adolescentes que dormiam até cinco horas por noite e relatavam ter má qualidade de sono. As habilidades sociais, no que concerne à frequência, foram superiores em homens, escola particular, residências até quatro moradores, praticantes de atividade física e que relataram ter sono de qualidade. Quanto à dificuldade nas habilidades sociais, a maior prevalência foi em mulheres, estudantes da rede pública e não praticantes de atividade física. Em relação à percepção de suporte social, os resultados foram mais significativos nas adolescentes do sexo feminino, em estudantes da escola particular e nos participantes que dormiam de seis a nove horas por noite, apresentando maior percepção. No suporte familiar os resultados foram superiores nos adolescentes do sexo masculino, praticantes de atividade física e que dormiam de seis a nove horas por noite. Novas pesquisas se fazem necessárias para desenvolver intervenções que possam auxiliar na prevenção e tratamento de transtornos psicológicos na adolescência.

Palavras-chave: Estresse. Habilidades sociais. Suporte social e familiar. Adolescência.

LISBOA, N. D. **Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar em Adolescentes**. 2018. 67f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2018.

ABSTRACT

Adolescence is the transition period from childhood to adulthood, marked by physical, hormonal, psychological and cognitive changes, in which the individual presents a need for social interaction and development of identity. At this stage the teenager distances himself socially from parents and siblings and approaches peers, from whom he gets help to deal with worries and stress due to the need for career choice, college preparation and love life. Such stressful conditions can generate psychological disorders in adolescents if they do not have strategies to manage them. It is in the family environment that adolescents form most of their repertoire of social skills that are behavioral capacities in social interactions, taking into account the expression of the individual in a way that does not hurt their own rights or those of other people. As the first learning environment, the family is considered as a source of support and a model, which act as protective factors for the development of psychological disorders. The objective of this study was to evaluate the presence of stress, social skills and perception of social and family support and the relationships among themselves, in 240 adolescents of high school students, in the age group of 14 to 18 years, of public and private schools. To that end, a sociodemographic questionnaire, Stress Scale for Adolescents (ESA), Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA), Social Support Perception Scale (EPSUS-A) and Family Support Perception Inventory (IPSF) were used. It was identified that about 31% of the sample had symptoms of stress, of which approximately 29% were in the phase of exhaustion. Most of the participants had deficits in social skills, low perception of social support and family support. By

comparison, more stress indicators were identified in households with more than four residents, in adolescents who slept up to five hours a night and reported poor sleep quality. Social skills, in terms of attendance, were higher in men, private school, residences up to four residents, physical activity practitioners and who reported having quality sleep. As for the difficulty in social skills, the highest prevalence was in women, students of the public network and not practicing physical activity. Regarding the perception of social support, the results were more significant in female adolescents, in private school students and in participants who slept from six to nine hours a night, with a higher perception. In the family support, the results were higher in the male adolescents, who practiced physical activity and who slept from six to nine hours per night. New research is needed to develop interventions that may help in the prevention and treatment of psychological disorders in adolescence.

Keywords: Stress. Social skills. Social and family support. Adolescence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com os dados demográficos.....	26
Tabela 2 - Frequência e porcentagem do ESA quanto à presença de sintomas de estresse e fases.....	27
Tabela 3 - Frequência e porcentagem dos resultados obtidos da aplicação do IHSA.....	28
Tabela 4 - Frequência e porcentagem total e por sexo dos resultados obtidos na aplicação da EPSUS-A.....	29
Tabela 5 - Frequência e porcentagem total e por sexo dos resultados obtidos na aplicação do IPSF.....	30
Tabela 6 - Comparação entre as médias nos instrumentos ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e o sexo dos participantes da amostra.....	31
Tabela 7 - Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a escola dos participantes.....	32
Tabela 8 – Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e o número de moradores da residência.....	33
Tabela 9 - Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a prática de atividade física dos participantes.....	34
Tabela 10 - Comparações entre as médias da ESA e do IHSA e a quantidade de horas dormidas por noite da amostra.....	36
Tabela 11 - Comparação entre as médias da EPSUS-A e do IPSF e a quantidade de horas dormidas por noite da amostra.....	37

Tabela 12 – Comparações entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a qualidade do sono dos participantes.....38

Tabela 13 - Comparação entre as médias do IHSA, EPSUS-A e IPSF e a presença de estresse dos participantes.....39

Tabela 14 - Correlações entre os instrumentos ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF.....40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ESA	Escala de Stress para Adolescentes
IHSA	Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes
EPSUS-A	Escala de Percepção de Suporte Social
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sumário

1.INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVOS.....	21
Geral.....	21
Específicos.....	21
3. MÉTODO.....	22
Participantes e Local	22
Aspectos Éticos.....	22
Instrumentos	23
Procedimento	24
Procedimento de Análise de Dados.....	25
4. RESULTADOS	26
5. DISCUSSÃO	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	55
ANEXOS.....	56

1.INTRODUÇÃO

Diante de situações de alterações de rotina, mudanças, sejam boas ou ruins, o organismo se mobiliza a fim de adaptar-se às mesmas, estando suscetível a desequilíbrios internos e de regulação. Esse estado configura o estresse, que é uma reação normal do organismo quando há alterações que o desestabilizam (SELYE, 1956). Um dos primeiros modelos de divisão e definição do estresse foi elaborado por Hans Selye, a partir da observação de alterações fisiológicas em ratos sob estímulos estressantes. Elaborou, então, o modelo trifásico do estresse, sendo dividido nas fases de Alerta, Resistência e Exaustão. De acordo com Selye (1956), a fase de alerta é caracterizada pela preparação do organismo para lutar ou fugir, qualificando-se como essencial para a sobrevivência. Quando a condição estressante se mantém e o indivíduo busca estratégias para estabilizar a homeostase, entra-se na fase de resistência. A fase de exaustão manifesta-se quando não há mais energias para mobilização do organismo, ou seja, o indivíduo não possui estratégias para lidar com os estímulos estressantes presentes, tornando-o vulnerável para o surgimento de doenças.

A partir do modelo trifásico de Selye, Lipp (2000) elaborou um modelo quadrifásico do estresse, acrescentando a fase de quase exaustão, entre as fases de resistência e exaustão. Nela, o organismo encontra-se enfraquecido física e psicologicamente, afetando seu sistema imunológico e deixando-o vulnerável ao surgimento de doenças leves. É importante lembrar que a duração e progressão das fases dependem do manejo do indivíduo diante das situações, da intensidade e dos efeitos acumulativos, ou seja, o estresse é individualizado (TRICOLI, 2010). De acordo com Lipp (2003), o estresse excessivo pode gerar prejuízos fisiológicos, psicológicos e sociais, tanto para o indivíduo em si, como para familiares e ambientes em que se encontra inserido, como trabalho, escola, comunidade.

Além da classificação por fases, o estresse também pode ser categorizado como positivo, ideal ou negativo. Quando positivo, diz respeito aos momentos iniciais de tensão, em que existe uma maior energia e ânimo para a realização de atividades. Torna-se ideal quando o indivíduo possui as ferramentas e estratégias necessárias para gerenciá-lo, retornando à homeostase do organismo. Se o indivíduo não possui repertório para lidar com o estresse, o mesmo torna-se negativo, trazendo prejuízos para a saúde e qualidade de vida (LIPP, 2003). O estresse também pode ser proveniente de

fontes internas como timidez, ansiedade, insegurança, autoestima, medos e dúvidas, ou externas, como mudanças, responsabilidades excessivas, sobrecarga de atividades, perda de familiares e amigos, dentre outros (TRICOLI, 2010).

Estudos brasileiros indicaram que a adolescência é a fase do desenvolvimento humano com maior probabilidade de ocorrência de estresse devido à cultura de competitividade, com a necessidade de escolha de uma profissão, preparo para o vestibular, dentre outros fatores (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; FARIA; WEBER; TON, 2012; PELUSO et al., 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS - 2005), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, porém para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2007), a partir da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a adolescência compreende o período dos 12 aos 18 anos de idade. Durante a adolescência, o indivíduo passa por alterações hormonais que, com o desenvolvimento e maturidade sexual, fazem com que haja maior aproximação e aumento de interação com pares e afastamento de pais e irmãos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A adolescência se apresenta de formas diferentes, podendo estender-se para alguns indivíduos (acima de 20 anos), vinculada a uma dependência financeira dos pais, da formação acadêmica, planejamento e estabelecimento de metas profissionais e pessoais. Em outros grupos, pode haver uma prematuridade da vida adulta, diante da necessidade de colocação no mercado de trabalho, desamparo familiar, privação financeira, entre outros (BUCHIANERI, 2012).

Faria, Weber e Ton (2012), em seu estudo com 268 adolescentes, na faixa etária de 16 a 24 anos, tiveram como objetivo avaliar a presença de estresse em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares, relacionando-a com variáveis familiares e demográficas, por meio da Escala de Práticas Parentais (TEIXEIRA; OLIVEIRA; WOTTRICH, 2006) e do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL - LIPP, 2000). Os resultados indicaram que cerca de 63% da amostra apresentavam estresse, sendo que desses, 85% encontravam-se na fase de resistência e 13% na fase de quase exaustão. Também foi encontrada uma relação entre o tipo de escola e a presença de estresse, sendo que alunos de escolas particulares apresentavam maior nível de estresse (77%), quando comparados com os de escolas públicas (51%).

Em seu estudo com 278 adolescentes estudantes do segundo ano do Ensino Médio, com média de idade de 14,20 anos (DP=0,54), Van Roekel et al. (2015) avaliaram e identificaram como o aumento dos níveis de estresse era experimentado na

vida cotidiana desses adolescentes durante os dias da semana quando comparado aos finais de semana, pelas manhãs quando comparadas com tardes e noites, e com os colegas de classe quando comparados a familiares e amigos, encontrando respostas de afeto negativas (sentimento de solidão) diante de tais condições estressantes. Por outro lado, adolescentes sem sentimentos de solidão respondiam de forma mais positiva em situações de aumento de estresse.

Levando em consideração a ocorrência de situações estressantes, Peluso et al. (2010) investigaram as mudanças de humor presentes nessa fase, por meio do instrumento PANAS-X (Afeto Positivo e Negativo – Formulário Expandido – WATSON; CLARK, 1994) com 222 adolescentes do ensino médio, com idade média de 17 anos, em fase de preparação para o vestibular, identificando maiores oscilações de humor com a proximidade do exame, sendo que adolescentes do sexo feminino ($F=2,63$; $p\leq 0,05$) apresentaram maiores variações do que os do sexo masculino ($F=2,57$; $p\leq 0,05$). Neste mesmo estudo, os autores também obtiveram correlação positiva entre as horas dedicadas às tarefas de casa e estudos com a ocorrência de estresse e alterações de humor, configurando-se, então, como fator de risco para o desenvolvimento de estresse e outros transtornos psicológicos.

A fim de avaliar fatores associados à presença de estresse, Schermann et al. (2014), em sua pesquisa com amostra de 475 adolescentes estudantes, na faixa de 14 a 18 anos, identificaram que a presença de estresse estava relacionada à qualidade do relacionamento desses adolescentes com seus pais e o ambiente familiar. A maior prevalência ocorreu em adolescentes que classificaram o relacionamento com os pais como regular ou ruim (49%), assim como 58,80% dos adolescentes com estresse classificaram o ambiente familiar como regular/ruim.

Ainda sobre as relações familiares e sua influência no estresse, Rozemberg et al. (2014) buscaram identificar os fatores familiares que influenciavam na resiliência de meninos e meninas, com uma amostra de 889 adolescentes estudantes da rede pública, na faixa etária de 13 a 19 anos. Os autores identificaram que o número de pessoas residindo em uma mesma casa configurava-se como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, em que quanto maior o número de moradores de uma residência, mais estresse era encontrado e com menores potenciais de resiliência, ou seja, os jovens se encontravam em condições de maior vulnerabilidade.

Fator de risco pode ser caracterizado como uma condição ou variável que torna o indivíduo mais vulnerável ao aparecimento de problemas e complicações, tanto

relacionados à saúde, quanto ao desempenho social. Por outro lado, fatores de proteção compõem condições ou variáveis que tornam o indivíduo menos vulnerável a dificuldades, ou seja, funcionam como proteção ao desenvolvimento de alguma doença ou condição (RUTTER, 1985 citado por SILVA et al., 2015).

A fim de prevenir transtornos psicológicos em adolescentes, a OMS recomenda o desenvolvimento de habilidades de tomada de decisão, de controle da impulsividade, de pensamento consequencial e habilidades sociais, visto que se configurariam como fatores de proteção à saúde do adolescente em situações de risco (OMS, 2005). Para Costa e Mota (2012) tais habilidades podem ser desenvolvidas por meio de interações com pares ou familiares, seguindo modelos de acordo com condições de recompensa estabelecidas, como também em programas que ofereçam treinamentos em habilidades sociais.

Não existe consenso sobre a definição do termo Habilidades Sociais, porém é geralmente utilizado para designar capacidades comportamentais envolvendo interações sociais (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010). Caballo (1996) as considera como comportamentos socialmente habilidosos, capacidade de iniciar e manter conversações; expressar sentimentos, pensamentos e opiniões; defender os próprios direitos; fazer e recusar pedidos; desculpar-se; expressar desagrado e solicitar mudança de comportamento e lidar com críticas. Del Prette e Del Prette (2001) realizaram uma categorização mais específica das Habilidades Sociais: Habilidades de Comunicação; de Civilidade; Assertivas de Enfrentamento; Empáticas; de Trabalho e de Expressão de Sentimento Positivo, as quais são compostas por inúmeros comportamentos que garantem a expressão do indivíduo respeitando seus direitos e os do próximo.

As habilidades sociais podem ser consideradas como fatores de proteção por promoverem interações sociais satisfatórias, auxiliando na resolução de problemas e no desenvolvimento da autoestima, autoconhecimento e rede de apoio. O treino de habilidades sociais pode ser feito por meio de atendimentos individuais ou em grupo, com o uso de variadas técnicas de diferentes abordagens teóricas, aplicando-se tanto no contexto clínico quanto educacional (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014; LIMA et al., 2016; PELLEGRINI; CALAIS; SALGADO, 2012; POLAN; SIEVING; MCMORRIS, 2013).

A aprendizagem de algumas habilidades sociais pode ser efetuada por modelação ou mudança de contingências, em que, por exemplo, por meio de uma relação pai-filho adequada, esse processo pode ser efetivo (BRAZ et al., 2013; ROCHA;

DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). Assim, com desenvolvimento de habilidades sociais, é possível adquirir ferramentas para manejo de situações estressantes emocionalmente. Da mesma forma, deficiências em habilidades sociais funcionam como fatores de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos psicológicos (BARRETO; FREITAS; DEL PRETTE, 2011; CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014; DEL PRETTE et al., 2012; POLAN; SIEVING; MCMORRIS, 2013).

No estudo de Campos, Del Prette e Del Prette (2014) avaliando habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco ou proteção para depressão na adolescência, em amostra de 642 estudantes de escolas públicas de 12 a 14 anos, identificaram, por meio de análise de regressão múltipla, que as habilidades de empatia e autocontrole em idades menores (12 anos) configuram-se como fator de proteção para o não desenvolvimento de transtornos psicológicos. Os autores também encontraram que dificuldades em habilidades de civilidade e ser do sexo feminino, configuram-se como fatores de risco.

Pellegrini, Calais e Salgado (2012) relacionaram as variáveis habilidades sociais, manejo de tempo e estresse em 83 jovens universitários, de 17 a 33 anos (média de idade de 19,31) e encontraram maior ocorrência de estresse em alunos das áreas Biológicas e Humanas, quando comparados com aqueles de Exatas, porém, independente da área, 72,29% da amostra apresentou déficits nas habilidades de manejo de tempo. Os autores concluíram que o *déficit* no manejo de tempo se configura como fator estressor que, por sua vez, associa-se ao baixo repertório de habilidades sociais.

Enfatizando as habilidades sociais como fator de proteção ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, Lima et al. (2016) em seu estudo com 12 universitários do quinto ano do curso de medicina, realizaram treino de habilidades sociais para promover a redução do estresse, além de relacionarem a sua presença com o repertório de habilidades sociais desses estudantes. Foi realizada a linha de base, execução do treino e reavaliação. O treino realizado consistiu em sete sessões de vivências, sendo realizadas uma vez por semana e com uma hora de duração, tendo como base as habilidades deficitárias desses estudantes, partindo das menos para as mais complexas. Os resultados indicaram alta prevalência de estresse na amostra em questão (91,70%), predominando a fase de resistência (58,30%), além da ocorrência de *deficits* em habilidades sociais, principalmente relacionadas à expressão de sentimentos (percentil menor que 50 em 66,70% da amostra) e autocontrole da agressividade (percentil menor que 50 em 58,30% da amostra). Após a realização do treino, houve melhora no estresse

da amostra (41,70% amostra sem estresse), levando os autores a concluir que tal melhora pode ter sido influenciada pelo desenvolvimento do repertório de habilidades sociais.

Ainda sobre seu fator protetivo, com o objetivo de avaliar a relação entre habilidades socioemocionais, envolvimento em comportamentos violentos e perpetuação do *bullying*, Polan, Sieving e McMorris (2013) realizaram um estudo com 171 adolescentes, de 11 a 14 anos (média de 12 anos). Descobriram que melhores habilidades socioemocionais correlacionaram-se com menor envolvimento em comportamentos de violência ($r = -0,30$, $p < 0,001$), assim como de perpetuação do *bullying* ($r = -0,23$, $p < 0,01$), indicando a importância de habilidades interpessoais.

Além do treino de habilidades sociais como estratégia de proteção a transtornos psicológicos na adolescência, estudos indicam que apoios social e familiar também se configuram como medidas protetivas, na medida em que tendem a aumentar a sensação de bem-estar, sociabilidade, autoestima, entre outras (GLOZAH; PEVALIN, 2014; MOMBELLI et al., 2011; PACE; ZAPPULLA; MAGGIO, 2016; SIEDLECKI et al., 2014; TRICOLI, 2010). O suporte social é um construto multidimensional, envolvendo a percepção de afetividade e valor entre as pessoas, englobando não apenas aspectos emocionais, como também materiais (instrumentais e financeiros), demonstrando a disponibilidade das pessoas para ajudar. Outro aspecto do suporte social diz respeito ao seu caráter informacional, ou seja, relacionado ao acesso a informações que possam auxiliar na tomada de decisões do indivíduo (COHEN, 2004; RODRIGUEZ; COHEN, 1998). O suporte familiar, por sua vez, se configura como um campo reduzido do suporte social, sendo caracterizado pelo apoio da família (comportamentos de proteção, afeto, autonomia) frente às necessidades do indivíduo (BAPTISTA, 2005).

Considerando o fator protetivo do suporte social, Xing et al. (2017) tinham como objetivo avaliar a saúde psicossocial de crianças, de 10 a 18 anos, cujos pais eram responsáveis por seu cuidado ou trabalhavam fora, identificando que aquelas que ficavam mais tempo sozinhas tinham menor percepção de suporte social e apresentavam mais queixas (81%) quanto a sua saúde psicológica, como insegurança, baixa autoestima, confusão mental, poucas habilidades sociais de interação, agressividade, entre outras. Apenas 18% das crianças cujos pais eram mais participativos em sua criação apresentavam queixas psicológicas similares. Esse mesmo estudo também indicou a maior ocorrência de práticas negativas dos cuidadores de crianças cujos pais trabalhavam fora quando comparadas às práticas de pais responsáveis pelos cuidados

das crianças. Ni et al. (2016), em seu estudo com 1307 crianças, de 9 a 19 anos, migrantes da área rural para áreas urbanas da China, identificaram uma adaptação mais rápida e facilitada ($r = 0,37$, $p < 0,01$), além de maior disposição para envolvimento em relações interpessoais ($r = 0,41$, $p < 0,01$), em crianças que tinham maior percepção de suporte social.

Pace, Zappulla e Maggio (2016) visaram identificar relações entre Apego (seguro/inseguro), que se caracteriza pelas relações de continência e segurança com os cuidadores, percepção de suporte social e problemas de comportamento internalizantes, em estudo longitudinal com amostra de 482 adolescentes, de 14 a 18 anos. Os resultados mostraram que o acesso a apego seguro durante o início da adolescência prediz altas chances de maior percepção de suporte dos pares e menores ocorrências de problemas internalizantes na adolescência tardia. Da mesma forma, apegos inseguro e ansioso não apresentam a mesma predição de percepção de suporte, aumentando as chances de problemas internalizantes. Dessa forma, pode-se destacar a importância do suporte social, em que sua percepção adequada tende a diminuir probabilidades do adoecimento e da ocorrência de comportamentos de risco.

A fim de investigar a relação entre estresse e percepção de suporte familiar, Mombelli et al. (2011) avaliaram 30 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos, com seus respectivos pais, e identificaram que 73,30% da amostra apresentavam sinais de estresse infantil com sintomas psicológicos. Os resultados mostraram que 60% da amostra tinha baixa percepção do suporte familiar recebido e apresentavam sintomas de estresse infantil.

No estudo de Sonmark e Modin (2017), buscando identificar influências de controle e suporte social de professores, pais e amigos nas relações entre demandas escolares e queixas de somatização, os autores encontraram que quanto maiores as demandas escolares, maiores as queixas de somatização, que aumentavam ligeiramente com a idade, de forma que o suporte social, proveniente tanto de pais quanto de amigos e professores, era capaz de reduzir o estresse relacionado à somatização. Tal estudo foi realizado com uma amostra de 9.427 estudantes, de 11 a 15 anos.

Para avaliar os efeitos mediadores da autoestima e solidão no suporte social e satisfação com a vida, Kong e You (2013) entrevistaram 389 estudantes de duas Universidades da China, com idade variando de 17 a 25 anos, por meio da Escala de Satisfação com a vida (SWLS – DIENER et al., 1985), Escala de Solidão Social e Emocional (SELS – WITTENBERG, 1986 citado por SHAVER; BRENAN, 1991),

Escala Chinesa de Suporte Social (CSSRS – WANG et al., 1999) e Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES – ROSENBERG, 1965). Os resultados indicaram o papel mediador da autoestima e solidão no suporte social e bem-estar, sugerindo que alta percepção de suporte social torna os indivíduos aptos a terem comportamentos de maior autoestima que diminuiriam a solidão e, por outro lado, elevariam as sensações de bem-estar. Da mesma forma, indivíduos com baixa percepção de suporte tendem a isolar-se, levando a sentimentos de solidão e baixa autoestima, resultando em baixa satisfação com a vida.

Ainda em relação a autoestima, Silva et al. (2015) verificaram fatores de risco e proteção em adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ – GOODMAN, 1997), Escala de Autoestima de Rosenberg (transculturação AVANCI et al., 2007), Questionário de Suporte Social para Crianças e Adolescentes (SSA – transculturação SQUASSONI; MATSUKURA, 2014) e Inventário de Estilos Parentais (IEP – GOMIDE, 2006) e apontaram que quanto maior o suporte recebido, tanto da família, como amigos, professores e colegas de trabalho, maiores os níveis de autoestima do adolescente ($r = 0,35$ e $r = 0,36$, respectivamente, $p < 0,05$). Camargo, Calais e Sartori (2015), ao estudarem estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante, indicaram a importância das relações familiares, visto que as mesmas podem influenciar a suscetibilidade aos efeitos do estresse.

Levando-se em conta a similaridade entre autoestima e autoconceito (percepção de si mesmo), Baptista et al. (2012), com o objetivo de verificar associações entre tal variável e a percepção de suporte social e familiar, com amostra de 254 universitários (média de idade de 21 anos), identificaram que, para as mulheres, há maior satisfação quanto maior for a quantidade de suporte percebida ($r = 0,36$, $p \leq 0,01$), o que não acontece com homens. No quesito suporte familiar, foi encontrado no grupo feminino que quanto maior a percepção, melhor o autoconceito em relação à responsabilidade ($r = 0,25$, $p \leq 0,01$), sensualidade ($r = 0,18$, $p \leq 0,05$) e sensibilidade ($r = 0,15$, $p \leq 0,05$) e menor a insegurança ($r = -0,30$, $p \leq 0,01$). Para o sexo masculino, foi identificado que quanto maior a percepção de suporte familiar, menores as pontuações para agressividade ($r = -0,22$, $p \leq 0,05$), negligência ($r = -0,28$, $p \leq 0,05$) e indiferença ($r = -0,30$, $p \leq 0,01$). Dessa forma, os autores conseguiram concluir que quanto maior a percepção de suporte recebida, maior a segurança e autonomia dos indivíduos.

Estabelecendo relações entre bem-estar individual e percepção de suporte social, Siedlecki et al. (2014), avaliaram uma amostra de 1.111 pessoas, com idades entre 18 e 95 anos, e conseguiram identificar que diferentes formas de bem-estar estão diferencialmente relacionadas com diferentes facetas do suporte social. Assim, a percepção de suporte pode contribuir para maior ocorrência de estratégias de enfrentamento, visto que o indivíduo se sente seguro por ter pessoas a quem recorrer.

Com o propósito de examinar como o suporte social e o estresse influenciam a saúde e sucesso acadêmico de adolescentes, Glozah e Pevalin (2014) realizaram um estudo com uma amostra de 770 adolescentes de segundo e terceiro anos do ensino médio, faixa etária de 14 a 21 anos, em que foi encontrada uma forte correlação negativa entre estresse e suporte social ($\beta = -0.29$, $p < 0.05$), ou seja, quanto maior a percepção de suporte, menor a presença de estresse. Também foi encontrada correlação positiva entre suporte social e saúde ($\beta = 0.50$, $p < 0.05$), em que quanto maior a percepção de suporte, melhores os indicadores de saúde e bem-estar físico e psicológico.

Sobre a percepção de suporte familiar, Rocha (2012) indicou a diferença existente entre homens e mulheres nessa questão, identificando maior percepção de expressão de afetividade entre os membros da família em homens, não importando se são adolescentes ou os responsáveis do lar, justificando tal resultado por questões de gênero ainda predominantes na atual sociedade. Sobre a questão de gênero, Nilsen et al. (2013) encontraram algumas diferenças entre adolescentes do sexo masculino e feminino, sendo que as adolescentes tiveram menor percepção de suporte social proveniente de amigos, dado que se associou positivamente com a presença de sintomas depressivos, em que ser mulher predizia aumento desses sintomas, novamente indicando o suporte social como fator de proteção para transtornos psicológicos.

Rodrigues, Almeida e Ramos (2011) em seu estudo com adolescentes grávidas confirmaram a associação existente entre baixo suporte familiar e ocorrência de transtornos psicológicos. Concluíram que o suporte familiar se configura como fator de proteção para transtornos psicológicos comuns, como ansiedade, tristeza, fadiga, irritabilidade, preocupação somática, insônia.

A família, então, configura-se como importante fonte de apoio, sendo que as relações nela estabelecidas funcionam como modelo de relações futuras para esses adolescentes. Estilos e práticas parentais, monitoramento e estrutura familiar são aspectos que podem influenciar a saúde emocional, interferindo em questões de

autoestima, autoimagem, estados de humor, problemas de comportamento e desempenho escolar (LEME; DEL PRETTE; COIMBRA, 2013; LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011; MOMBELLI et al., 2011; PACE; ZAPPULLA; MAGGIO, 2016; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Tem-se então que as práticas parentais e o suporte familiar oferecido interferem na saúde mental de crianças e adolescentes, sendo que a estrutura familiar, de acordo com Mombelli et al. (2011), não é determinante para o desenvolvimento de estresse, visto que encontraram, em maior escala, crianças relatando baixa percepção de suporte familiar, não importando a composição da família (intacta ou monoparental). Dessa forma, as práticas parentais, que se caracterizam pelas estratégias utilizadas pelos pais para a orientação comportamental dos filhos (GOMIDE, 2012), configuram-se como modelo e meios de aprendizagem de comportamentos, generalizáveis para outras interações sociais.

A fim de relacionar as variáveis estilo parental e estresse em adolescentes estudantes da 8ª série do ensino fundamental e 1º e 2º anos do ensino médio, na faixa etária de 13 a 18 anos, Justo (2005) identificou predomínio do estilo parental materno autoritário em adolescentes com estresse excessivo, apesar de não ter encontrado associação estatística significativa entre as variáveis. Neste mesmo estudo, o estilo parental negligente teve maior ocorrência em adolescentes com estresse moderado e o estilo indulgente, em adolescentes sem estresse. A associação entre o estilo parental paterno, assim como estilo parental combinado (pai e mãe), e estresse de adolescentes foi significativa, seguindo o mesmo padrão e respostas que o estilo parental materno.

Leme, Del Prette e Coimbra (2013), com o objetivo de relacionar as variáveis práticas parentais e habilidades sociais, com amostra de 454 adolescentes, utilizando-se do Inventário de Estilos Parentais (IEP – GOMIDE, 2006) e do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA – DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009), não perceberam diferenças quanto às práticas maternas, positivas e negativas, assim como nas habilidades sociais de adolescentes, com idades de 13 a 17 anos, de famílias nucleares, monoparentais ou recasadas. Com a mesma finalidade, Sousa e Löhr-Tacla (2015), avaliando práticas parentais e habilidades sociais de crianças de 10 a 13 anos, identificaram que 100% da amostra tinha um alto repertório de habilidades sociais, porém 57% dos pais faziam uso de práticas positivas, não encontrando associação entre as variáveis. Dessa forma, os autores concluíram que todos os ambientes sociais, e não

somente o familiar, podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades sociais adequadas.

Uma das tarefas da adolescência é a construção da identidade, que se dá por meio do desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória, escolha de uma ocupação e adoção de valores sob os quais suas condutas são guiadas (ERIKSON, 1968 citado por PAPALIA; FELDMAN, 2013). Com o aumento da interação com pares, o adolescente é capaz de descobrir suas preferências, refletir sobre suas escolhas e ações, compartilhar sentimentos e pensamentos, desenvolvendo sua identidade. Dessa forma, os pares agem como uma importante fonte de apoio emocional, em que o adolescente pode obter carinho, compreensão e orientações, além de servirem de modelos para o desenvolvimento de habilidades sociais e, conseqüentemente, configurando-se como fator protetivo para o surgimento de transtornos psicológicos (COSTA; MOTA, 2012; PACE; ZAPPULLA; MAGGIO, 2016; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Pelos diversos estudos mencionados, pode-se notar que a adolescência é uma fase de inúmeras mudanças e de transição da infância para a vida adulta. Assim, dependendo da maneira como é experimentada, pode levar a resultados benéficos, com desenvolvimento de habilidades sociais satisfatórias, rede de apoio social e familiar fortalecida, além de saúde psicológica positiva. Por outro lado, se vivenciada em condições desfavoráveis, pode haver o incremento de comportamentos pouco assertivos, ausência de rede de apoio ou muito limitada e a possível presença de variados transtornos psicológicos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Diante do exposto, este estudo teve por hipóteses que grande parte dos adolescentes apresentariam estresse, poucas habilidades sociais, alta percepção de suporte social e baixa percepção de suporte familiar. Outra hipótese era que a maior prevalência de estresse, assim como melhor repertório de habilidades sociais e percepção de suporte aconteceria no sexo feminino e em escola particular. Também se pressupunha que a prática de atividade física coletiva levaria a condição de baixo estresse, repertório de habilidades sociais mais amplo e percepção de suporte social e familiar mais satisfatória nos adolescentes.

2. OBJETIVOS

Geral

Investigar a presença de estresse, o repertório de habilidades sociais e a percepção de suporte social e familiar de adolescentes, estudantes de escolas públicas e particulares.

Específicos

- Verificar a associação entre os instrumentos utilizados.

- Verificar os resultados obtidos nos instrumentos de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar relacionando-os ao sexo, prática de atividade física, qualidade do sono, tipo de escola frequentada e outras variáveis sociodemográficas encontradas nos participantes.

3. MÉTODO

O desenho metodológico deste estudo foi transversal, tipo *survey*, com amostra de conveniência, não probabilística.

Participantes e Local

Os participantes foram adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 14 a 18 anos que, no momento da coleta, estavam cursando o ensino médio, na rede pública ou particular de uma cidade de pequeno porte do estado de São Paulo. A amostra foi de 240 adolescentes, dos quais 139 eram provenientes de escola pública e 101 de particular.

Os critérios de inclusão foram estar na faixa etária de 14 a 18 anos e cursando o ensino médio. Como critérios de exclusão foram considerados adolescentes com idade inferior ou superior à faixa etária estipulada, aqueles que não demonstraram interesse em participar, os que entregaram questionários incompletos ou não quiseram terminar de responder e aqueles que não entregaram os termos de consentimento devidamente preenchidos e assinados.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP, Câmpus de Bauru-SP, sendo aprovado com o parecer número 2.225.503 (Anexo A). Informações acerca dos objetivos, participação e sigilo foram fornecidas aos participantes e escolas, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde. Sanadas as dúvidas e havendo interesse dos participantes, foram entregues os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE (Anexo C) e de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE para pais (Anexo B) dos adolescentes com idade inferior a 18 anos e, para aqueles com 18 anos completos, apenas o TCLE (Anexo D).

Como contrapartida e agradecimento às escolas, foi ministrada uma palestra com tema "Suporte Social e Interações", promovendo espaço para a discussão do tema e esclarecimento das dúvidas. Foi entregue aos adolescentes uma devolutiva por escrito e individual acerca de seus resultados nos instrumentos, sendo disponibilizado o contato da pesquisadora para eventuais dúvidas e/ou orientações.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de Dados Sociodemográficos (Apêndice A), contendo questões referentes ao sexo, idade, escola e ano em curso, religião, número de membros da família, quantidade de pessoas residindo na mesma casa, nível socioeconômico, exercício de ocupação profissional remunerada, saúde, dentre outros.

- Escala de Stress para Adolescentes (ESA) (TRICOLI; LIPP, 2006) - Instrumento desenvolvido por Tricoli e Lipp, composto por 44 itens com respostas em escala *Likert* de cinco pontos, verifica a existência, ou não, de sintomas de estresse, bem como a fase do estresse, em adolescentes de 14 a 18 anos e de ambos os sexos. A ESA também permite relacionar o estresse a sintomas psicológicos, cognitivos, fisiológicos e interpessoais, assim como as fases de Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão. Escala validada com adolescentes dos estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul (Campo Grande) e Paraíba (João Pessoa). A precisão da escala geral foi avaliada pelo método de Consistência Interna, obtendo-se um Coeficiente Alpha Padronizado de 0,93 tanto para frequência (sintomas) quanto para intensidade (fases).

- Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009), que avalia, por meio de autorrelato, as habilidades sociais de adolescentes frente a situações cotidianas. Consta de 38 itens divididos em seis categorias: Empatia, Autocontrole, Civilidade, Assertividade, Abordagem Afetiva e Desenvoltura Social, respondíveis a partir de uma escala *Likert*, variando de 0 (nunca) a 4 (sempre). As categorias consideram as relações sociais com indivíduos diferentes como amigos, pais, desconhecidos, autoridades e que são exigidas em diversos contextos de forma que o respondente indique sua dificuldade na situação e a frequência que a apresenta. A evidência de validade do instrumento foi obtida por meio da correlação dos escores das subescalas com os escores totais, tanto em indicadores de frequência como de dificuldade, apresentando correlações bastante significativas (Empatia – frequência (f)=0,85, dificuldade (d)=0,87; Autocontrole – (f)=0,69, (d)=0,63; Civilidade – (f)=0,71, (d)=0,77; Assertividade – (f)=0,77, (d)=0,79; Abordagem afetiva – (f)=0,68, (d)=0,62; Desenvoltura social – (f)=0,73, (d)=0,69). As respostas são analisadas conforme o percentil, quanto maior o percentil de frequência e menor o da dificuldade, mais adequado o repertório de habilidades sociais.

- Escala de Percepção do Suporte Social (versão Adulto) - EPSUS-A (CARDOSO; BAPTISTA, 2016) instrumento para avaliação de percepção de suporte social, com adequadas propriedades psicométricas, composto por 36 itens e dividido em quatro fatores, que são: Afetivo, Interações Sociais, Instrumental e Enfrentamento de Problemas. Cada um dos fatores compreende, respectivamente, 17, 5, 7 e 7 itens, avaliados por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos, podendo a pontuação total variar de 0 a 108 pontos, em que quanto maior a pontuação, maior a percepção de suporte social. É uma escala feita e validada para a população brasileira, com evidências de validade com base na estrutura interna e precisão por meio de alfa de Cronbach, sendo Afetivo (0,92), Interações sociais (0,75), Instrumental (0,82), Enfrentamento de problemas (0,83) e a Escala Total (0,94).

- Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) (BAPTISTA, 2009) com 42 itens, sendo divididos em três domínios: Afetivo Consistente, Adaptação familiar e Autonomia. Os domínios avaliam a percepção baixa ou inadequada de suporte familiar, interações familiares (incluindo interesses e expressões afetivas), papéis e regras intrafamiliares (englobando as estratégias de enfrentamento de problemas) e incentivo e liberdade de expressão do indivíduo na família. Os itens são respondidos por meio de escala *Likert* de 3 pontos. A fidedignidade da escala foi avaliada pelo método de consistência interna, com alfas variando, em todas as dimensões, de 0,78 a 0,94, indicando precisão de adequada a excelente.

Procedimento

Com a autorização das diretorias das escolas, algumas salas foram selecionadas, por conveniência, para a aplicação dos instrumentos, sendo realizada durante o período das aulas. Após o recolhimento dos termos de consentimento devidamente assinados deu-se início à coleta. Os questionários foram entregues em pequenos pacotes aos alunos, iniciando-se pela ficha de dados sociodemográficos, seguida da Escala de Stress para Adolescentes (ESA), o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA), a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A) e, por fim, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). A aplicação dos instrumentos foi realizada pela

pesquisadora principal, contando com a ajuda de uma auxiliar apenas nos momentos de entrega e recolhimento do material.

As orientações foram dadas em grupos de, aproximadamente, 20 adolescentes, e os instrumentos foram respondidos pelos próprios indivíduos. A duração média da aplicação, na escola pública, foi de 1h45 minutos e, nas escolas particulares, de 1h. Na escola pública, as salas em que a coleta foi realizada eram amplas e iluminadas, com muitas carteiras (algumas vazias), com ventilador para circulação do ar, adolescentes respondendo os questionários separadamente e com muitas conversas. Na escola particular, as salas também eram bem iluminadas, menores e com muitos alunos, possuíam ar condicionado, havendo grupos de adolescentes fazendo as leituras em conjunto e respondendo individualmente, e menor ocorrência de conversas paralelas.

Procedimento de Análise de Dados

Inicialmente, os dados sociodemográficos e resultados individuais de cada instrumento foram investigados por meio de estatística descritiva, com a finalidade de caracterizar a amostra. As análises estatísticas paramétricas foram realizadas com o Software SPSS – 17, utilizando Teste de Student, para comparação de médias de duas variáveis, e o ANOVA, para comparação de médias de três variáveis, em relação aos escores obtidos pelos participantes nos instrumentos de estresse, habilidades sociais, percepção de suporte social e familiar, e os dados sociodemográficos. Também foi realizado o teste de correlação linear de Pearson entre os instrumentos a fim de investigar se havia relações com significância estatística entre os mesmos.

4. RESULTADOS

Os dados da presente pesquisa foram coletados com adolescentes, estudantes do ensino médio. Predominaram os estudantes da rede pública de ensino (58%), de sexo feminino (55%) e com a média de idade de 15,72 anos ($dp=1,11$).

Na Tabela 1, são caracterizados os dados sociodemográficos da amostra. Indica-se o ano escolar em curso, o estado civil, a renda familiar mensal e com quem mora cada participante do estudo aqui apresentado.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com os dados demográficos		
	N	%
Ano escolar		
1º	77	32,08
2º	98	41,25
3º	65	26,67
Estado Civil		
Solteiro	225	94,17
União estável	14	5,42
Casado	1	0,42
Mora com		
Até 4 pessoas	185	77,08
Acima de 4 pessoas	55	22,92
Renda Familiar mensal		
Até R\$1000,00	73	30,42
de R\$2000,00 a R\$5000,00	119	49,58
de R\$6000,00 a R\$10000,00	39	16,25
Acima de R\$10000,00	9	3,75

Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com a Tabela 1, 41,25% da amostra cursava o 2º ano do ensino médio, o estado civil predominante foi solteiro (94,17%), maior frequência de familiares com renda mensal de R\$2.000,00 a R\$5.000,00 (49,58%), residindo até quatro pessoas em uma residência (77,08%) e não exercendo nenhuma atividade remunerada (87,50%). Dentre os 12,50% adolescentes que exerciam atividade remunerada, 86,21% trabalhavam com prestação de serviços.

Em relação a variáveis pessoais dos participantes, foi identificado que 65% era praticante em alguma religião, 22,50% eram não praticantes, 9,17% não tinham religião e 3,33% eram ateus. Mais da metade da amostra praticava atividade física (54,58%), não apresentavam problemas de saúde (82,92%) e, consequentemente, não faziam uso de medicações (85,42%). Entre os adolescentes que relataram ter problemas de saúde (17,08%), as queixas mais recorrentes foram referentes a problemas respiratórios (40%), distúrbios da tireoide (17,78%), enxaquecas (6,67%) e diabetes (4,44%). Também predominaram adolescentes que dormiam, aproximadamente, de 6 a 9 horas por noite (84,58%), qualificando o sono como reparador (56,67%).

Ao se avaliar a presença de estresse da amostra, 166 participantes (69,17%) não apresentaram sintomas de estresse. Os participantes que apresentaram estresse foram em número de 74 (30,83%) e os tipos de sintomas e fases do estresse que apresentaram estão exibidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência e porcentagem do ESA quanto à presença de sintomas de estresse e fases

	N	%
Sintomas		
Psicológicos	5	6,76
Mistos	60	81,08
Indefinidos	9	12,16
Fases		
Alerta	2	2,70
Resistência	11	14,86
Quase Exaustão	12	16,22
Exaustão	21	28,38
Indefinida	28	37,84

Fonte: Elaborada pela autora

Em relação aos resultados da ESA, de acordo com a Tabela 2, dos adolescentes que apresentavam estresse, a maior frequência foi de sintomas mistos (81,08%). No que concerne às fases, 37,84% não se encaixaram em uma fase definida e 28,38% encontravam-se na fase de exaustão.

A Tabela 3 ilustra os resultados obtidos com a aplicação do IHSA na amostra em questão. Os resultados foram expostos em percentis quanto a frequência e dificuldade de acordo com as subescalas do instrumento.

Tabela 3 - Frequência e porcentagem dos resultados obtidos da aplicação do IHSA					
Percentil	1 – 25	26 - 35	36 – 65	66 – 75	76 - 100
Escore Total					
Frequência	119 (49,58%)	10 (4,17%)	32 (13,33%)	12 (5,00%)	67 (27,92%)
Dificuldade	65 (27,08%)	17 (7,08%)	57 (23,75%)	11 (4,58%)	90 (37,50%)
Empatia					
Frequência	128 (53,33%)	15 (6,25%)	46 (19,17%)	17 (7,08%)	34 (14,17%)
Dificuldade	66 (27,5%)	21 (8,75%)	55 (22,92%)	17 (7,08%)	81 (33,75%)
Autocontrole					
Frequência	129 (53,75%)	19 (7,92%)	36 (15,00%)	12 (5,00%)	44 (18,33%)
Dificuldade	84 (35,00%)	14 (5,83%)	70 (29,17%)	27 (11,25%)	45 (18,75%)
Civilidade					
Frequência	137 (57,08%)	20 (8,33%)	37 (15,42%)	4 (1,67%)	42 (17,50%)
Dificuldade	68 (28,33%)	10 (4,17%)	56 (23,33%)	20 (8,33%)	86 (35,83%)
Assertividade					
Frequência	125 (52,08%)	10 (4,17%)	40 (16,67%)	17 (7,08%)	48 (20,00%)
Dificuldade	81 (33,75%)	22 (9,17%)	53 (22,08%)	15 (6,25%)	69 (28,75%)
Abordagem Afetiva					
Frequência	130 (54,17%)	16 (6,67%)	39 (16,25%)	13 (5,42%)	42 (17,50%)
Dificuldade	94 (39,17%)	20 (8,33%)	64 (26,67%)	18 (7,50%)	44 (18,33%)
Desenvoltura Social					
Frequência	141 (58,75%)	13 (5,42%)	41 (17,08%)	10 (4,17%)	35 (14,58%)
Dificuldade	73 (30,42%)	20 (8,33%)	70 (29,17%)	17 (7,08%)	60 (25,00%)

Fonte: Elaborada pela autora

Como pode ser observado na Tabela 3, referente às habilidades sociais dos adolescentes, o escore total predominante na amostra ficou na faixa percentil de 1–25 para frequência (49,58%) e 76–100 para dificuldade (37,50%), indicando um repertório abaixo da média, assim como um alto custo de resposta ou ansiedade na emissão dos comportamentos. Entre as subescalas, o mesmo padrão se manteve em Empatia e Civilidade. Nas demais, Autocontrole, Assertividade, Abordagem Afetiva e Desenvoltura social, a maioria das respostas ocorreu na faixa percentil de 1–25, tanto para frequência quanto para dificuldade, indicando também baixo repertório de habilidades sociais e baixo custo de resposta ou ansiedade na emissão das mesmas.

Na Tabela 4, podem ser observados os resultados obtidos com a aplicação da EPSUS-A. A classificação dos resultados, em cada domínio e no escore total, está exposta separada por sexo e no total de participantes.

Tabela 4 - Frequência e porcentagem total e por sexo dos resultados obtidos na aplicação da EPSUS-A

	Dimensões	Afetivo	Interações Sociais	Instrumental	Enfrentamento de Problemas	Total EPSUS-A
Feminino	Baixo	27 (20,61%)	33 (25,19%)	42 (32,06%)	30 (22,90%)	40 (30,53%)
	Médio Baixo	22 (16,79%)	30 (22,90%)	26 (19,85%)	23 (17,56%)	15 (11,45%)
	Médio Alto	41 (31,30%)	30 (22,90%)	31 (23,66%)	29 (22,14%)	44 (33,59%)
	Alto	41 (31,30%)	38 (29,01%)	32 (24,43%)	49 (37,40%)	32 (24,43%)
Masculino	Baixo	24 (22,02%)	20 (18,35%)	32 (29,36%)	20 (18,35%)	28 (25,69%)
	Médio Baixo	26 (23,85%)	20 (18,35%)	34 (31,19%)	24 (22,02%)	29 (26,60%)
	Médio Alto	29 (26,60%)	37 (33,94%)	19 (17,43%)	31 (28,44%)	20 (18,35%)
	Alto	30 (27,52%)	32 (29,36%)	24 (22,02%)	34 (31,19%)	32 (29,36%)
Total	Baixo	51 (21,25%)	53 (22,08%)	74 (30,83%)	50 (20,83%)	68 (28,33%)
	Médio Baixo	48 (20,00%)	50 (20,83%)	60 (25,00%)	54 (22,50%)	44 (18,33%)
	Médio Alto	70 (29,17%)	66 (27,50%)	50 (20,83%)	60 (25,00%)	64 (26,67%)
	Alto	71 (29,58%)	74 (30,83%)	56 (23,33%)	83 (34,58%)	64 (26,67%)

Fonte: Elaborada pela autora

Analisando-se os dados da Tabela 4, sobre os resultados referentes à aplicação da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A), é possível observar, quanto ao escore total da escala, 28,33% dos participantes obtiveram uma classificação baixa, porém com uma diferença pouco significativa para classificações média alta (26,67%) e alta (26,67%), indicando que a amostra se encontra homogênea. Separando-se por sexo, 33,59% das adolescentes do sexo feminino obtiveram classificação média alta, enquanto que 29,36% dos adolescentes obtiveram classificação alta.

Observando-se os resultados separadamente, por dimensões, no total da amostra, as dimensões Afetivo, Interações Sociais e Enfrentamento de Problemas se apresentaram com classificação alta e a dimensão Instrumental obteve classificação baixa. A amostra em questão possui alta percepção de suporte em questões afetivas

(atitudes de preocupação e carinho), de interações sociais (situações sociais, de lazer) e resolução de problemas (situações problemáticas e complicadas), porém apresenta baixa percepção em questões instrumentais (questões financeiras).

A seguir, na Tabela 5, encontram-se os resultados referentes à aplicação do IPSF na amostra. Os resultados estão indicados separados por sexo e entre as dimensões dos instrumentos, com a respectiva classificação.

Tabela 5 - Frequência e porcentagem total e por sexo dos resultados obtidos na aplicação do IPSF					
	Dimensões	Afetivo - Consistente	Adaptação Familiar	Autonomia	Total IPSF
Feminino	Baixo	49 (37,40%)	128 (97,71%)	63 (48,09%)	119 (90,83%)
	Médio Baixo	33 (25,19%)	3 (2,29%)	45 (34,35%)	12 (9,16%)
	Médio Alto	23 (17,56%)	0	12 (9,16%)	0
	Alto	26 (19,85%)	0	11 (8,40%)	0
Masculino	Baixo	39 (35,78%)	109 (100%)	43 (39,45%)	97 (88,99%)
	Médio Baixo	25 (22,93%)	0	32 (29,36%)	12 (11,01%)
	Médio Alto	20 (18,35%)	0	23 (21,10%)	0
	Alto	25 (22,93%)	0	11 (10,09%)	0
Total	Baixo	88 (36,67%)	237 (98,75%)	106 (44,17%)	216 (90,00%)
	Médio Baixo	58 (24,17%)	3 (1,25%)	77 (32,08%)	24 (10,00%)
	Médio Alto	43 (17,92%)	0	35 (14,58%)	0
	Alto	51 (21,25%)	0	22 (9,17%)	0

Fonte: Elaborada pela autora

Em relação à percepção de suporte familiar dos adolescentes, de acordo com a Tabela 5, identificou-se que mais de 90% da amostra obtiveram classificação baixa no escore total do Inventário, indicando que o suporte familiar é pouco percebido. Entre as dimensões do instrumento (Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Autonomia), o mesmo resultado se manteve. Tais domínios referem-se à: expressão de afetividade, interesse, comunicação e consistência; sentimentos de irritação, não pertencimento, competitividade e agressividade; sentimentos de confiança, liberdade e privacidade em relação aos membros da família.

A Tabela 6 ilustra as comparações das médias dos instrumentos de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar entre os sexos. Os resultados dos instrumentos foram expostos de acordo com os domínios que apresentam.

Tabela 6 – Comparação entre as médias nos instrumentos ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e o sexo dos participantes da amostra

	Feminino	Masculino	t	p
ESA sintomas	2,65	2,04	6,68	0,22
ESA fases	2,44	1,99	4,62	0,82
IHSA – Total frequência	2,44	2,78	- 1,53	0,13
IHSA - Total dificuldade	3,34	2,99	0,35	0,96
IHSA – Empatia frequência	2,05	2,43	- 1,95	0,05
IHSA - Empatia dificuldade	3,37	2,79	2,80	0,005
IHSA – Autocontrole frequência	2,11	2,44	- 1,59	0,11
IHSA - Autocontrole dificuldade	2,73	2,73	-0,04	0,965
IHSA – Civilidade frequência	2,15	2,14	0,03	0,97
IHSA - Civilidade dificuldade	3,37	2,96	1,95	0,05
IHSA – Assertividade frequência	2,37	2,40	- 0,14	0,88
IHSA - Assertividade dificuldade	2,95	2,77	0,87	0,38
IHSA – Abordagem frequência	2,13	2,40	- 1,35	0,18
IHSA - Abordagem dificuldade	2,53	2,62	-0,45	0,65
IHSA – Desenvoltura frequência	2,02	2,21	- 1,00	0,32
IHSA - Desenvoltura dificuldade	2,92	2,83	0,49	0,62
EPSUS-A – Total	74,39	71,70	1,19	0,23
EPSUS-A – Afetivo	38,67	36,50	1,96	0,05
EPSUS-A – Interação	8,80	9,52	- 1,74	0,08
EPSUS-A – Instrumental	13,03	12,32	1,04	0,30
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	13,89	13,36	1,01	0,30
IPSF – Total	41,28	41,66	- 0,31	0,75
IPSF – Afetivo	25,04	25,40	- 0,31	0,76
IPSF – Adaptação	6,83	5,93	1,48	0,14
IPSF – Autonomia	9,41	10,33	1,99	0,04

Fonte: Elaborada pela autora

Analisando-se os dados da Tabela 6, em relação ao IHSA, foram encontradas médias superiores no sexo masculino para frequência e inferiores para dificuldades, sendo significativo estatisticamente no domínio Empatia, tanto para frequência quanto para dificuldade. Na subescala Civilidade, quanto à dificuldade, o resultado também foi significativo, porém sendo superior em adolescentes do sexo feminino. Na EPSUS-A, houve resultado estatisticamente significativo referente à média no domínio Afetivo,

sendo superior em participantes do sexo feminino. No IPSF, o fator Autonomia foi significativo, com maior pontuação em adolescentes do sexo masculino.

A Tabela 7, a seguir, exhibe os resultados da comparação de médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e escola dos participantes. A exposição dos resultados foi separada de acordo com os instrumentos e seus domínios.

Tabela 7 – Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a escola dos participantes

	Pública	Particular	t	p
ESA sintomas	2,36	2,40	- 0,37	0,15
ESA fases	2,07	2,48	- 4,01	0,05
IHSA – Total frequência	1,92	3,51	- 7,71	0,02
IHSA - Total dificuldade	3,29	3,04	1,16	0,25
IHSA – Empatia frequência	1,78	2,84	- 5,79	0,13
IHSA - Empatia dificuldade	3,29	2,84	2,20	0,03
IHSA – Autocontrole frequência	1,89	2,77	- 4,36	0,02
IHSA - Autocontrole dificuldade	2,59	2,92	-1,69	0,09
IHSA – Civilidade frequência	1,80	2,61	- 4,20	0,07
IHSA - Civilidade dificuldade	3,46	2,81	3,09	0,002
IHSA – Assertividade frequência	1,99	2,94	- 4,69	0,45
IHSA - Assertividade dificuldade	3,06	2,61	2,16	0,03
IHSA – Abordagem frequência	1,99	2,61	- 3,09	0,06
IHSA - Abordagem dificuldade	2,55	2,61	-0,34	0,73
IHSA – Desenvoltura frequência	1,61	2,78	- 6,14	0,01
IHSA - Desenvoltura dificuldade	3,05	2,64	2,04	0,04
EPSUS-A – Total	70,14	77,33	- 3,37	0,01
EPSUS-A – Afetivo	36,43	39,41	- 2,83	0,01
EPSUS-A – Interação	8,77	9,62	- 2,11	0,03
EPSUS-A - Instrumental	12,14	13,50	- 1,97	0,17
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	12,81	14,80	- 4,03	0,03
IPSF – Total	40,35	42,97	- 2,18	0,78
IPSF – Afetivo	24,20	26,58	- 2,03	0,75
IPSF – Adaptação	6,78	5,93	1,36	0,15
IPSF – Autonomia	9,37	10,46	- 2,35	0,78

Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com a Tabela 7, em relação ao IHSA, os resultados foram significativos nos domínios Autocontrole (frequência), Civilidade (dificuldade), Assertividade (dificuldade), Desenvoltura (frequência e dificuldade), sendo os resultados superiores, para frequência, na escola particular e, para dificuldade, na escola pública. Os resultados foram significativos na EPSUS-A, tanto no escore total da escala,

como nos domínios Afetivo, Interação e Enfrentamento de problemas em alunos das escolas particulares.

A Tabela 8, a seguir, ilustra os testes de comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e o número de moradores de cada residência, incluindo o participante. Os resultados dos instrumentos foram expostos de acordo com os domínios que apresentam.

Tabela 8 – Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e o número de moradores da residência

	Até 4 pessoas	Acima de 4 pessoas	t	p
ESA sintomas	2,39	2,31	0,73	0,44
ESA fases	1,23	2,20	1,64	0,01
IHSA – Total frequência	2,78	1,95	3,53	0,01
IHSA - Total dificuldade	3,17	3,22	-0,18	0,86
IHSA – Empatia frequência	2,41	1,62	4,04	0,01
IHSA - Empatia dificuldade	3,04	3,31	-1,02	0,31
IHSA – Autocontrole frequência	2,44	1,67	3,88	0,01
IHSA - Autocontrole dificuldade	2,75	2,65	0,42	0,68
IHSA – Civilidade frequência	2,28	1,67	2,93	0,04
IHSA - Civilidade dificuldade	3,13	3,38	-1,00	0,32
IHSA – Assertividade frequência	2,38	1,84	2,57	0,01
IHSA - Assertividade dificuldade	2,79	3,15	-1,30	0,20
IHSA – Abordagem frequência	2,25	1,62	3,33	0,01
IHSA - Abordagem dificuldade	2,66	2,27	1,70	0,09
IHSA – Desenvoltura frequência	2,47	2,11	1,45	0,56
IHSA - Desenvoltura dificuldade	2,92	2,75	0,73	0,46
EPSUS-A – Total	73,59	71,75	0,69	0,97
EPSUS-A – Afetivo	37,98	36,67	0,99	0,98
EPSUS-A – Interação	9,18	8,96	0,43	0,69
EPSUS-A - Instrumental	12,64	12,93	- 0,35	0,79
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	13,78	13,18	0,98	0,57
IPSF – Total	42,09	39,33	1,95	0,83
IPSF – Afetivo	25,31	24,84	0,34	0,31
IPSF – Adaptação	6,56	5,96	0,81	0,39
IPSF – Autonomia	10,22	8,53	3,15	0,34

Fonte: Elaborada pela autora

Como pode ser observado na Tabela 8, os resultados significativos foram na ESA fases em adolescentes que moravam com mais de quatro pessoas e, na IHSA, quanto a frequência, no escore total e nas subescalas Empatia, Autocontrole, Civilidade,

Assertividade e Abordagem, sendo as médias superiores em adolescentes que moravam com, no máximo, mais três pessoas.

Na Tabela 9 encontram-se as comparações entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a prática de atividade física dos participantes. A exposição dos resultados foi separada de acordo com os instrumentos e seus domínios.

Tabela 9 - Comparação entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a prática de atividade física dos participantes

	Pratica	Não Pratica	t	p
ESA sintomas	2,18	2,61	4,41	0,02
ESA fases	2,13	2,37	- 2,31	0,29
IHSA – Total frequência	2,85	2,28	2,61	0,04
IHSA - Total dificuldade	3,05	3,34	-1,35	0,18
IHSA – Empatia frequência	2,48	1,92	2,99	0,02
IHSA - Empatia dificuldade	2,85	3,41	-2,74	0,007
IHSA – Autocontrole frequência	2,43	2,06	1,81	0,01
IHSA - Autocontrole dificuldade	2,76	2,69	0,39	0,70
IHSA – Civilidade frequência	2,32	1,93	2,02	0,03
IHSA - Civilidade dificuldade	2,98	3,43	-2,12	0,03
IHSA – Assertividade frequência	2,40	2,07	1,64	0,86
IHSA - Assertividade dificuldade	2,81	2,94	-0,64	0,52
IHSA – Abordagem frequência	2,31	1,85	2,43	0,01
IHSA - Abordagem dificuldade	2,61	2,53	0,40	0,69
IHSA – Desenvoltura frequência	2,49	2,27	1,06	0,85
IHSA - Desenvoltura dificuldade	2,72	3,07	-1,80	0,07
EPSUS-A – Total	75,22	70,70	2,03	0,80
EPSUS-A – Afetivo	38,48	36,72	1,59	0,57
EPSUS-A – Interação	9,81	8,31	3,69	0,62
EPSUS-A – Instrumental	13,05	12,29	1,11	0,86
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	13,88	13,37	0,98	0,51
IPSF – Total	42,59	40,09	2,09	0,07
IPSF – Afetivo	26,60	23,52	2,70	0,02
IPSF – Adaptação	5,72	7,27	- 2,53	0,05
IPSF – Autonomia	10,27	9,30	2,11	0,98

Fonte: Elaborada pela autora

Como demonstra a Tabela 9, a média de escore foi maior em participantes que não praticavam atividade física na ESA, com resultado significativo. No IHSA, tanto no escore total como nas subescalas Empatia (frequência e dificuldade), Autocontrole (frequência), Civilidade (frequência e dificuldade) e abordagem (frequência) os resultados foram significativos, sendo as pontuações para frequência maiores em

praticantes de atividade física, e para dificuldade, maiores em não praticantes. No IPSF, os resultados foram significativos nos domínios Afetivo, com maiores pontuações em praticantes, e Adaptação, com prevalência em não praticantes.

Na Tabela 10, estão ilustradas as comparações entre as médias da ESA e do IHSA e a quantidade de horas dormidas, por noite, dos participantes. Os resultados dos instrumentos foram expostos de acordo com os domínios que apresentam.

Tabela 10 – Comparações entre as médias da ESA e do IHSA e a quantidade de horas dormidas por noite da amostra

	Horas de Sono	Média	F	p
ESA – Sintomas	Até 5h	2,67	5,04	0,01
	de 6h a 9h	2,36		
	Acima de 10h	1,75		
ESA - Fases	Até 5h	2,31	3,73	0,02
	de 6h a 9h	2,26		
	Acima de 10h	1,51		
IHSA –Total frequência	Até 5h	2,69	0,51	0,60
	de 6h a 9h	2,60		
	Acima de 10h	2,00		
IHSA - Total dificuldade	Até 5h	3,10	1,08	0,34
	de 6h a 9h	3,23		
	Acima de 10h	2,38		
IHSA - Empatia frequência	Até 5h	2,10	0,14	0,87
	de 6h a 9h	2,24		
	Acima de 10h	2,38		
IHSA - Empatia dificuldade	Até 5h	2,83	0,91	0,40
	de 6h a 9h	3,16		
	Acima de 10h	2,63		
IHSA - Autocontrole frequência	Até 5h	2,14	0,30	0,74
	de 6h a 9h	2,27		
	Acima de 10h	2,63		
IHSA - Autocontrole dificuldade	Até 5h	3,17	2,63	0,07
	de 6h a 9h	2,70		
	Acima de 10h	1,88		
IHSA – Civilidade frequência	Até 5h	2,00	0,15	0,86
	de 6h a 9h	2,16		
	Acima de 10h	2,25		
IHSA – Civilidade dificuldade	Até 5h	2,86	0,68	0,51
	de 6h a 9h	3,23		
	Acima de 10h	3,38		
IHSA – Assertividade frequência	Até 5h	2,21	0,33	0,72
	de 6h a 9h	2,42		
	Acima de 10h	2,13		
IHSA – Assertividade dificuldade	Até 5h	2,97	0,90	0,41
	de 6h a 9h	2,89		
	Acima de 10h	2,13		
IHSA – Abordagem frequência	Até 5h	2,45	0,72	0,49
	de 6h a 9h	2,21		
	Acima de 10h	2,75		
IHSA – Abordagem dificuldade	Até 5h	2,52	0,40	0,67
	de 6h a 9h	2,60		
	Acima de 10h	2,13		
IHSA – Desenvoltura frequência	Até 5h	2,00	0,11	0,89
	de 6h a 9h	2,11		
	Acima de 10h	2,25		
IHSA – Desenvoltura dificuldade	Até 5h	3,00	1,41	0,25
	de 6h a 9h	2,90		
	Acima de 10h	2,00		

Fonte: Elaborada pela autora

Como exibe a Tabela 10, o resultado foi significativo em relação à ESA. As maiores médias obtidas foram em participantes que dormiam até cinco horas por noite, tanto para os sintomas, quanto para as fases.

Em relação às comparações entre as médias da EPSUS-A e do IPSF e a quantidade de horas dormidas pelos participantes, detalhes podem ser observados na Tabela 11. A exposição dos resultados foi separada de acordo com os instrumentos e seus domínios.

Tabela 11 - Comparação entre as médias da EPSUS-A e do IPSF e a quantidade de horas dormidas por noite da amostra				
	Horas de Sono	Média	F	P
EPSUS-A – Total	Até 5h	67,90	1,55	0,21
	de 6h a 9h	73,92		
	Acima de 10h	73,25		
EPSUS -A – Afetivo	Até 5h	36,00	0,71	0,49
	de 6h a 9h	37,96		
	Acima de 10h	36,75		
EPSUS -A – Interação	Até 5h	9,03	0,75	0,47
	de 6h a 9h	9,09		
	Acima de 10h	10,50		
EPSUS- A - Instrumental	Até 5h	10,03	4,36	0,01
	de 6h a 9h	13,09		
	Acima de 10h	12,63		
EPSUS- A - Enfrentamento de Problemas	Até 5h	12,83	0,72	0,48
	de 6h a 9h	13,77		
	Acima de 10h	13,38		
IPSF – Total	Até 5h	38,24	4,15	0,01
	de 6h a 9h	42,15		
	Acima de 10h	35,38		
IPSF – Afetivo	Até 5h	20,45	5,07	0,01
	de 6h a 9h	25,96		
	Acima de 10h	23,25		
IPSF – Adaptação	Até 5h	8,38	3,21	0,04
	de 6h a 9h	6,21		
	Acima de 10h	4,75		
IPSF – Autonomia	Até 5h	9,41	2,33	0,10
	de 6h a 9h	9,99		
	Acima de 10h	7,38		

Fonte: Elaborada pela autora

A partir da Tabela 11 é possível identificar as médias superiores, na EPSUS-A, para adolescentes que dormiam de seis a nove horas, sendo significativo no domínio Instrumental. No IPSF, as maiores médias foram encontradas em participantes que dormiam de seis a nove horas por noite, tanto no escore total do inventário, quanto na subescala Afetiva com resultado significativo. Os resultados também foram

significativos no domínio Adaptação, sendo as médias superiores em adolescentes que dormiam até cinco horas por noite.

Na Tabela 12, encontram-se os testes de comparação entre as médias da ESA e do IHSA e a qualidade do sono da amostra. Os resultados dos instrumentos foram expostos de acordo com os domínios que apresentam.

Tabela 12 - Comparações entre as médias da ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF e a qualidade do sono dos participantes

	Com qualidade	Sem qualidade	t	p
ESA sintomas	2,16	2,65	- 4,99	0,02
ESA fases	2,13	2,39	- 2,59	0,55
IHSA – Total frequência	2,57	2,62	- 0,19	0,02
IHSA - Total dificuldade	3,08	3,32	-1,11	0,27
IHSA – Empatia frequência	2,21	2,24	- 0,14	0,39
IHSA - Empatia dificuldade	3,10	3,12	-0,09	0,92
IHSA – Autocontrole frequência	2,38	2,12	1,27	0,21
IHSA - Autocontrole dificuldade	2,57	2,93	-1,84	0,06
IHSA – Civilidade frequência	2,15	2,13	0,15	0,39
IHSA - Civilidade dificuldade	3,15	3,24	-0,44	0,66
IHSA – Assertividade frequência	2,16	2,38	- 1,04	0,08
IHSA - Assertividade dificuldade	2,80	2,96	-0,75	0,45
IHSA – Abordagem frequência	2,06	2,16	- 0,54	0,87
IHSA - Abordagem dificuldade	2,45	2,74	-1,48	0,14
IHSA – Desenvoltura frequência	2,34	2,45	- 0,54	0,69
IHSA - Desenvoltura dificuldade	2,88	2,88	-0,05	0,96
EPSUS-A – Total	74,46	71,48	1,32	0,42
EPSUS-A – Afetivo	38,17	37,05	1,00	0,30
EPSUS-A – Interação	9,34	8,86	1,15	0,35
EPSUS-A - Instrumental	13,18	12,10	1,57	0,44
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	13,77	13,48	0,56	0,84
IPSF – Total	42,74	39,77	2,49	0,31
IPSF – Afetivo	27,16	22,64	3,95	0,68
IPSF – Adaptação	5,48	7,65	3,59	0,16
IPSF – Autonomia	10,10	9,47	1,37	0,19

Fonte: Elaborada pela autora

Pelos dados ilustrados na Tabela 12, é possível notar que os resultados significativos são referentes a um sono sem qualidade. As maiores médias na ESA foram relacionadas a sintomas e, no escore total do IHSA, quanto a frequência de comportamentos.

É possível observar os testes de comparação entre a presença de estresse e o IHSA, EPSUS-A e IPSF na Tabela 13. A exposição dos resultados foi separada de acordo com os instrumentos e seus domínios.

Tabela 13 - Comparação entre as médias do IHSA, EPSUS-A e IPSF e a presença de estresse dos participantes

	Com estresse	Sem estresse	t	P
IHSA – Total frequência	2,84	2,48	1,49	0,26
IHSA - Total dificuldade	3,55	3,02	2,34	0,10
IHSA – Empatia frequência	2,21	2,23	- 0,08	0,27
IHSA - Empatia dificuldade	3,41	2,96	2,02	0,34
IHSA – Autocontrole frequência	2,43	2,19	1,08	0,76
IHSA - Autocontrole dificuldade	3,13	2,55	2,85	0,70
IHSA – Civilidade frequência	2,01	2,20	- 0,92	0,01
IHSA - Civilidade dificuldade	3,65	2,98	3,03	0,22
IHSA – Assertividade frequência	2,32	2,22	0,44	0,72
IHSA - Assertividade dificuldade	2,96	2,83	0,57	0,41
IHSA – Abordagem frequência	2,15	2,08	0,29	0,99
IHSA - Abordagem dificuldade	2,85	2,45	1,93	0,45
IHSA – Desenvoltura frequência	2,61	2,28	1,46	0,33
IHSA - Desenvoltura dificuldade	3,07	2,79	1,27	0,27
EPSUS-A – Total	36,03	38,44	- 1,82	0,68
EPSUS-A – Afetivo	8,32	9,50	- 2,04	0,23
EPSUS-A – Interação	12,44	12,83	- 2,66	0,66
EPSUS-A - Instrumental	13,39	13,76	- 0,53	0,17
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	13,39	13,76	- 0,67	0,89
IPSF – Total	39,09	42,53	- 2,69	0,16
IPSF – Afetivo	21,04	27,10	- 4,61	0,04
IPSF – Adaptação	8,93	5,28	5,29	0,01
IPSF – Autonomia	9,12	10,15	- 2,09	0,28

Fonte: Elaborada pela autora

Nos dados ilustrados na Tabela 13, pode-se observar que houve resultado significativo no domínio Civilidade quanto à frequência de comportamentos, em adolescentes sem estresse. Identificaram-se também comparações significativas nos domínios Afetivo e Adaptação do IPSF em adolescentes sem estresse.

Na Tabela 14, podem ser observadas detalhadamente as correlações entre os instrumentos ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF. Os resultados foram expostos levando em consideração apenas os escores totais de todos os instrumentos.

Tabela 14 - Correlações entre os Instrumentos ESA, IHSA, EPSUS-A e IPSF

	ESA Sintomas	ESA Fases	IHSA Total frequência	IHSA Total dificuldade	EPSUS-A Total	IPSF Total
ESA Sintomas	1	- 0,08	- 0,18	0,13	- 0,19	- 0,11
ESA Fases		1	- 0,26*	0,58	0,12	- 0,25*
IHSA Total frequência			1	- 0,26*	0,30**	0,22**
IHSA Total dificuldade				1	- 0,24**	- 0,19**
EPSUS-A Total					1	0,35**
IPSF Total						1

Fonte: Elaborada pela autora

*p<0,05; **p<0,01

De acordo com a Tabela 14, não foram identificadas correlações entre ESA Sintomas e os demais instrumentos, em relação ao escore total. ESA Fases correlacionou-se negativamente com o IHSA frequências e com o IPSF. O IHSA frequência correlacionou-se negativamente com IHSA dificuldades e, positivamente, com a EPSUS-A e com o IPSF. O IHSA dificuldade correlacionou-se de forma negativa com a EPSUS-A e com o IPSF. A escala EPSUS-A total e o IPSF total correlacionaram-se positivamente.

5. DISCUSSÃO

Os objetivos do presente estudo foram investigar a presença de estresse, o repertório de habilidades sociais e a percepção de suporte social e familiar de adolescentes, estudantes do ensino médio. Um fator relevante em relação à coleta destes dados foi o tempo de aplicação dos instrumentos comparando-se as escolas públicas e particulares, sendo que adolescentes da escola pública demoravam quase o dobro do tempo, quando comparados com os de escolas particulares. Tal dado pode ser relevante, visto que coloca em evidência as diferenças existentes no ensino da rede pública e da

rede privada para melhor desempenho na escola particular, o que converge com a avaliação do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) do Estado de São Paulo no ano de 2015 realizada a cada dois anos, que envolve questões de português e matemática em alunos de escolas públicas e particulares (INEP, 2018).

Em relação ao estresse, houve uma baixa prevalência, sendo um dado contraditório da literatura, visto que Faria, Weber e Ton (2012) e Peluso et al. (2010) encontraram uma alta prevalência de estresse em adolescentes estudantes do ensino médio, assim como Van Roekel et al. (2015), que além do estresse também identificaram alterações de humor nessa faixa etária. Entretanto, Florêncio, Ramos e Silva (2017), em seu estudo com adolescentes estudantes do ensino médio, corroboraram a mesma prevalência que este estudo.

Com tal resultado, tem-se a hipótese de que talvez esses jovens não se sintam tão pressionados por pais e escola quanto à escolha de carreira, preparo para o vestibular e trabalho, sugerindo que os pais desses adolescentes se utilizem de um estilo parental indulgente, em que segundo Justo (2005), caracteriza-se por comportamentos de tolerância, afetividade e empatia, sem o estabelecimento de regras e limites, sem cobranças e críticas, evitando frustrações para seus filhos. Ainda segundo a autora, os comportamentos desses pais provavelmente ocorreriam devido à baixa tolerância à frustração, levando a comportamentos de superproteção para com seus filhos.

Ainda sobre os resultados envolvendo estresse, grande parte da amostra possuía sintomas mistos e predomínio da fase de exaustão. Tal dado é divergente do encontrado na literatura e bastante alarmante, visto que foi superior ao que geralmente é identificado, gerando preocupações quanto à saúde mental desses adolescentes, uma vez que se encontram em fase avançada do estresse (FARIA; WEBER; TON, 2012).

Em relação ao número de moradores das residências, as comparações indicaram resultado significativo para as fases do estresse em adolescentes que moravam com mais de quatro pessoas, ou seja, quanto maior o número de pessoas na residência mais estresse era encontrado. Tal dado é coincidente com o estudo de Rozemberg et al. (2014), em que nas residências com maior número de moradores, maior era a condição de vulnerabilidade dos jovens.

Foram também realizadas comparações entre os adolescentes que praticavam ou não alguma atividade física, com resultados significativos para sintomas de estresse, indicando maior frequência em não praticantes de atividade física. Tal dado corrobora com a literatura no sentido de configurar a prática de atividade física como fator de

proteção ao desenvolvimento de transtornos psicológicos e como meio de redução do estresse (LEE et al., 2017; SILVA; LEONIDIO; FREITAS, 2015).

As comparações realizadas com a quantidade de horas dormidas e os instrumentos tiveram resultados significativos em relação ao estresse, tanto para sintomas quanto para as fases, em que adolescentes que dormiam menos de cinco horas por noite. Gomes et al. (2017) identificaram que havia maior probabilidade de apresentar sintomas de estresse, ansiedade e depressão em adolescentes que reportaram má qualidade do sono, interferindo em sua capacidade de lidar com situações estressantes e configurando-se como prejudicial no relacionamento com outras pessoas.

Quanto à qualidade do sono, houve resultado estatisticamente significativo em relação ao estresse. Tal dado indicou para a maior ocorrência de estresse em adolescentes que relataram não ter sono de qualidade, sugerindo que um sono reparador é capaz de recuperar energias do organismo e mobilizá-las, quando necessário, diante de situações estressantes (GOMES et al, 2017; PAPALIA; FELDMAN, 2013)

A avaliação das habilidades sociais da amostra resultou em baixo repertório, tanto para frequência quanto para dificuldade, dado que coincide, parcialmente, com o encontrado na literatura, visto que adolescentes tendem a apresentar maiores dificuldades nas interações sociais (LIMA et al., 2016; NILSEN et al., 2013; PELLEGRINI; CALAIS; SALGADO, 2012; TERROSO et al., 2016) De acordo com o estudo de Campos, Del Prette e Del Prette (2014), *déficits* em habilidades sociais podem se configurar como fator de risco ao desenvolvimento de transtorno psicológicos, o que também foi encontrado no estudo de Lima et al. (2016), em que após a realização do treino de habilidades sociais o estresse da amostra diminuiu. Além de se configurar como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, Hernández-Serrano, Espada e Guillén-Riquelme (2016) apontam que o baixo repertório de habilidades sociais também predispõe o uso e abuso de álcool e outras drogas, assim como Terroso et al. (2016) também identificaram, em seu estudo, correlação negativa entre o repertório de habilidades sociais e o envolvimento em comportamentos de *bullying*, o que acaba por colocar a amostra em questão em risco para tais comportamentos.

Nas subescalas Autocontrole, Assertividade, Abordagem Afetiva e Desenvoltura Social, os resultados obtidos indicaram baixo repertório e baixa ansiedade na emissão das respostas, sugerindo apatia dos jovens em relação a situações de interação social e resolução de problemas. Nos domínios Empatia e Civilidade, foram encontrados baixo

repertório e alta ansiedade na emissão das respostas, aludindo o quanto as situações de interação social podem ser aversivas para estes jovens. Ambos os resultados, com baixa ou alta ansiedade na emissão das respostas, são indicados para treino de habilidades sociais a fim de saberem lidar de forma mais adequadas com as situações a que são expostos, o que pode ser corroborado por Lima et al. (2016).

Sabe-se que a adolescência é um período de variadas e intensas mudanças, em que os jovens são obrigados a lidar com diversas situações, inclusive escolha de carreira e preparo para o futuro, mas nem sempre podem estar preparados para enfrentar tais momentos. Estes resultados também podem estar relacionados às práticas e estilos parentais, em que esses jovens não são ensinados ou não possuem modelos presentes e/ou adequados sobre como lidar com determinadas situações (JUSTO, 2005; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Foram comparadas as médias obtidas nos resultados dos instrumentos com o sexo dos participantes, sendo significativo em relação às habilidades sociais, em que adolescentes do sexo masculino tinham maior frequência de comportamentos empáticos e as do sexo feminino possuíam mais dificuldades em comportamentos de empatia e civilidade. Tais dados foram convergentes com o estudo de Campos, Del Prette e Del Prette (2014), no sentido que ser do sexo feminino e apresentar dificuldades em habilidades de civilidade se configuram como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos. Ao mesmo tempo, tais dados também divergem da literatura, visto que as mulheres tendem a ser mais habilidosas quando comparadas com homens (HERNÁNDEZ-SERRANO; ESPADA; GUILLÉN-RIQUELME, 2016; NILSEN et al, 2013).

Realizando-se as comparações entre o tipo de escola dos adolescentes, foram encontrados resultados significativos em habilidades sociais quanto à frequência, no escore total e nos domínios Autocontrole e Desenvoltura em adolescentes de escolas particulares, sugerindo que esses adolescentes têm maior acesso e melhor aprendizagem de comportamentos socialmente adequados, porém ainda não são considerados habilidosos. Em relação às dificuldades em habilidades sociais, as pontuações significativas foram em adolescentes de escolas públicas nas subescalas Civilidade, Assertividade e Desenvoltura, demonstrando que esses jovens apresentam ansiedade diante de situações que requerem sua imposição, ao falar em público e cumprimentar outras pessoas. No estudo de Del Prette e Del Prette (2009), não foram identificadas diferenças significativas entre os estudantes de escolas públicas e particulares.

Nas habilidades sociais, os resultados também foram significativos em adolescentes que residiam com, no máximo, mais três pessoas, apenas quanto à frequência de comportamentos no escore Total do instrumento e nos domínios Empatia, Autocontrole, Civilidade, Assertividade e Abordagem Afetiva, assim, esses adolescentes conseguiam emitir mais comportamentos habilidosos quando conviviam com menor número de pessoas. Na literatura também não se encontraram publicações que pudessem dar suporte a tal dado, porém, pode-se supor que um número inferior de pessoas residindo em uma casa pode permitir uma convivência mais facilitada, maior disponibilidade de pais e familiares para com os adolescentes (ROZEMBERG et al., 2014).

Quanto à frequência de comportamentos socialmente habilidosos, os resultados foram superiores em adolescentes que praticavam alguma atividade física tanto no escore total, quanto nos domínios Empatia, Autocontrole, Civilidade e Abordagem Afetiva. Em relação à dificuldade, adolescentes que não praticavam atividade física pontuaram mais nos domínios Empatia e Civilidade. Tais resultados tendem ao estudo de Lee et al. (2017) em que adolescentes que participavam de atividades físicas após o período escolar conseguiam desenvolver habilidades esportivas, sociais e de conexão com outras pessoas, de enfrentamento de situações estressantes e de planejamento de futuro, indicando a importância da prática esportiva para a saúde física e psicológica.

O resultado também foi significativo em relação à frequência de comportamentos socialmente habilidosos: adolescentes que não tinham sono de qualidade obtiveram maiores pontuações no instrumento. Tal resultado é divergente da literatura que associa má qualidade de sono interferindo no humor e habilidades de interação (GOMES et al., 2017). Não se sugere hipóteses para esse achado.

Comparando-se os resultados nos instrumentos e a presença de estresse, foram encontrados resultados significativos no domínio Civilidade quanto à frequência de comportamentos, sendo os resultados superiores em adolescentes sem estresse. Este dado é condizente com a literatura em que a presença de um repertório adequado de habilidades sociais funciona como fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, sendo esperado melhor repertório em adolescentes com menos indicadores de estresse (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Em relação à percepção de Suporte Social, a amostra ficou homogênea entre as classificações Alta, Média Alta e Baixa, porém, separando-se por sexo encontrou-se maior percepção em adolescentes do sexo masculino, quando comparados com as do

feminino. Entre os domínios, o que obteve uma baixa classificação foi o Instrumental, que diz respeito à segurança financeira, sugerindo então que estes adolescentes talvez não possam contar com o apoio de amigos nestas situações. Não foram encontrados estudos semelhantes para que fosse possível fazer uma comparação.

As comparações em relação ao sexo e a percepção de suporte social foram significativas no domínio Afetivo da EPSUS-A, sendo superiores nas adolescentes, ou seja, elas conseguiam perceber e expressar preocupação e carinho aos amigos, de forma mais importante, que os adolescentes. Tal dado é divergente do estudo de Nilsen et al. (2013), em que foi identificada menor percepção de suporte proveniente de amigos em adolescentes do sexo feminino.

Nas comparações entre o tipo de escola e percepção de suporte social, os resultados foram significativos para alunos de escola particular tanto no escore geral quanto nos Domínios Afetivo, Interação e Enfrentamento de Problemas. Não foram encontradas na literatura comparações entre as percepções de suporte social de adolescentes estudantes de escolas públicas e particulares. Com tal dado, tem-se como hipótese que estudantes da rede pública obtiveram menores escores em percepção de suporte social provavelmente devido à antecipação da vida adulta, uma vez que os jovens que exerciam atividade remunerada frequentavam tal rede de ensino e poderiam ter outras preocupações e responsabilidades dentro do ambiente familiar (BUCHIANERI, 2012).

Os dados para suporte social foram significativos no domínio Instrumental, sendo o maior escore de adolescentes que dormiam de seis a nove horas por noite, conseguindo perceber mais comportamentos de suporte material e financeiro de amigos. Os resultados quanto a suporte familiar foram significativos no escore total e no fator Afetivo, para adolescentes que dormiam de seis a nove horas por noite. Não se encontrou estudos para a realização de comparações, mas levanta-se como hipótese que ao dormir por mais tempo esses adolescentes estariam mais descansados e se apresentariam mais compreensivos e com percepção mais positiva de comportamentos de amigos e familiares (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Na avaliação da percepção de suporte familiar, a classificação baixa predominou na amostra total e entre os sexos, indicando que estes adolescentes não veem a família como fonte de suporte, que não encontram pessoas com quem podem contar no ambiente familiar. Comparando-se com a percepção de suporte social, este dado é coincidente com o da literatura, em que há maior percepção de suporte proveniente de

amigos do que de pais e familiares (GLOZAH; PEVALIN, 2014). A maior percepção de suporte proveniente de amigos pode ocorrer devido a maior aproximação desses grupos e certo distanciamento da família, característicos da adolescência (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Na comparação entre os sexos, a percepção de suporte familiar no domínio Autonomia foi superior nos adolescentes do sexo masculino, ou seja, esses adolescentes sentiam-se confiantes, com liberdade e privacidade no ambiente familiar. Este dado confirma o estudo de Rocha (2012) ao discutir as questões de gênero ainda implícitas na atual sociedade de que homens devem ser independentes, confiantes, fortes, dominantes, podendo ser um valor ainda passado de geração em geração.

Quanto à prática de atividade física, houve maior percepção no domínio Afetivo em adolescentes praticantes, e menor em Adaptação para adolescentes que não praticantes. Não foram encontrados na literatura estudos que envolvessem a prática de atividade física e a percepção de suporte familiar, porém pode-se sugerir, pelo estudo de Lee et al. (2017), que o adolescente ao melhorar suas habilidades de interação social e conseguir conectar-se emocionalmente a outras pessoas, tais comportamentos poderiam ser generalizáveis para outros ambientes, como o familiar.

Adolescentes que dormiam até cinco horas por noite tinham piores resultados no domínio Adaptação em suporte familiar. Este dado coincide com a literatura, visto que por se tratarem de comportamentos negativos em relação à família, jovens que dormiam por menos tempo tinham seu humor e habilidades de interação afetados (GOMES et al, 2017).

Em relação à presença de estresse e suporte familiar, os resultados foram significativos nos domínios Afetivo e Adaptação, sendo superior em adolescentes sem e com estresse, respectivamente. Os dados convergiram com a literatura ao se identificar uma melhor percepção de suporte em adolescentes sem estresse (GLOZAH; PEVALIN, 2014). No domínio Adaptação do IPSF, os maiores resultados foram em adolescentes com estresse, visto que tal fator diz respeito a comportamentos negativos em relação à família, como irritação, conflitos, sentimentos de não pertencimento e competitividade.

Os resultados foram significativos nas fases de estresse com frequência de comportamentos habilidosos e percepção de suporte familiar, quanto maior o estresse menor o repertório de habilidades sociais no que refere à sua emissão e menor percepção de suporte familiar. Tal dado é demonstrado na literatura quando um repertório adequado de habilidades sociais se configura como fator de proteção ao

desenvolvimento de transtornos psicológicos, da mesma forma como o suporte familiar (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014; GLOZAH; PEVALIN, 2014; LIMA et al., 2016; PACE; ZAPPULLA; MAGGIO, 2016; SIEDLECKI et al., 2014).

Analizando-se a frequência de comportamentos socialmente habilidosos, houve correlação com as dificuldades do mesmo instrumento, assim como com o suporte social e familiar. A correlação foi negativa quanto às dificuldades: ou seja, quanto melhor o repertório de habilidades sociais quanto à sua emissão, menor a dificuldade em fazê-lo, dado corroborado pelo estudo de validação do instrumento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009). No suporte social e familiar e habilidades sociais, quanto melhor o repertório de habilidades sociais, maior a percepção de suporte social e familiar. A família, por se configurar como fonte de apoio e modelo para relacionamentos futuros, interfere no comportamento de seus membros, o que dá suporte aos dados encontrados neste estudo (BAPTISTA, 2009; LEME; DEL PRETTE; COIMBRA, 2013; PAPALIA; FELDMAN, 2013). Nas dificuldades relacionadas às habilidades sociais, quanto maior a dificuldade para emissão de comportamentos habilidosos, menor a percepção de suportes social e familiar.

Os construtos suporte social e familiar se associam e quanto maior a percepção de suporte social, maior a percepção de suporte familiar. O suporte familiar se configura como um campo reduzido do suporte social, dado comprovado em outros estudos (BAPTISTA et al., 2012; CARDOSO; BAPTISTA, 2015; CARDOSO; BAPTISTA, 2016).

Este estudo possui, todavia, algumas limitações. Os participantes da amostra eram adolescentes com até 18 anos completos, sendo uma idade superior ao que o IHSA é validado (17 anos) e, ao mesmo tempo, uma idade inferior à validação da EPSUS-A (acima de 18 anos), o que pode ter interferido em alguns resultados. Outra limitação refere-se à aplicação de instrumentos verbais que são de autorrelato, sendo possível aos participantes omitirem informações ou não serem totalmente verdadeiros em suas respostas. Isto porque por estarem ainda em fase de construção de identidade, não apresentam autoconhecimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se fez relevante, especialmente, no sentido de contribuir com o aumento de informações sobre os adolescentes, visto que a literatura a seu respeito, no que concerne a algumas temáticas, é escassa. A amostra obtida foi representativa da população, englobando diferentes escolas, investigando-se diversas variáveis com instrumentos validados e avançando no sentido de explorar e tentar correlacionar estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar, variáveis que não foram identificadas juntas em outros estudos.

Os dados encontrados geram preocupação com a população em questão, sua saúde emocional, a forma como interagem em seu dia-a-dia e enfrentam as adversidades. Tal preocupação é justificada pela gravidade de estresse identificada, pelo baixo repertório de habilidades sociais além de não perceberem a família como fonte de apoio. É característico desta fase do desenvolvimento o distanciamento de pais e familiares e aproximação de grupos de amigos, porém não era esperado que houvesse uma desvinculação dos pais.

Além dos dados alarmantes, também foi possível identificar os fatores de proteção ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, como a menor quantidade de moradores das residências e a prática de atividade física. Foram confirmados dados existentes na literatura quanto a importância das habilidades sociais e das fontes de suporte, que auxiliam na independência, autonomia e autoestima desses jovens.

Pesquisas futuras poderiam avançar no sentido de averiguar tais variáveis em outras regiões do Brasil, abrangendo maior número de adolescentes. Também seria relevante a realização de intervenções, a fim de identificar formas de prevenção e tratamentos eficazes para a faixa etária em questão. Dessa forma, seria possível a implantação de programas preventivos para adolescentes e seus familiares de modo a proteger a saúde psicológica da população em questão.

REFERÊNCIAS

- AVANCI, J. Q. et al. Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, vol.20, n.3, p.397-405, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300007>
- BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF**, vol.10, n.1, p.11-19, 2005.
- BAPTISTA, M. N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): v. 1** – São Paulo: Vetor, 2009.
- BAPTISTA, M. N. et al. Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. **Psicología desde el Caribe**, vol. 29, n.1, p. 1-18, 2012.
- BARRETO, S. O.; FREITAS, L. C; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. **PSICO**, Porto Alegre, v.42, n4, p.503-510, out./dez., 2011.
- BRASIL, Lei Federal 8.069, de 13 de Julho de 1990 -**ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE** – ECA.Porto Alegre: CMDCA, 2007.
- BRAZ, A. C. et al. Habilidades sociales e intergeneracionalidad em las relaciones familiares. **Apuntes de Psicología**, v. 31, n.1, p.77-84 2013.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: Compatibilidades e disseminações conceitual-metodológicas. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v.16, n.2, p.330-350, agosto, 2010.
- BUCHIANERI, L. G. C. **Adolescência, velocidade e tédio**. Editora Cultura Acadêmica, São Paulo, 2012.
- CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.) **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento** (p.361-398). São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996.
- CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de Stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.16, n.2, p.257-263, 2003.
- CAMARGO, V. C. V.; CALAIS, S. L.; SARTORI, M. M. P. Estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante. **Estudos de Psicologia**. Campinas, vol.32, n.4, p.595-604, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400003>
- CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Depressão na Adolescência: habilidade sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. v.14, n.2, p.408-428, 2014.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. **Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A: Manual Técnico**. Itatiba – São Paulo, 2016.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. Evidência de Validade para a Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulta) – EPSUS-A: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol.35, n.3, p.946-958, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001352013>

COHEN, S. **Social relationships and health**. The American Psychologist, v. 59(8), 2004.

COSTA, M.; MOTA, C. P. Configuração familiar, gênero e coping em adolescentes: papel dos pares. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.17, n.4, p.567-575, out/dez, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400003>

DEL PRETTE, Z. A. P. et al. Social skills and psychological disorders: Converging and criterion-related validity for YSR and IHSA-Del-Prette in adolescents at risk. **Universitas Psychologica**, vol.11, n.3, p.941-955, 2012.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

DIENER, E.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, vol.49, n.1, p.71–75, 1985.

FARIA, R. R.; WEBER, L. N. D.; TON, C. T. O estresse entre vestibulandos e suas relações com a família e a escolha profissional. **Psicologia Argumento**, vol. 30, n.68, p.43-52, 2012.

FLORENCIO, C. B. S.; RAMOS, M. F. H.; SILVA, S. S. C. Adolescent perceptions of stress and future expectations. **Paidéia**, vol. 27, n.66, p.60-68, 2017. doi:10.1590/1982-43272766201708

GOMES, G. C. et al. Qualidade de sono e sua associação com sintomas psicológicos em atletas adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, vol.35, n.3, p.316-321, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00009>

GOMIDE, P. I. C. **Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes**. (2 ed.). Curitiba: Jurua, 2012.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, vol.38, n.5, p.581-586, 1997.

GLOZAH, F. N.; PEVALIN, D. J. Social support, stress, health, and academic success in Ghanaian adolescents: A path analysis. **Journal of Adolescence**, vol. 37, p.451-460, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.010>

HERNÁNDEZ-SERRANO, O.; ESPADA, J. P.; GUILLÉN-RIQUELME, A. Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. **Anales de Psicología**, vol.32, n.2, p.609-616, 2016. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>

INEP. **Relatório SAEB (ANEB e ANRESC) 2005-2015: Panorama da Década**. Brasília, DF. Ministério da Educação, fevereiro, 2018.

JUSTO, A. P. **A influência do estilo parental no stress do adolescente**. Dissertação [Mestrado em Psicologia] Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, Campinas-SP, 2005.

KONG, F.; YOU, X. Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. **Social Indicators Research**, vol.110, n.1, p.271-279, 2013. doi:10.1007/s11205-011-9930-6

LEE, O. et al. Life lessons after classes: investigating the influence of an afterschool sport program on adolescents' life skills development. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, vol.12, p.1-10, 2017. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1307060>

LEME, V. B. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; COIMBRA, S. Práticas Educativas Parentais e Habilidades Sociais de Adolescentes de Diferentes Configurações Familiares. **Psico**, vol.44, n.4, p.560-570, Porto Alegre, 2013.

LIMA, D. R. et al. Habilidades sociais em estudantes de medicina: treinamento para redução de estresse. **ConScientiae Saúde**, vol.15, n.1, p.30-37, 2016. doi:10.5585/ConsSaude.v15n1.6047

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MOMBELLI, M. A. et al. Estrutura e Suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia**. Campinas, vol.28, n.3, p.327-335, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300004>

NI, S. et al. Subjective well-being amongst migrant children in China: unraveling the roles of social support and identity integration. **Child: Care, health and development**, vol.42, n.5, p. 750-758, 2016. doi:10.1111/cch.12370

NILSEN, W. et al. Social skills and depressive symptoms across adolescence: social support as a mediator in girls versus boys. **Journal of Adolescence**, vol.36, p.11-20, 2013. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.08.005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório sobre saúde mental no mundo**. Brasília, 2005.

PACE, U.; ZAPPULLA, C.; MAGGIO, R. D. The mediating role of perceived peer support in the relation between quality of attachment and internalizing problems in adolescence: a longitudinal perspective. **Attachment & Human Development**, vol.18, n.5, p.508-524, 2016. doi: 10.1080/14616734.2016.1198919

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12ª Edição. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PELLEGRINI, C. F. S.; CALAIS, S. L.; SALGADO, M. H. Habilidades sociais e administração de tempo no manejo do estresse. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, vol.64, n.3, p.110-129, 2012.

PELUSO, M. A. M. et al. Mood Changes in the course of preparation for the Brazilian university admission exam – a longitudinal study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.32, n.1, p.30-36, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000100007>

POLAN, J. C.; SIEVING, R. E.; MCMORRIS, B. J. Are Young Adolescent's Social and Emotional Skills Protective Against Involvement in Violence and Bullying Behaviors? **Health Promotion Practice**, vol.14, n.4, p.599-606, July, 2013. doi: 10.1177/1524839912462392

ROCHA, C. S. **Percepção de suporte familiar e qualidade de vida: um estudo com adolescentes e seus pais**. 113f. Dissertação [Mestrado em Psicologia da Saúde], Faculdade da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROCHA, M. M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Avaliação de um programa de habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH. **Acta Comportamental**, vol.21, n.3, p.359-375, 2013.

RODRIGUES, S. M. S.; ALMEIDA, S. S.; RAMOS, E. M. L. S. Suporte Familiar e Transtornos Mentais Comuns em Adolescentes Grávidas. **Psicologia Argumento**, Curitiba, vol.29, n.64, p.91-100, 2011.

RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. **Social Support**. **Encyclopedia of mental health** (v.3). New York, NY: Academic Press, 1998.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

ROZEMBERG, L. et al. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.19, n.3, p.673-684, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014193.21902013

SCHERMANN, L. B. et al. Estresse em adolescentes: estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**, vol.43-44, p.160-173, jan./ago., 2014.

SELYE, H. **The Stress of Life**. NY: McGraw-Hill, 1956.

SHAVER, P. R.; BRENNAN, K. A. **Measures of depression and loneliness**. San Diego, CA: Academic Press, 1991.

SIEDLECKI, K. L. et al. The relationship between social support and subjective well-being across age. **Social Indicators Research**, vol. 117, p.561-576, 2014. doi: 10.1007/s11205-013-0361-4

SILVA, M. D. P. et al. Saúde mental e fatores de risco e proteção: Focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. **Journal of Human Growth and Development**, vol.25, n.2, p.162-169, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.102999>

SILVA, M. L.; LEONIDIO, A. C. R.; FREITAS, C. M. S. M. Atividade física e o estresse psicossocial frente ao adolecer a luz da sociedade moderna. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, vol. 23, n. 4, p.170-178, 2015.

SONMARK, K.; MODIN, B. Psychosocial work environment in school and students' somatic health complaints: An analysis of buffering resources. **Scandinavian Journal of Public Health**, vol.45, p.64-72, 2017. doi/10.1177/1403494816677116

SOUSA, H. T. P.; LOHR-TACLA, T. Relação entre práticas parentais e habilidades sociais de crianças do ensino fundamental de escola pública. **Psicologia Argumento**, vol.33, n.80, p.255-269, 2015. doi 10.7213/psicol.argum.33.081.AO03

SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S. Adaptação Transcultural da versão portuguesa do Social Support Appraisals para o Brasil. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, vol.27, n.1, p.71-80, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722014000100009>

TEIXEIRA, M. A. P.; OLIVEIRA, A. M.; WOTTRICH, S. H. Escalas de práticas parentais (EPP): Avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.19, n.3, p.433-441, 2006.

TERROSO, L. B. et al. Habilidades Sociais e Bullying em Adolescentes. **Temas em Psicologia**, vol.24, n.1, p.251-259, 2016.

TRICOLI, V. A. C. Diagnóstico do *stress* na adolescência. In V. A. TRICOLI. **Stress na adolescência: Problemas e soluções** (p. 39-51). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

TRICOLI, V. A. C.; LIPP, M. E. N. **Escala de Stress para Adolescentes**. Casa do Psicólogo, 2006.

VAN ROEKEL, E. et al. Social stress in early adolescents' daily lives: Associations with affect and loneliness. **Journal of Adolescence**, vol.45, p.274-283, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.10.012>

XING, H. et al. Influence of social support and rearing behavior on psychosocial health in left-behind children. **Health and Quality of Life Outcomes**, vol.15, p.13-18, 2017. doi: 10.1186/s12955-017-0592-1

WANG, X. D.; WANG, X. L.; MA, H. Rating scales for mental health: Social support rating scale. **The Journal of Chinese Psychological Press**. China, BJ, 1999.

WATSON, D.; CLARK, L. A. **Manual for the positive and negative affect schedule – expanded form**. University of Iowa; 1994.

APÊNDICE A

Ficha de Dados Sociodemográficos

Iniciais: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Ano escolar: _____ Estado civil: () solteiro () união estável

Membros da família e idade dos que residem na mesma casa: _____

Renda familiar mensal: () até R\$1.000,00 () de R\$2.000,00 a R\$5.000,00

() de R\$6.000,00 a R\$10.000,00 () acima de R\$10.000,00

Trabalha: () Sim. Em que? _____

Há quanto tempo? _____

() Não

Religião: _____ É praticante: () Sim () Não

Pratica alguma atividade física: () Sim. Qual? _____

Quantas horas por semana? _____

() Não

Tem alguma doença ou problema de saúde? () Sim. Qual? _____

() Não

Faz uso contínuo de alguma medicação? () Sim. Qual? _____

() Não

Consumo de álcool e/ou outras drogas? () Sim. Quais? _____

() Não

É fumante? () Sim () Não

Dorme quantas horas por noite? _____

O sono é de qualidade (acorda descansado)? () Sim () Não

ANEXOS
ANEXO A
Parecer CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS DE BAURU
- JÚLIO DE MESQUITA FILHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar de Estudantes do Ensino Médio

Pesquisador: Sandra Leal Calais

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63170616.2.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.225.503

Apresentação do Projeto:

Tem-se a hipótese que as diferenças encontradas em adolescentes estudantes de escolas públicas e particulares, no que concerne a habilidades sociais, estresse e percepção de suporte social são decorrentes de diferentes formas e percepções de suporte familiar. Dessa forma, supõe-se que adolescentes com baixa percepção de suporte familiar possuam um maior número de indicadores de estresse, comportamentos sociais pouco habilidosos e baixa percepção de suporte social, da mesma forma que adolescentes com adequado suporte familiar teriam mais chances de desenvolver habilidades sociais mais adaptativas, contribuindo para o relacionamento com outros indivíduos, aumentando sua percepção de suporte social e diminuindo probabilidade de adoecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a presença de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar em cerca de 250 adolescentes estudantes do ensino médio, de escolas públicas e particulares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tal estudo oferece riscos mínimos aos participantes, podendo ocasionar alterações de estado emocional e humor frente às questões que exigem reflexão sobre situações de vida e

Endereço: Av. Luiz Edmundo Corrêa Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400 **E-mail:** cepesquisa@fc.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS DE BAURU
- JÚLIO DE MESQUITA FILHO**



Continuação do Parecer: 2.225.503

relacionamento interpessoal, minimizados, entretanto, pela explicação do pesquisador e a possibilidade de não aceitar a participação.

Investigando-se a presença de estresse, habilidades sociais, percepção de suporte social e familiar em adolescentes é possível estabelecer hipóteses e orientar intervenções a fim de prevenir problemas relacionados à saúde mental dessa população, assim como atuar de modo a tratar e reduzir comportamentos inadequados nesses indivíduos, como também desenvolver repertórios sociais mais adequados. Tais intervenções podem auxiliar na melhora de relacionamentos entre os adolescentes e suas famílias, escolas e comunidades, possibilitando a redução de queixas provenientes de tais ambientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Suporte e desenvolvimento de habilidades sociais funcionam como fatores de proteção para transtornos mentais na adolescência, que é uma fase conturbada de preocupações e estresse, devido à necessidade de escolha de uma carreira e preparação para o vestibular, dentre outras. Espera-se que esta pesquisa avalie a presença de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar em cerca de 250 adolescentes estudantes do ensino médio, de escolas públicas e particulares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TALE e o TCLE estão devidamente elaborados.

Recomendações:

Nada a recomendar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a relatar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_824125.pdf	21/06/2017 09:39:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Carta_ao_CEP.docx	21/06/2017 09:38:40	Sandra Leal Calais	Aceito

Endereço: Av. Luiz Edmundo Corrêa Coube, nº 14-01
 Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS DE BAURU
- JÚLIO DE MESQUITA FILHO**



Continuação do Parecer: 2.225.503

Justificativa de Ausência	Carta_ao_CEP.docx	21/06/2017 09:38:40	Sandra Leal Calais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_pais.docx	21/06/2017 09:37:02	Sandra Leal Calais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_adolescente.docx	21/06/2017 09:36:41	Sandra Leal Calais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento_adolescente.docx	21/06/2017 09:36:21	Sandra Leal Calais	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Natalia_Lisboa.docx	05/04/2017 09:25:19	Sandra Leal Calais	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	21/11/2016 15:23:31	Sandra Leal Calais	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 17 de Agosto de 2017

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Pais**

Eu, _____
portador(a) do RG _____, concordo com a participação de meu/minha filho
(a) _____ na pesquisa “Estresse,
Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar de Estudantes do Ensino
Médio”, realizada por Natália Donegá Lisboa, do Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da UNESP –
Câmpus Bauru, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

Esta pesquisa tem por objetivos investigar a presença de estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar de adolescentes, estudantes de escolas públicas e particulares, e as relações entre as variáveis em questão.

Serão aplicados um questionário sociodemográfico e quatro instrumentos psicológicos para investigar estresse, habilidades sociais e suporte familiar e social. Os resultados obtidos serão tratados de forma confidencial, não sendo permitido acesso a pessoas estranhas. As informações coletadas serão divulgadas na literatura especializada da área e jamais associadas ao nome, escola ou cidade. Os riscos à saúde psicológica são mínimos, podendo alterar estados emocionais e de humor ao refletir sobre situações estressantes e interações sociais e familiares.

Não haverá nenhum tipo de prejuízo financeiro pois a pesquisadora coletará os dados na própria escola. Após seu término, será ministrada uma palestra sobre “Interações sociais” na própria escola, aberta aos pais e alunos. Este trabalho pode ser benéfico no sentido de orientar intervenções para a proteção e tratamento de transtornos psicológicos na população em questão.

Destaca-se que a participação não é obrigatória, sendo possível desistir do trabalho a qualquer momento, não sujeito a qualquer punição. Quaisquer informações, colocamo-nos à inteira disposição e agradecemos sua participação.

- Pesquisadora: Natália Donegá Lisboa - Email: natilisboa@gmail.com, tel. (14) 99151-3243

- Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais

Email: scalais@fc.unesp.br, tel. (14) 3103-6090 (Centro de Psicologia Aplicada – CPA)

- Comitê de Ética em Pesquisa - UNESP Bauru E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

Assinatura do Responsável: _____

ANEXO C

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Eu, _____ portador(a) do RG _____, concordo em participar da pesquisa “Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar de Estudantes do Ensino Médio”, realizada por Natália Donegá Lisboa, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da UNESP – Câmpus Bauru, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

Esta pesquisa quer verificar a relação entre estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar de estudantes de escolas públicas e particulares.

Para participar, você deverá apenas responder a um questionário com seus dados como data de nascimento, religião, se faz atividade física, se trabalha ou não e suas iniciais. Também responderá a outros quatro questionários para investigar seu estresse, as habilidades sociais e a sua percepção de suporte familiar e social. As suas respostas não serão vistas por nenhuma pessoa a não ser a pesquisadora. Quando este trabalho for divulgado em revistas científicas ou congressos, nunca serão associados o seu nome, escola ou cidade. Pode haver sentimentos de tristeza e/ou raiva ao responder sobre as situações estressantes que enfrenta ou sobre os relacionamentos em que se envolve, mas você poderá conversar com a psicóloga pesquisadora. Não haverá nenhum gasto na sua participação e ao término da pesquisa será feita uma palestra na escola sobre “Interações sociais” e você será convidado (a).

Destaca-se que sua participação não é obrigatória, sendo possível desistir a qualquer momento, não sujeito a qualquer punição. Quaisquer informações, estamos à disposição e agradecemos sua participação.

- Pesquisadora: Natália Donegá Lisboa

Email: natilisboa@gmail.com, telefone para contato (14) 99151- 3243

- Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais

Email: scalais@fc.unesp.br, telefone para contato (14) 3103-6090 (Centro de Psicologia Aplicada – CPA)

- Comitê de Ética em Pesquisa - UNESP Bauru

Coord.: Prof. Dr. Alessandro M. Zagatto, tel. 3103-6075 - Seção Técnica Acadêmica

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

Assinatura _____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Adolescente

Eu, _____ portador(a) do RG _____, concordo em participar da pesquisa “Estresse, Habilidades Sociais e Percepção de Suporte Social e Familiar de Estudantes do Ensino Médio”, realizada por Natália Donegá Lisboa, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da UNESP – Câmpus Bauru, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais.

Esta pesquisa quer verificar a relação entre estresse, habilidades sociais e percepção de suporte social e familiar de estudantes de escolas públicas e particulares.

Para participar, você deverá apenas responder a um questionário com seus dados como data de nascimento, religião, se faz atividade física, se trabalha ou não e suas iniciais. Também responderá a outros quatro questionários para investigar seu estresse, as habilidades sociais e a sua percepção de suporte familiar e social. As suas respostas não serão vistas por nenhuma pessoa a não ser a pesquisadora. Quando este trabalho for divulgado em revistas científicas ou congressos, nunca serão associados o seu nome, escola ou cidade. Pode haver sentimentos de tristeza e/ou raiva ao responder sobre as situações estressantes que enfrenta ou sobre os relacionamentos em que se envolve, mas você poderá conversar com a psicóloga pesquisadora. Não haverá nenhum gasto na sua participação e ao término da pesquisa será feita uma palestra na escola sobre “Interações sociais” e você será convidado (a).

Destaca-se que sua participação não é obrigatória, sendo possível desistir a qualquer momento, não sujeito a qualquer punição. Quaisquer informações, estamos à disposição e agradecemos sua participação.

Pesquisadora: Natália Donegá Lisboa

Email: natilisboa@gmail.com, telefone para contato (14) 99151- 3243

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Leal Calais

Email: scalais@fc.unesp.br, telefone para contato (14) 3103-6090 (Centro de Psicologia Aplicada – CPA)

- Comitê de Ética em Pesquisa - UNESP Bauru

Coord.: Prof. Dr. Alessandro M. Zagatto, tel. 3103-6075 - Seção Técnica Acadêmica

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

Assinatura _____