



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**  
**Departamento de Psicologia**

---

**Competências para a Vida em Adolescentes:  
Avaliação da qualidade de vida relacionada  
com a saúde e da competência social**

---

**Mestrado em Psicologia da Educação**  
**Especialização em Necessidade Educativas Especiais**

**Maria João Mateus Monteiro**

**Faro, Gambelas,  
Março de 2011**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**  
**Departamento de Psicologia**

---

**Competências para a Vida em Adolescentes:  
Avaliação da qualidade de vida relacionada  
com a saúde e da competência social**

---

**Mestrado em Psicologia da Educação**  
**Especialização em Necessidade Educativas Especiais**

**Maria João Mateus Monteiro**

**Dissertação de Tese de Mestrado Orientada por:**  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina Nunes**

**Faro, Gambelas,**  
**Março de 2011**



A todas as pessoas que me fazem companhia  
e me deixam também acompanhá-las,  
e é por isso, que somos mais felizes!  
À minha família, namorado e amigos.

*Meu coração não se cansa*

*De ter esperança*

*De um dia ser tudo o que quer*

*(...)*

*Meu coração vagabundo*

*Quer guardar o mundo*

*Em mim*

*Caetano Veloso*



## Agradecimentos

---

Nem sempre se encontram as palavras ajustadas àquilo que é a nossa realidade e o que pretendemos dizer, em tom de obrigada, às pessoas que nos são queridas e estiveram presentes, que nos acompanharam e que nos deram a mão, ao longo do percurso. Ficam algumas palavras desenhadas, mas, mais do que tinta no papel, fica gravado o sentimento na minha vida.

Agradeço a orientação do trabalho, o apoio pessoal e emocional, à minha orientadora professora Doutora Cristina Nunes, que à excelência profissional se alia a pessoal. Pela confiança e tranquilidade!

Agradeço a todas as pessoas e entidades que possibilitaram o desenvolvimento do trabalho e permitiram que este caminho fosse menos atribulado. Pela disponibilidade, agradeço às Directoras das escolas E.B 2,3 D.Dinis (Dr<sup>a</sup> Brigida Eusébio), e Agrupamento de Escolas Dr<sup>a</sup> Laura Ayres (Dr<sup>a</sup> Conceição Bernardes, Dr<sup>a</sup> Ana Barbosa), de Quarteira. Aos professores das escolas, directa ou indirectamente envolvidos e colaboradores, quer no encaminhamento, quer na participação mais próxima, no preenchimento dos questionários: José António, Ana Rebelo, Vanda Sousa, Célia Nobre, Andreia Sousa, Isolda Costa, Maria José Meira, Patrícia Reis, Célia Carneiro, M<sup>a</sup> João Martins, Anabela Raposo, Liliana Sousa, Rogério Rocha, Cristina Dias, Laurinda Silva, e a todos os que não foram nomeados, muito obrigada!

A todos os adolescentes participantes no estudo, e aos não participantes (das escolas referidas), entusiastas, rebeldes, zangados, eufóricos, curiosos, revoltados, criativos, carinhosos e amigos, com os quais vivenciei incontáveis e indescritíveis aventuras, Muito Obrigada, já com saudades! "Talvez por não saber falar de cor, imaginei. Triste é o virar de costas, o último adeus. Sabe Deus o que

quero dizer (...) E se ao menos tudo fosse igual a ti. (...) pensei que se falasse, era fácil de entender<sup>1</sup>”.

Aos meus queridos e espectaculares amigos, pela paciência, tolerância, compreensão, carinho e responsabilidade, em especial à Diana Costa, pela companhia nas noites mal dormidas, pelo apoio no desespero e à palavra de coragem, e pela sua exigência nas correções; e à Sónia Flores, companheira diária nas aventuras pessoais, profissionais e espirituais.

Ao meu namorado pelo amor incondicional, pela coragem, persistência, carinho e por me acompanhar na alegria e na tristeza. Por não bastarem as palavras do mundo, Muito obrigada por viver contigo esta vida!

À minha família, à minha mãe que me ensinou a amar, ao meu pai, que me ensinou a ser responsável, à minha irmã, metade de mim, ao meu irmão, o meu espelho masculino, que me seguram quando eu desabo, e me ajudam a ser melhor pessoa... E à não-pessoa, Enki, o único capaz de tolerar e acompanhar todos os meus segundos e os maiores devaneios, com a maior alegria e fidelidade.

---

<sup>1</sup> Letra da música *Fácil de Entender*, do grupo português, *The Gift*.

## Resumo

---

Este estudo pretendeu descrever e analisar a competência social e a qualidade de vida, percebida, relacionada com a saúde, em adolescentes do ensino regular e os que frequentam turmas CEF/PCA.

Participaram no estudo 189 adolescentes, do 2º, 3º ciclos, e ensino secundário, no Algarve, com idades entre os 14 e os 18 anos ( $X=15,6$ ;  $DP=1,190$ ), sendo 53% raparigas e 47% rapazes. De acordo com o tipo de ensino, foram divididos em dois grupos: um de alunos de turmas regulares (101 alunos) e outro de alunos pertencentes a cursos de educação e formação (CEF) e a percursos curriculares alternativos (PCA) (88 alunos).

Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de dados sócio-demográficos; inventário de Situações de Vida Stressantes (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queijiga, 2008); escala SSRS - *Social Skills Rating System* (versão estudantes), (Gresham & Elliott, 1990); e o Kidscreen 52 (versão portuguesa para crianças e adolescentes) (Gaspar & Matos, 2008a).

Os resultados indicam percepções positivas da competência social e da qualidade de vida relacionada com a saúde, pelos adolescentes, essencialmente nas áreas relativas ao bem-estar social, nomeadamente na qualidade e satisfação na relação com os amigos, e na implicação de melhores habilidades sociais na empatia e cooperação nessas relações. Como aspectos mais preocupantes encontram-se o baixo envolvimento e satisfação com a escola e com a competência escolar (face aos resultados médios da amostra), a baixa percepção de apoio e compreensão da família, e o menor bem-estar psicológico (comparativamente à média portuguesa). O que diferenciou os dois grupos foi a existência de melhores habilidades sociais (*Autocontrolo* e *Empatia*) e competência social, mais sentimentos de pertença e aceitação pelo grupo, e menos sentimentos de provocação pelos outros, nos alunos do regular. Os alunos do CEF/PCA são os que mais se sentem satisfeitos com a escola e com a competência escolar, apesar de se sentirem mais provocados pelos outros adolescentes.

Os resultados sugerem que a competência social e a qualidade de vida relacionada com a saúde são influenciadas pelas diversas dimensões que os compõem, por variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, contexto familiar e escolar, e de imigração) e por acontecimentos de vida negativos. Estes aspectos indicam a necessidade de ter em atenção as diferenças relativas ao sexo e à idade na implementação de estratégias preventivas, e a necessidade de colaboração entre contexto escolar e familiar, incidindo na melhoria de capacidades protectoras de ambos os contextos.

Verificou-se uma influência mútua entre a competência social e a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, tal como entre esta e os acontecimentos de vida stressantes; implicando que intervenções preventivas numa área terão impacto positivo indirecto nas outras áreas relativas ao desenvolvimento saudável e à melhoria da saúde. Sugere-se o desenvolvimento de programas de competências para a vida como boa prática na prevenção e promoção da saúde.

**Palavras-Chave:** Competência Social, Habilidades Sociais, Competências para a Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Prevenção, Adolescência.

## Abstract

---

This study intended to describe and analyze social competence and perceived health-related quality of life among adolescents who attend regular and CEF/PCA classes.

The participants were 189 adolescents attending 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> cycles of basic education (from 5<sup>th</sup> to 9<sup>th</sup> grade) and secondary schools in the Algarve, with ages ranging from 14 to 18 years ( $X=15,6$ ;  $DP=1,190$ ), which 53% were girls and 47% were boys. They were divided into two groups according to the type of education: one with students in regular education classes (101 students) and the other with students in courses of education and training (CEF) and alternative curriculum programmes (PCA) (88 students).

The following instruments were applied: a socio-demographic questionnaire; Stressful Life Events Inventory (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queijiga, 2008); SSRS scale – Social Skills Rating System (student version) (Gresham & Elliott, 1990) and Kidscreen 52 (Portuguese version for children and adolescents) (Gaspar & Matos, 2008a).

The results suggest that adolescents have positive perceptions of social competence and health-related quality of life, essentially in domains regarding social well-being, such as quality and satisfaction of peer relationships and improved empathy and cooperation from these relationships. Low involvement and satisfaction with school and with academic competence (compared to the average results of the sample), low perceived family support and less psychological well-being (compared to the Portuguese average) were the most concerning aspects of this research.

The two groups were highly differentiated by the existence of greater social skills (self-control and empathy) and social competence, higher sense of belongingness and acceptance and lower sense of bullying among students of regular education. Although students of CEF/PCA classes feel more bullied by other teens, they are more satisfied with school and their own academic competence.

The results suggest that social competence and health-related quality of life are influenced by their own dimensions, by socio-demographic variables (gender, age, family and school contexts, and immigration) and by negative life events. These aspects indicate the need to take into account the differences regarding gender and age when implementing preventive strategies and the necessity for family-school collaborations focused on improving the protective capabilities of both contexts.

Evidence reveals a mutual influence between social competence and perceived health-related quality of life; it also reveals a mutual influence between stressful life events and perceived health-related quality of life. This implies that preventive interventions on one level will have an indirect positive impact on other levels regarding healthy development. The study suggests the development of life skills training programmes in prevention and health promotion.

**Keywords:** Social Competence, Social Skills, Life Skills, Health-Related Quality of Life, Prevention, Adolescence.

# Índice



Introdução .....	<b>1</b>
PARTE I – Enquadramento Teórico .....	<b>4</b>
Capítulo 1. Competência Social .....	<b>5</b>
1. Definições: Competência Social e Habilidades Sociais .....	<b>5</b>
2. Competência Social e Relação com o Desenvolvimento .....	<b>8</b>
2.1. Competência Escolar .....	<b>8</b>
2.2. Relacionamento Interpessoal e Contextos de Desenvolvimento .....	<b>10</b>
2.3. Variáveis Socio-Demográficas .....	<b>11</b>
2.4. Problemas Psicológicos e/ou Comportamentais .....	<b>12</b>
3. Avaliação e Intervenção na Competência Social .....	<b>13</b>
4. Promoção da Competência Social em Contexto Escolar .....	<b>14</b>
5. Habilidades Sociais ou Psicossociais? Perspectiva do desenvolvimento de Competências para a Vida .....	<b>16</b>
Capítulo 2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	<b>18</b>
1. Qualidade de Vida e Saúde .....	<b>18</b>
2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	<b>20</b>
3. Saúde e Estilos de Vida Saudáveis dos Adolescentes .....	<b>23</b>
3.1. Factores de Risco à Saúde dos Adolescentes .....	<b>24</b>
3.2. Factores de Protecção à Saúde dos Adolescentes .....	<b>28</b>
3.3. A Saúde dos Adolescentes em Estudo .....	<b>31</b>
3.3.1. A Saúde dos Adolescentes Portugueses .....	<b>31</b>

Capítulo 3. Prevenção e Promoção da Saúde na Escola .....	<b>35</b>
1. Prevenção, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde na Escola .....	<b>35</b>
2. Porquê Intervir Preventivamente na Adolescência .....	<b>39</b>
3. Intervenções e Estratégias Preventivas: Aspectos a ter em conta na promoção da saúde na escola .....	<b>41</b>
3.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde e os programas de promoção de estilos de vida saudáveis em contexto escolar: Saúde e Competências para a Vida .....	<b>43</b>
 PARTE II - Estudo Empírico .....	<b>46</b>
 Capítulo 4. Metodologia .....	<b>47</b>
1. Objectivos .....	<b>47</b>
2. Método .....	<b>48</b>
2.1. Participantes .....	<b>48</b>
2.2. Instrumentos .....	<b>48</b>
2.2.1. Questionário de Dados Socio-Demográficos .....	<b>48</b>
2.2.2. SSRS – Social Skills Rating System – Sistema de Avaliação das Competências Sociais (versão estudantes) .....	<b>49</b>
2.2.3. Kidscreen 52 (versão crianças e adolescentes) .....	<b>50</b>
2.2.4. SVE – Situações de Vida Stressantes .....	<b>53</b>
2.3. Procedimentos .....	<b>54</b>
2.3.1. Recolha de Dados .....	<b>54</b>
2.3.2. Análise de Dados .....	<b>54</b>
 Capítulo 5. Resultados .....	<b>55</b>

1. Dados Socio-Demográficos .....	<b>55</b>
1.1. Caracterização da Amostra e dos Grupos .....	<b>55</b>
1.2. Caracterização Familiar .....	<b>64</b>
1.3. Percurso Escolar .....	<b>69</b>
2. Competência Social .....	<b>76</b>
3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	<b>81</b>
Capítulo 6. Discussão .....	<b>89</b>
1. Competência Social: dimensões, forças e dificuldades .....	<b>89</b>
2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: dimensões, aspectos mais e menos positivos .....	<b>96</b>
3. Relação entre Habilidades Sociais e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	<b>102</b>
4. A Competência Social e a percepção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: Indicações para programas preventivos .....	<b>104</b>
5. Limitações e Perspectivas Futuras .....	<b>108</b>
Considerações Finais .....	<b>110</b>
Referências Bibliográficas .....	<b>115</b>
Anexos .....	<b>129</b>

**Anexo A:** Quadro de Cursos de Educação e Formação por Tipologia

**Anexo B:** Questionário de Dados Socio-Demográficos

**Anexo C:** SSRS - *Social Skills Rating System* – Sistema de Avaliação das Competências Sociais (versão estudantes)

**Anexo D:** *Kidscreen 52* (versão crianças e adolescentes)

**Anexo E:** Situações de Vida Stressantes (SVE)

**Anexo F:** Consentimento Informado Passivo

**Anexo G:** Valores Médios, Europeus e Portugueses, das Dimensões do KIDSCREEN

## Índice de Tabelas

Tabela 1 -	Idade dos Jovens .....	<b>55</b>
Tabela 2 -	Idade dos Jovens, por Tipo de Ensino .....	<b>56</b>
Tabela 3 -	Jovens por Sexo .....	<b>57</b>
Tabela 4 -	Jovens por Tipo de Ensino e Sexo .....	<b>57</b>
Tabela 5 -	Número de Jovens Imigrantes .....	<b>57</b>
Tabela 6 -	Tipo de Imigração dos Jovens .....	<b>57</b>
Tabela 7 -	Número de Jovens Imigrantes, por Tipo de Ensino .....	<b>58</b>
Tabela 8 -	Tipo de Imigração, por Tipo de Ensino .....	<b>58</b>
Tabela 9 -	País de Origem dos Alunos Imigrantes, por Tipo de Imigração...	<b>59</b>
Tabela 10 -	País de Origem dos Alunos Imigrantes de 1 <sup>a</sup> Geração, por Tipo de Ensino .....	<b>60</b>
Tabela 11 -	País de Origem dos Pais dos Alunos Imigrantes de 2 <sup>a</sup> Geração, por Tipo de Ensino .....	<b>60</b>
Tabela 12 -	Número de Pais imigrantes, dos jovens imigrantes de 1 <sup>a</sup> Geração .....	<b>62</b>
Tabela 13 -	Número de Pais imigrantes, dos jovens imigrantes de 2 <sup>a</sup> Geração .....	<b>62</b>
Tabela 14 -	Pais dos jovens imigrantes, por tipo de imigração e tipo de ensino .....	<b>62</b>
Tabela 15 -	Número de Crianças / Jovens a viver em casa, por Tipo de Ensino .....	<b>65</b>
Tabela 16 -	Habilitações Literárias dos Pais .....	<b>65</b>

Tabela 17 -	Situação Profissional dos Pais, por Tipo de Ensino .....	<b>67</b>
Tabela 18 -	Insucesso Escolar dos Jovens .....	<b>70</b>
Tabela 19 -	Dificuldades de Aprendizagem, por Tipo de Ensino .....	<b>72</b>
Tabela 20 -	Número de Faltas Totais nas últimas 4 semanas, por Tipo de Ensino .....	<b>73</b>
Tabela 21 -	Notas Médias dos Alunos .....	<b>74</b>
Tabela 22 -	Descritivos das dimensões da escala de competências sociais...	<b>76</b>
Tabela 23 -	Correlações entre as subescalas da escala de competências sociais .....	<b>76</b>
Tabela 24 -	Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e académicas e as subescalas da escala de competências sociais (SSRS) .....	<b>77</b>
Tabela 25 -	Distribuição das médias das raparigas e rapazes na Escala de Competências Sociais .....	<b>78</b>
Tabela 26 -	Distribuição das médias dos adolescentes por idade agrupada na Escala de Competências Sociais .....	<b>79</b>
Tabela 27 -	Distribuição e comparação das médias dos adolescentes por geração de imigração na Escala de Competências Sociais .....	<b>79</b>
Tabela 28 -	Distribuição das médias dos adolescentes do ensino regular e do CEF/PCA na Escala de Competências Sociais .....	<b>80</b>
Tabela 29 -	Descritivos das dimensões da qualidade de vida (Kidscreen) ...	<b>81</b>
Tabela 30 -	Análise correlacional das subescalas do Kidscreen .....	<b>82</b>
Tabela 31 -	Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e académicas e as dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)	<b>82</b>

Tabela 32 -	Distribuição das médias das raparigas e rapazes nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen) .....	<b>84</b>
Tabela 33 -	Distribuição das médias dos adolescentes por idade agrupada nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen) .....	<b>85</b>
Tabela 34 -	Distribuição das médias dos adolescentes do ensino regular e do CEF/PCA nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen) ...	<b>86</b>
Tabela 35 -	Análise correlacional das dimensões da qualidade de vida do adolescente e acontecimentos de vida negativos (SVE) .....	<b>86</b>
Tabela 36 -	Análise correlacional das dimensões das competências sociais e da qualidade de vida do adolescente .....	<b>87</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 -	Idade dos Jovens por Tipo de Ensino .....	<b>56</b>
Figura 2 -	Tipo de Imigração, por Idade .....	<b>58</b>
Figura 3 -	País de Origem dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração .....	<b>59</b>
Figura 4 -	País de Origem dos Pais (Imigrantes de 2ª Geração) .....	<b>59</b>
Figura 5 -	País de Origem dos Alunos Imigrantes, por Tipo de Ensino ...	<b>60</b>
Figura 6 -	Número de Anos em Portugal, dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração, por Tipo de Ensino .....	<b>61</b>
Figura 7 -	Número de Anos em Portugal, dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração, por País de Origem .....	<b>61</b>
Figura 8 -	Número de Anos em Portugal dos Pais, por Tipo de Imigração dos Jovens .....	<b>63</b>
Figura 9 -	Número de Anos em Portugal das Mães, por Tipo de Imigração dos Jovens .....	<b>63</b>
Figura 10 -	Tipo de Família .....	<b>64</b>
Figura 11 -	Estatuto Marital .....	<b>64</b>
Figura 12 -	Habilitações Literárias da Mãe, por Tipo de Ensino .....	<b>66</b>
Figura 13 -	Habilitações Literárias do Pai, por Tipo de Ensino .....	<b>66</b>
Figura 14 -	Situação Profissional das Mães .....	<b>67</b>
Figura 15 -	Situação Profissional dos Pais .....	<b>67</b>
Figura 16 -	Qualificação do Trabalho dos Pais .....	<b>68</b>
Figura 17 -	Qualificação do Trabalho dos Pais, por Tipo de Ensino .....	<b>68</b>
Figura 18 -	Ano Escolar por Tipo de Ensino dos Jovens .....	<b>69</b>
Figura 19 -	Ano Escolar por Idade dos Jovens .....	<b>70</b>

Figura 20 -	Número de Reprovações, por Tipo de Ensino dos Jovens .....	<b>71</b>
Figura 21 -	Número de Reprovações por Ano Escolar .....	<b>71</b>
Figura 22 -	Número de Faltas Totais dos alunos, nas últimas 4 semanas	<b>72</b>
Figura 23-	Percentagem de Faltas, Com e Sem Autorização do Encarregado de Educação, dos Alunos do Regular .....	<b>73</b>
Figura 24 -	Percentagem de Faltas, Com e Sem Autorização do Encarregado de Educação, dos Alunos do CEF/PCA .....	<b>73</b>
Figura 25 -	Notas Médias dos Alunos, por Tipo de Ensino .....	<b>74</b>

## Glossário

---

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

**QV** – Qualidade de Vida

**HBSC** – Health Behavior School-Aged Children

**WHOQOL** – World Health Organisation Quality of Life

## Introdução

---

Esta investigação, realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, especialização em necessidades educativas especiais, da Universidade do Algarve, tem como objectivo geral o estudo descritivo e analítico da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social de adolescentes, estudantes em Cursos de Educação e Formação, Percursos Curriculares Alternativos e no Ensino Regular, das escolas do Algarve, nomeadamente, E.B 2,3 e Secundária em Quarteira.

No sentido das preocupações emergentes face à educação, saúde, e educação escolar para a saúde, das crianças e jovens, foram surgindo, intervenções preventivas no âmbito escolar, com objectivos de promover a saúde e reduzir o risco. Enquadrados nas estratégias preventivas, foram definidos programas preventivos com o intuito de promover competências de vida, e estimular a adopção de estilos de vida saudáveis nos jovens, aplicados em contexto escolar, por técnicos na área social e da saúde, por professores, ou por pares. Estes programas têm permitido o desenvolvimento de competências psicossociais ou de competências de vida (emocionais, cognitivas, sociais), o aumento de conhecimentos, a redução de comportamentos de risco, e de estratégias para lidar e enfrentar as etapas e desafios vivenciais, podendo levar à escolha de estilos de vida saudáveis, melhoria da qualidade de vida, e logo melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).

Antecedendo as estratégias promotoras de saúde, em particular, o desenvolvimento de programas preventivos de competências psicossociais, é necessário perceber e avaliar as necessidades de intervenção. Neste estudo identifica-se como relevante a avaliação da competência social e da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde.

A competência social, segundo Gresham e Elliott (1987) implica dois subdomínios, sendo estes, as habilidades sociais e o comportamento adaptativo.

O relatório de habilidades sociais da pessoa tem influência no seu desenvolvimento e nos seus desempenhos sociais, nomeadamente, relacional, académico, profissional, e na saúde, apresentando relação com a qualidade de vida. Neste sentido, um conjunto de habilidades sociais bem elaborado é considerado como factor de protecção, sendo que a avaliação da competência social é necessária para o desenvolvimento de programas de treino e de intervenção terapêutica e educacional (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009).

A preocupação com o bem-estar e saúde das crianças e adolescentes levou ao interesse pelo estudo das suas percepções sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), e à definição de instrumentos adequados à avaliação deste constructo psicológico que diz respeito a aspectos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar (Ravens-Sieberer e o grupo Europeu Kidscreen, 2005, cit. por Gaspar et al., 2008b). Pretende-se com a avaliação o aumento de conhecimentos sobre a saúde das crianças e adolescentes no sentido de promover estratégias de intervenção na promoção da sua saúde.

Considerando a importância da saúde, e da educação para a saúde, as escolas têm mostrado, através das definidas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e actividade física, prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, educação sexual, infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental e prevenção da violência em meio escolar), a pertinência e urgência da prevenção na melhoria da educação e saúde, e, portanto, da melhoria da qualidade de vida (relacionada com a saúde) (Ministério da Saúde, 2006). Com base nos esforços aplicados para a melhoria da qualidade de vida nas crianças e adolescentes em contexto escolar, (visíveis nos objectivos para a Educação para a Saúde no que se refere às intenções de promover conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao bem-estar físico, social e mental), urge de igual modo perceber e

identificar forças e défices na competência social e na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Deste modo, considera-se a necessidade e pertinência do desenvolvimento de programas de competências psicossociais que enquadrem e abranjam explicitamente as áreas da saúde, a promoção de comportamentos de saúde e o desenvolvimento de competências psicossociais, de carácter contínuo e integrado no plano pedagógico escolar, que tenham em conta as diferenças sócio-demográficas e de desenvolvimento dos adolescentes.

A pertinência desta investigação prende-se, desta forma, com a necessidade de conhecer as percepções destas realidades, por parte dos adolescentes, em contexto escolar, em percursos escolares distintos, permitindo, assim, a posterior definição e reestruturação dos programas e das estratégias de intervenção preventiva, com vista a um desenvolvimento saudável.

Com base nestes pressupostos surge a questão: Quais os défices e os recursos, na competência social, percepções na qualidade de vida relacionada com a saúde, e suas relações, em jovens estudantes, de acordo com variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, o tipo de ensino?

A presente investigação divide-se assim em duas partes, compostas por capítulos. Uma parte inicial onde é apresentada, em três capítulos, uma Revisão da Literatura face ao enquadramento da Competência Social, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, e Prevenção e Promoção da Saúde na Adolescência em Contexto Escolar.

A Segunda Parte diz respeito ao Estudo Empírico, no que concerne à definição dos Objectivos, Metodologia e Procedimentos da Investigação, Resultados da aplicação dos questionários e a Discussão dos mesmos.

São referidas, após discussão de resultados, algumas Limitações e Constrangimentos ao estudo e Considerações Finais.



# **Parte I**

## **Enquadramento Teórico**



# Capítulo 1

## Competência Social

---

### 1. Definições: Competência Social e Habilidades Sociais

Existem, com base na revisão da literatura, diversas propostas de definição do constructo de competência social.

De uma análise global, estas propostas convergem no que se refere à adopção de comportamentos que levam à eficácia social nas relações interpessoais. As propostas enumeram uma serie de comportamentos e competências necessárias à relação interpessoal com sucesso e resultado positivo, divergindo, as várias propostas, em alguns comportamentos. No entanto, estes comportamentos e competências são, em geral, mais comuns do que divergentes.

Por outro lado, alguns autores apresentam uma distinção entre o que é a competência social e as habilidades sociais.

Para Lemos e Meneses (2002), a competência social implica competências de interacção com o mundo social, nomeadamente, o comportamento social, a adopção de habilidades sociais e a aceitação social. Para as autoras este constructo é multidimensional e interactivo, incluindo factores sociais e interpessoais, cognitivos e emocionais.

De acordo com Murta (2005), as habilidades sociais implicam diversos comportamentos que são necessários a uma relação interpessoal de sucesso.

Gresham e Elliott (1987) integram as habilidades sociais e o comportamento adaptativo como dois subdomínios da competência social.

As habilidades sociais são um conjunto específico de comportamentos aceitáveis, que são aprendidos, que capacitam a pessoa a interagir com os outros, de forma a ter sucesso numa tarefa social. Estes comportamentos provocam

respostas positivas e evitam respostas negativas (Gresham & Elliott, 1990, cit. por Elliot, Malecki & Demaray, 2001; Gresham, Cook, Vance, Elliot & Kettler, 2010).

Desta forma, as habilidades sociais implicam diversos comportamentos sociais aceitáveis que levam ao sucesso na interação com os outros (comportamentos interpessoais, comportamentos de auto-avaliação, afirmação, aceitação dos pares, competências de comunicação), e o comportamento adaptativo é o resultado destes comportamentos, ou a eficácia dos mesmos, levando à independência e responsabilidade pessoal e social (funcionamento independente, desenvolvimento físico, auto-direcção, responsabilidade pessoal, actividade vocacional e económica, competências académicas funcionais).

Na definição do constructo multidimensional de competência social, como um termo avaliativo, baseado no juízo que os outros fazem acerca do desempenho adequado de uma tarefa social (Gresham, Cook et al., 2010), os autores consideram a inclusão de variáveis culturais e demográficas. Desta forma, a competência social resulta na participação e na responsabilidade do bem-estar da pessoa e do bem-estar dos outros (Gresham & Elliott, 1987).

No mesmo sentido, as habilidades sociais são consideradas como “um conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal, incluindo-se as variáveis culturais que contribuem para a competência social” (Bandeira et al., 2009, p. 271). Estas competências aprendidas, variam consoante factores como o estágio de desenvolvimento, factores ambientais, variáveis cognitivas, e a interação entre estes factores. Desenvolvem-se desde o nascimento e vão-se tornando mais elaboradas ao longo da vida, sendo a infância o período considerado como fundamental para a estimulação apropriada das habilidades sociais, prevenindo a ocorrência de comportamentos problemáticos e consequências futuras (Bandeira, Rocha, Freitas, Del Prette, & Del Prette, 2006; Bandeira et al., 2009; Tyler, 1984, cit. por Cecconello & Koller, 2003).

De acordo com Gresham & Elliott (1990, cit. por Elliott et al, 2001), existem cinco grupos de habilidades sociais, nomeadamente: o autocontrolo, a assertividade, a cooperação, a empatia e a responsabilidade. Estas habilidades sociais referem-se a:

- a. Auto-controlo: comportamentos que demonstram domínio sobre as próprias reacções emocionais em situações de conflito; seguir regras e respeitar limites;
- b. Assertividade: comportamentos como pedir informações, falar sobre si próprio, e responder adequadamente às acções dos outros, respeito para consigo e com os outros;
- c. Cooperação: comportamentos como ajudar os outros, partilhar materiais e ser condescendente com as regras;
- d. Empatia: comportamentos que demonstram interesse, respeito e preocupação em relação aos outros;
- e. Responsabilidade: comportamentos que demonstram compromisso com as tarefas e com as pessoas.

De acordo com Del Prette & Del Prette (1999, cit. por Murta, 2005), as habilidades sociais dizem respeito a comportamentos que impliquem a comunicação eficaz e assertiva, aspectos cognitivo-afectivos (auto-eficácia, leitura do ambiente), aspectos fisiológicos e a aparência / atractividade física.

A competência social, segundo Matos (2008b, p.23) implica: "percepção e compreensão do mundo social, integração da informação conseguida, e execução da resposta escolhida". Neste sentido, défices na competência social podem estar relacionados com, a identificação da situação (aspectos perceptivo, emocional, motivacional), identificação de objectivos e tomada de decisão (aspectos cognitivo, emocional e motivacional) e execução da resposta (aspectos emocional, motivacional e comportamental).

Segundo Gresham, Cook e colaboradores (2010), défices na competência social constituem critério de diagnóstico de perturbações emocionais e

comportamentais. Estes défices foram classificados de acordo com duas categorias, nomeadamente, défices na aquisição e défices no desempenho de habilidades sociais (Gresham, Elliott, & Kettler, 2010). Os défices na aquisição de habilidades sociais resultam de uma falha na aprendizagem de como desempenhar determinada habilidade social ou em dificuldades na escolha de que habilidade social é apropriada para situações específicas (Gresham, 1981, 2002, cit. por Gresham, Elliot et al., 2010). Desta forma, a intervenção nestas situações deve considerar instruções directas, modelagem, coaching e ensaio comportamental (Gresham & Elliot, 2008, cit. por Gresham, Elliot et al., 2010). Os défices no desempenho de habilidades sociais referem-se a falhas no desempenho de determinada habilidade social em um nível aceitável, mesmo que a pessoa saiba como a desempenhar. Esta problemática está mais relacionada com questões motivacionais ou de desempenho, do que com a aprendizagem ou aquisição. A intervenção deve focar-se na adequação do reforço, no sentido do aumento da frequência do desempenho da habilidade social (Gresham & Elliot, 2008, cit. por Gresham, Elliot et al., 2010).

Associado ao conceito de competência social está o conceito de competência psicossocial, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993, cit. por Palacio, 2007) como uma capacidade para enfrentar as exigências e desafios de vida com sucesso, e para manter um bem-estar mental, numa relação positiva consigo, com os outros e com o meio social e cultural.

## **2. Competência Social e Relação com o Desenvolvimento:**

### **2.1. Competência escolar**

Na tentativa de compreensão da relação entre as dificuldades nas habilidades sociais e as dificuldades de aprendizagem, Gresham e Elliott (1989) concluíram que associado ao diagnóstico de dificuldades de aprendizagem, existem sempre défices nas habilidades sociais. Deste modo, consideram

necessária uma intervenção no treino e desenvolvimento de habilidades sociais a par da reeducação e melhoria das dificuldades de aprendizagem, partindo de uma avaliação destas dificuldades, para melhor intervir. De acordo com estas conclusões, Feitosa, Matos, Del Prette e Del Prette (2005) sugerem a importância de investigar e perceber melhor o significado da relação entre habilidades sociais e o desempenho académico.

No que se refere à relação entre as dificuldades de aprendizagem e habilidades sociais existe evidência de que crianças com dificuldades de aprendizagem mostram menos aceitação pelos pares, apresentam menos comportamentos sociais positivos e mais comportamentos sociais negativos (Bryan, 1982, Deshler, Schumaker, Warner, Alley & Clark, 1980, Gresham, 1981, Gresham & Reschly, 1987, Gresham et al., 1987, cit. por Lemos & Meneses, 2002; Feitosa, et al., 2005). Os défices nas habilidades sociais estão associados a problemas de comportamento e mais problemas no desempenho escolar (Sheridon & Elliott, 1991; Lemos & Meneses, 2002). Outro estudo (com base na utilização do SSRS, versão professores) evidenciou a existência de piores resultados nas habilidades sociais, de crianças e adolescentes com baixo desempenho académico, nomeadamente, na Responsabilidade, Autocontrolo e Cooperação, dimensões consideradas preditoras do sucesso escolar (Rosin-Pinola, Del Prette & Del Prette, 2007).

Em contexto escolar, as habilidades sociais mais valorizadas podem agrupar-se segundo cinco conjuntos de comportamentos, nomeadamente, a relação com os companheiros, o autocontrolo, competências sociais académicas, o ajustamento, e a assertividade. O adequado desenvolvimento destas habilidades funciona como factor de protecção ao desenvolvimento (Bandeira et al., 2009).

A investigação evidencia que a competência social adequada permite uma melhor adaptação à escola, no que se refere ao impacto positivo nas relações com os professores, aceitação dos pares, apreciação positiva pelos outros e desempenho

escolar adequado (Elliott et al., 2001; Gresham & Elliott, 1987; Lemos & Meneses, 2002).

## **2.2. Relacionamento Interpessoal e Contextos de Desenvolvimento**

A existência de problemas nos comportamentos de saúde e social podem dever-se a dificuldades de relacionamento interpessoal (isolamento, agressividade, comportamentos de risco à saúde como o consumo de substâncias, sedentarismo, problemas alimentares, comportamentos sexuais de risco) (Lerner, 1998, Matos, 2005, Simões, 2007, Frydenberg, 2008, cit. por Matos, 2008a).

As relações interpessoais, com colegas e amigos, desenvolvidas na infância, promovem a aprendizagem de habilidades sociais e comportamentos específicos, e parecem influenciar significativamente a capacidade para futuros relacionamentos interpessoais funcionais (Marinho & Caballo, 2002).

No que se refere à amizade, o grupo funciona como uma fonte de apoio e aprendizagem social, facilitando aprendizagens como a cooperação e intimidade, e apoia o adolescente no desenvolvimento das suas competências emocionais e cognitivas. Desta forma, a competência social está associada a uma boa relação com os colegas (aceitação dos pares, estabelecer e manter amizades, terminar relações interpessoais negativas), a um bom ajustamento social e escolar e a um sentimento de satisfação (Gresham, Sugai & Horner, 2001; Oliveira, 1999, Matos & Gaspar, 2008, cit. por Matos, 2008a). Verifica-se, ainda, uma relação positiva entre a existência de relações de amizade com mais auto-confiança e o bem-estar psicológico (Chung & Furnham, 2002, Corsano, Majorano & Champretavy, 2006, cit. por Matos, 2008a).

Por outro lado, a rejeição social está associada a problemas interpessoais. Gresham, Cook e colaboradores (2010) defendem que défices nas habilidades sociais levam a dificuldades em desenvolver e manter relações interpessoais satisfatórias, dificuldades na aceitação social pelos pares e professores, e a dificuldades em ter um comportamento pro-social. Estas dificuldades levam a

dificuldades mais abrangentes nas áreas de funcionamento educacional, psicossocial e vocacional, e estão, muitas vezes, associadas a abandono escolar, delinquência, psicopatologia na idade adulta, depressão e suicídio.

Relativamente à relação com os pais e ao contexto familiar, a investigação refere que os estilos educativos parentais e o suporte social familiar apresentam relação com o comportamento, ajustamento social e desempenho escolar dos jovens. Crianças e adolescentes com dificuldades no relacionamento com os pais e com baixa percepção de suporte, podem desenvolver problemas de comportamento. Aspectos relativos à presença de estilos educativos parentais caracterizados pela presença de exigência e de responsividade de modo equilibrado, a melhoria da comunicação e da proximidade, promovem a socialização, a melhoria do desempenho escolar e do relacionamento interpessoal dos jovens (Feitosa et al., 2005).

### **2.3. Variáveis Socio-Demográficas**

Estudos evidenciam associações entre o desenvolvimento e desempenho de habilidades sociais e variáveis socio-demográficas (Bandeira, Rocha, Freitas et al., 2006; Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette & Del Prette, 2006).

No que se refere à idade e ao sexo, estudos identificaram melhores resultados na competência social (confiança, auto-eficácia e iniciativa) nas raparigas, e mais iniciativa nas crianças mais velhas, sugerindo um aumento da competência social à medida que aumenta a idade (Cecconello & Koller, 2003). Os défices na aquisição das habilidades sociais são mais raros comparados com os défices no desempenho das mesmas, sendo os mais novos (entre os 5 e os 12 anos) aqueles que percebem mais dificuldades e menos forças nas suas habilidades sociais (Gresham, Elliott et al., 2010). Segundo Kliewer (1991, cit. por Cecconello & Koller, 2003) as diferenças significativas entre grupos etários na competência social são esperadas, tendo em conta que os mais novos têm menos

experiência de vida, logo menos estratégias cognitivas e emocionais para lidar com as situações sociais.

Num estudo de Bandeira, Rocha, Souza e colaboradores (2006), verificou-se que os comportamentos problemáticos estavam mais associados a crianças do sexo masculino, níveis sócio-económicos mais baixos, e com desempenho académico mais baixo. Por outro lado, crianças com melhores habilidades sociais apresentaram menos comportamentos problemáticos. No mesmo sentido, a investigação sugere que crianças provenientes de meios socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam mais problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem, relacionados com a menor exposição a factores promotores de desenvolvimento (Ferreira & Marturano, 2002, cit. por Feitosa et al., 2005). Estas dificuldades, aliadas à baixa estimulação e baixo envolvimento na escola por parte dos pais, podem criar outros problemas comportamentais, sociais e emocionais nos jovens.

Neste sentido, Feitosa e colaboradores (2005) propõem que os adolescentes provenientes de meios sócio-económicos mais desfavorecidos, considerando as suas dificuldades e condições de vida derivadas desses meios, teriam benefícios ao nível do seu desenvolvimento e bem-estar, com a aplicação de medidas de promoção da saúde, nomeadamente, da competência social e do sucesso educativo, no âmbito do desenvolvimento de programas de treino de habilidades sociais.

#### **2.4. Problemas Psicológicos e/ou Comportamentais**

Evidência empírica sugere que, défices no repertório de habilidades sociais e baixa competência social estão relacionados com problemas psicológicos (comportamento anti-social, desajuste escolar, suicídio, problemas de relacionamento, depressão, ansiedade, stress e solidão), e com comportamentos problemáticos tanto internalizantes como externalizantes (Bandeira, Rocha, Freitas et al., 2006; Bandeira, Rocha, Souza et al., 2006; Bernardo & Matos, 2008; Del

Prette & Del Prette, 1999, 2005, cit. por Silva & Murta, 2009; Feitosa et al., 2005; Pereira, Cia & Barham, 2008).

Outros estudos indicam que, a maior ocorrência de comportamentos problemáticos está significativamente correlacionada com menor nível de habilidades sociais, menor grau de competência acadêmica, maiores dificuldades de aprendizagem e com indicadores socio-demográficos (como ser rapaz e baixo nível socioeconómico) (Bandeira, Rocha, Souza et al., 2006). Os problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) surgem como negativamente correlacionados com competência social (SSRS versão professores), com habilidades sociais (como a responsabilidade, a cooperação, a assertividade, o autocontrolo e a autodefesa) e com o desempenho acadêmico (Pereira, Cia & Barham, 2008). Outras associações relativas ao défice de habilidades sociais referem-no como preditor de psicopatologia na idade adulta (Sheridon & Elliott, 1991).

### **3. Avaliação e Intervenção na Competência Social:**

A avaliação é fundamental para a caracterização das necessidades de intervenção, para o delinear estratégias de intervenção e programas de treino e desenvolvimento de competências sociais, e para a análise do impacto dessas intervenções sobre a competência social.

A construção de um repertório de habilidades sociais ocorre em contextos relacionais, como por exemplo, na relação com os pais, irmãos, colegas, pares da escola, amigos, e cada um destes contextos tem um papel fundamental no desenvolvimento interdependente das pessoas que o compõem. Os diferentes contextos, como a família, a escola, e os amigos, podem ter diferentes impactos e expectativas sobre o comportamento da criança e do adolescente. Gresham, Cook et al. (2010) concluíram que as habilidades sociais estão muito relacionadas com contextos específicos. Deste modo, para um funcionamento de sucesso, as

habilidades sociais valorizadas em ambiente familiar são diferentes daquelas valorizadas em contexto escolar.

Tendo em conta o carácter cultural e situacional das habilidades sociais, o seu desempenho está em função dos valores, normas, regras culturais, subculturas, e relações da pessoa (Del Prette et al., 2004; Bandeira, Rocha, Freitas et al., 2006; Bandeira et al., 2009). Desta forma, a avaliação da competência social deve ter em conta diferentes contextos, interlocutores significativos, deve considerar o impacto das variáveis socio-demográficas consoante os diferentes contextos culturais (Del Prette et al., 2004; Elliott et al., 2001) e das problemáticas ligadas à saúde na adolescência (Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000); e deve contribuir para o desenvolvimento de intervenções eficazes, que pretendam promover a aquisição e a melhoria da competência social, reduzir ou eliminar problemas de comportamento e facilitar a generalização e manutenção das habilidades sociais.

#### **4. Promoção da Competência Social em Contexto Escolar**

Diversos autores têm referido a eficácia e as vantagens da aplicação de programas de promoção e treino de habilidades sociais, sendo uma das estratégias que se insere no objectivo de Promoção da saúde mental na saúde, na área da Saúde Individual e Colectiva (Ministério da Saúde, 2006).

Os programas de competências pessoais e sociais são considerados como um processo de promoção da saúde na escola, permitindo o aumento das competências dos adolescentes para lidar consigo, com os outros, e com as situações stressantes e desafios do ambiente, levando, como resultado, à escolha de um estilo de vida saudável (e capacidade de o manter), melhorando a qualidade de vida (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006). Segundo Mangrulkar, Whitman e Posner (2001) as habilidades sociais são mediadoras do comportamento (tanto positivo como negativo), e o seu ensino/treino leva ao aumento de comportamentos protectores.

A promoção de competências pessoais e sociais está associada com resultados no que se refere à:

- Prevenção do risco de desajustamento, e redução do impacto dos factores de risco (Cook, Gresham, Kern, Barreras, Thornton & Crews, 2008; Matos, 2008b; Matos & Spence, 2008);
- Redução do impacto negativo, dos défices na competência social, na saúde e na qualidade de vida (Magalhães & Murta, 2003);
- Redução de problemas comportamentais (Cook et al., 2008), da agressividade, expulsões escolares, uso de drogas (Mangrulkar et al., 2001), e diminuição da violência escolar, (Matos, 2008b; Matos & Spence, 2008);
- Melhoraria do desempenho e manutenção de habilidades sociais (Cook et al., 2008);
- Promoção de alternativas e de modos de lidar com acontecimentos de vida negativos (Hamburg, 1999, Matos, 2005, cit. por Gaspar, 2008c); e à contribuição positiva para a resiliência (Matos, 2008b; Matos & Spence, 2008);
- Melhoria de resultados escolares, e envolvimento positivo com a escola (Mangrulkar et al., 2001);
- Aumento da participação social e do bem-estar (Gaspar, 2008c).

São considerados, como essenciais ao treino de competências pessoais e sociais, aspectos como: a) comunicação e relacionamento interpessoal, b) expressão de ideias e defesa de pontos de vista, c) defesa dos seus direitos assertivamente, d) negociação, e) gestão de conflitos, f) resolução de problemas, g) tomada de decisões, (Matos, 2008b; Matos, Simões, Gaspar & Equipa do Projecto Aventura Social, 2009), e h) expectativas face ao futuro (Matos, Simões, Gaspar & Equipa do projecto Aventura Social, 2009).

Salienta-se, ainda, que os programas que abordam várias competências de vida, são eficazes na prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente, do consumo de substâncias psicoactivas na adolescência (Wagner & Oliveira, 2007).

Considerando as vantagens no desenvolvimento saudável, Gresham e colaboradores (2001) realçam a importância da promoção/treino de competências sociais em grupos específicos, como por exemplo, estudantes com dificuldades no funcionamento cognitivo, académico, emocional e comportamental.

## **5. Habilidades Sociais ou Psicossociais? Perspectiva do desenvolvimento de Competências para a Vida**

As habilidades sociais são parte das competências psicossociais, integradas no modelo das competências de vida definido pela OMS (1998) e a intervenção no âmbito das habilidades de vida abrange as habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2009). Segundo a OMS (1998, cit. por EDEX, 2004, p.7), competências para a vida são “capacidades para adoptar um comportamento adaptativo e positivo que permite aos indivíduos abordar com eficácia as exigências da vida quotidiana. São habilidades pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas que permitem às pessoas controlarem e dirigirem as suas vidas, desenvolvendo a capacidade para viver com o seu meio e conseguir que este mude”. Como exemplos de competências de vida podem citar-se o auto-conhecimento, a empatia, a comunicação eficaz, os relacionamentos interpessoais, a tomada de decisões, a resolução de problemas, o pensamento criativo, o pensamento crítico, o lidar com sentimentos e emoções e o lidar com o stress (Paiva & Rodrigues, 2008).

Estas competências não são comportamentos em si mesmos, mas sim ferramentas para facilitarem um comportamento mais positivo e saudável (Mantilla, 2001). Podem classificar-se em três categorias, sendo estas:

- a. Competências Sociais: competências que favorecem um comportamento social efectivo: assertividade, empatia, comunicação, resistência à pressão do grupo, entre outros.
- b. Competências Cognitivas: capacidades adequadas para enfrentar, de forma consciente e racional, situações de vida, estas como a resolução de problemas, tomada de decisões, pensamento crítico.

c. Competências Emocionais: capacidades úteis para a gestão positiva das emoções, nomeadamente, a auto-estima, controlo do stress.

A OMS (1997, cit. por Paiva & Rodrigues, 2008) sugeriu este modelo como base à promoção da saúde e à prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente, na prevenção do consumo de substâncias psicoactivas. Baseia-se na multi-causalidade dos comportamentos de risco, e tem sido mais dirigido a intervenções com adolescentes. Os programas com base neste modelo abrangem várias áreas, nomeadamente, o treino de competências de vida (cognitivas, emocionais e sociais) e a informação (limitada e dirigida).

Este modelo pressupõe que o ensino das habilidades sociais deve ser realizado com base num processo de aprendizagem social, levando o jovem a descobrir-se, observar, estabelecer ligações e colocar em prática, num processo dinâmico entre o conhecimento e a prática (Paiva & Rodrigues, 2008).

As habilidades para a vida permitem aos jovens enfrentar de forma eficaz os desafios do dia-a-dia, funcionando como mediadoras dos comportamentos (Mangrulkar et al., 2001), e podem ser consideradas protectoras, no sentido em que promovem o bem-estar psicológico, podem promover efeitos de resiliência nos jovens, e previnem comportamentos de risco (Botvin, 2004, cit. por Paiva & Rodrigues, 2008; Mangrulkar et al., 2001).

A aplicação destes programas é referenciada na investigação como eficaz, concluindo-se que estes tornam os adolescentes mais competentes psicossocialmente, contribuem para um estilo de vida saudável, influenciam positivamente a qualidade de vida (Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeg, 2006; Murta, Borges, Ribeiro, Rocha, Menezes & Prado, 2009), e previnem comportamentos de risco, (Botvin, 2004, Sloboda, 2004, cit. por Paiva & Rodrigues, 2008), no que se refere ao atraso no início do uso de drogas, comportamentos sexuais de risco, melhoria do desempenho académico, controlo da agressividade e promoção do ajustamento social positivo (Mangrulkar et al., 2001).

## Capítulo 2

### Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

---

#### 1. Qualidade de Vida e Saúde

A qualidade de vida, conceito relativamente recente na área da saúde, é um constructo multidimensional e subjectivo que se relaciona com os todos os aspectos relativos ao bem-estar da pessoa, nomeadamente, físico, psicológico e social (Harding, 2001, Seidl & Zannon, 2004, cit. por Gaspar et al., 2008b).

Diversos autores propuseram definições de qualidade de vida e contribuíram para a construção das suas componentes, considerando a articulação entre bem-estar objectivo e subjectivo, percepção das diferenças entre as esperanças e as expectativas do sujeito e a sua experiência actual, conceito de saúde positiva da OMS (estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença), a experiência do indivíduo, a percepção face à sua posição social.

Segundo Cummins (2005, cit. por Gaspar et al., 2008b, p.23), a qualidade de vida é um constructo que é "multidimensional e influenciada por factores pessoais ambientais e pela sua interacção; tem componentes semelhantes para todas as pessoas; apresenta componentes objectivos e componentes subjectivos; e é influenciada pela auto-determinação, pelos recursos, pelo sentido da vida e percepção de pertença".

A contribuição teórica e metodológica da OMS, levou à clarificação do constructo. Através de investigações no sentido da construção de instrumentos que pudessem medir a qualidade de vida, surgiu a identificação de seis domínios (WHOQOL, 1994, cit. por Gaspar et al., 2008b), sendo estes: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, contexto, e espiritualidade, religião e

crenças pessoais. Foram identificadas quatro dimensões ou factores da qualidade de vida, sendo estes: a física, a psicológica, a social, e ambiente.

Na área da saúde, o termo qualidade de vida remetia para duas concepções, uma relacionada com a qualidade de vida em geral, e uma outra para a qualidade de vida relacionada com a saúde. A QVRS, refere-se à saúde percebida, sendo um constructo que integra “componentes de bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais, comportamentais, como são percebidos pelos próprios e pelos outros” (Gaspar et al., 2008b, p.37).

Segundo Matos (2008b), os desafios que se colocam à saúde e bem-estar estão relacionados com a pressão social (relacionados com o estilo de vida), com as condições de vida, com os estilos de vida relacionados com a saúde e com as redes sociais de apoio sócio-cultural.

Directamente relacionados com a saúde, bem-estar e qualidade de vida, estão os comportamentos de saúde. Estes são considerados como “acções praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença” (Kasl & Cobb, 1996, cit. por Matos et al., 2000, p.8). Segundo a OMS (1986, cit. por Veloso & Matos, 2008) comportamentos de saúde são “quaisquer actividades, qualquer que seja o estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de proteger e de manter a saúde, quer seja ou não esse comportamento objectivamente eficiente para o fim”. Os comportamentos de saúde podem ser considerados positivos ou protectores, ou de risco. Neste sentido, Brunh (1988, cit. por Matos et al., 2000), refere quatro categorias de factores que influenciam (positiva ou negativamente) os comportamentos de saúde, nomeadamente: factores envolvimentoais (políticas, contexto físico), factores culturais (valores sociais), factores grupais (família, grupo de pares), e factores pessoais (crenças, sentido de controlo, eficácia).

Estudos revelaram que a adopção de comportamentos de saúde protectores está associada a uma melhoria da saúde, e o inverso a problemas de saúde,

salientando-se a necessidade da promoção de comportamentos de saúde como meio preventivo face à doença e como meio de melhorar a qualidade de vida (Odgen, 1996, Conner & Norman, 1996, cit. por Matos et al., 2000).

A promoção de comportamentos de saúde, a par de outras estratégias preventivas, como a promoção de competências psicossociais, pretende a adopção de estilos de vida saudáveis. Um estilo de vida saudável refere-se a “um conjunto de padrões comportamentais ou hábitos” relacionados com a saúde e diz respeito a hábitos como os “alimentares, exercício físico, consumo de medicamentos, álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade de início das relações sexuais, saúde oral, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempos livres” (Matos, 2008c, p.28). Existem vários estilos de vida, estando esta variedade relacionada com o grupo e com o contexto em que cada um está inserido, e com as próprias características individuais (Bernardo & Matos, 2008).

## **2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

A QVRS é um constructo psicológico relativo aos aspectos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar, e deve ser analisado segundo um modelo compreensivo de saúde subjectivo e que aborde as suas várias dimensões (Ravens – Sieberer e o grupo Europeu Kidscreen, 2005, cit. por Gaspar et al., 2008b).

A relação saúde-doença é determinada e condicionada por múltiplos e complexos factores, sendo a sua análise igualmente complexa. Considerando o interesse na melhoria da esperança de vida e da qualidade de vida, este último conceito tem vindo a tomar lugar de algum destaque nas políticas e práticas de saúde, e, mais recentemente, e intimamente relacionada, na educação.

A conceptualização dos constructos permitiu uma avaliação da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde, em diferentes contextos,

tendo sido uma preocupação inicial, a avaliação da saúde de pessoas com incapacidade, e a avaliação da sua funcionalidade. Foi surgindo, com as investigações, a necessidade de perceber e, portanto, avaliar a qualidade de vida, nomeadamente, a qualidade de vida relacionada com a saúde, da população em geral, no sentido da definição e melhoria das estratégias de promoção da saúde. Neste sentido, a avaliação da QVRS de crianças e jovens tornou-se uma preocupação eminente, considerando a necessidade de, inicialmente melhorar e adaptar os instrumentos de avaliação aos grupos-alvo (tendo em conta as diferenças de desenvolvimento), e a urgência em avaliar para aumentar o conhecimento sobre a saúde das crianças e jovens de forma a promover políticas, planos e estratégias de monitorização e de intervenção na promoção da sua saúde. Estes aspectos consideram ainda a premissa de que “as crianças são frequentemente incapazes de se proteger de uma saúde e condições de vida desfavoráveis” (Ravens-Sieberer, 2008, p.9).

A avaliação da QVRS em crianças e adolescentes foi evoluindo de acordo com as abordagens teóricas de base, nomeadamente, os modelos baseados no nível de saúde e incapacidade, os modelos baseados no nível de vida, e os modelos baseados na percepção da pessoa sobre o seu mundo e qualidade do mesmo, suas preferências e felicidade pessoal.

Os modelos baseados no nível de saúde e incapacidade funcional defendiam que a qualidade de vida dependia da ausência de doença crónica e que pessoas saudáveis teriam um melhor funcionamento do que pessoas com doenças crónicas. No entanto, a partir da evidência empírica, percebeu-se que pessoas com problemas de saúde poderiam percepcionar uma elevada qualidade de vida, e que pessoas sem problemas de saúde poderiam percepcionar baixa qualidade de vida (Huebner Suldo, Smith & McKnight, 2004, cit. por Gaspar et al., 2008b). Vogels e colaboradores (1998, cit. por Gaspar et al., 2008b) concluíram que problemas de saúde não implicam necessariamente a diminuição da QVRS.

As abordagens baseadas no nível de vida, definem, com base numa perspectiva económica, uma melhor qualidade de vida de acordo com o estatuto socioeconómico.

As abordagens que consideram a percepção da pessoa sobre o seu mundo e a sua qualidade são mais recentes e abrangentes. Esta perspectiva considera, na análise da qualidade de vida da criança e adolescente, a definição multidimensional do constructo, tendo em conta variáveis como o ajustamento psicossocial, o bem-estar, auto-estima, coping (Harding, 2001, cit. por Gaspar et al., 2008b).

Para a avaliação da QVRS, o Grupo Europeu do Kidscreen (2006, cit. por Gaspar et al., 2008b) propôs como modelo de análise, em que a avaliação da QVRS, em crianças e jovens, considera determinantes como as variáveis demográficas (idade, género, estatuto socioeconómico), saúde física e mental da criança e do adolescente, a relação entre pais e filhos, e o estado de saúde dos pais. Neste modelo, a QVRS apresenta uma relação com os comportamentos de saúde e a utilização dos serviços de saúde, pelas crianças e adolescentes. A avaliação, de acordo com o modelo proposto, pretende identificar os diferentes aspectos da QVRS, tal como identificar forças e/ou problemas ao bem-estar e saúde da criança e adolescente, no sentido de desenvolver estratégias preventivas. Como indicadores da QVRS de crianças e jovens, e podendo funcionar como factores protectores ou de risco, devem ser considerados a percepção de saúde, o nível físico, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde e processos psicossociais.

A abordagem conceptual do projecto Kidscreen permitiu a definição de dez dimensões da QVRS, sendo estas: 1) Saúde e Actividade Física; 2) Sentimentos; 3) Estado de humor geral; 4) Auto-percepção (Sobre Ti Próprio); 5) Autonomia /Tempos livres; 6) Família e ambiente familiar; 7) Questões económicas; 8) Amigos (relações interpessoais de apoio social); 9) Ambiente escolar e Aprendizagem; 10) Provocação (bullying) (Gaspar et al., 2008b).

De acordo com este modelo, a melhoria da promoção da QVRS de crianças e adolescentes implica uma intervenção ecológica, com base numa abordagem desenvolvimentista, considerando as diversas influências ao desenvolvimento e suas inter-relações. Assim, pode ser avaliada a QVRS e objectivadas estratégias de promoção da saúde (apoio no bem-estar físico, psicológico e social) e intervenções preventivas (prevenindo os efeitos negativos dos factores de risco ao bem-estar) (Gaspar, 2008<sup>a</sup>; Gaspar, et al., 2008a).

### **3. Saúde e Estilos de Vida Saudáveis dos Adolescentes**

A investigação sugere que os adolescentes portugueses são, em geral, saudáveis, e que é a minoria que apresenta comportamentos de risco à sua saúde (Matos, Carvalhosa, Simões, Branco, Urbano & Equipa do Aventura Social e Saúde, 2004). A adolescência é uma fase com poucos problemas de saúde física, sendo que, à “excepção das doenças crónicas, a maior parte dos adolescentes, pelo menos nos países desenvolvidos, está efectivamente ligada a comportamentos e estilos de vida, por definição modificáveis” (Matos, 2008b, p.22).

Na adolescência, são vivenciadas transformações biopsicossociais que terão impacto na saúde do adolescente e na escolha de comportamentos saudáveis ou não saudáveis (Silva & Deus, 2005). As causas das doenças, na adolescência, estão mais relacionadas com o comportamento (Ribeiro, 1998, cit. por Silva & Deus, 2005). Deste modo, a análise da saúde, na adolescência, deve considerar os problemas de saúde associados aos comportamentos e à vulnerabilidade dos adolescentes face às mudanças sociais (Matos et al., 2000).

Matos e colaboradores (2000) referem que problemas de saúde dos adolescentes estão associados a dificuldades na competência social (dificuldade em relacionar-se positivamente com o meio, em responder adequadamente às pressões sociais e em lidar com as mudanças próprias da adolescência).

Green e Pope (2000, cit. por Gaspar & Matos, 2008b) nomeiam factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde (e que podem ser modificados através de uma intervenção adequada), nomeadamente: a) Factores relacionados com a pessoa, os seus valores, crenças e motivações; b) Factores relacionados com as características individuais (sexo e idade); e c) Factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo).

### **3.1. Factores de Risco à Saúde dos Adolescentes**

O impacto e a importância, de um factor de risco, estão em função (e podem mudar) do contexto, da idade, do nível de desenvolvimento, e da presença ou não de outros factores de risco e/ou de protecção (González, Fernández-Hermida & Secades, 2004).

Segundo Matos (2008b) as idades transaccionais podem constituir um factor de risco para a adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Os problemas que surgem na adolescência podem ser um risco à saúde, considerando a tendência para a externalização nos rapazes (acidentes, consumos nocivos, violência) e a tendência para a internalização nas raparigas (problemáticas com a imagem corporal, sintomatologia física e psicológica).

No mesmo sentido, Gorayeb (2002) refere que, na adolescência, parece existir uma vulnerabilidade ao risco, tendo em conta as evidentes mudanças físicas e psicológicas e a necessidade, característica desta fase, de experiências novas e atraentes. As necessidades e os problemas de saúde dos jovens estão relacionados com as consequências de comportamentos de risco e com a existência de mal-estar psicológico, que interferem com o crescimento e o desenvolvimento (Direcção Geral da Saúde, 2005).

Investigadores referem que os comportamentos de risco mais frequentes na adolescência são: relação sexual precoce, relação sexual sem uso do preservativo,

não utilização ou utilização errada de métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, uso e abuso de drogas, violência, acidentes de viação (Gorayeb, 2002; Jessor, 1992, cit. por Martins, 2005; Roe-Sepowitz & Thyer, 2004, cit. por Silva & Murta, 2009), hábitos alimentares inadequados, baixos níveis de actividade física. Estes comportamentos estão associados ao aparecimento de doenças e mortalidade juvenil (Farias & Lopes, 2004).

Blum e Nelson-Mmari (2004) referem que as principais causas de morte nos jovens, nas diversas regiões do mundo, são as lesões não intencionais, seguidas da SIDA, outras causas derivadas de infecções, homicídio, guerra, e outras lesões não intencionais e por fim, suicídio e lesões auto-infligidas. Na Europa, a maior causa de mortalidade juvenil é a mesma que nas outras regiões, seguida de suicídio e lesões auto-infligidas, e por último a SIDA.

Coie e colaboradores (1993, cit. por Matos, 2008b) identificaram um conjunto de factores de risco para a saúde, sendo estes:

- a. Factores de ordem familiar: baixo estatuto económico, conflito familiar, doença mental, desorganização, problemas de comunicação, dimensão da família;
- b. Factores de ordem emocional: abuso, apatia, imaturidade, stress, baixa auto-estima, descontrolo;
- c. Factores relacionados com a escola/emprego: fracasso, desmotivação, desinteresse, isolamento, provocação (bullying), demasiado baixas ou elevadas expectativas;
- d. Problemas interpessoais: rejeição de pares, alienação, isolamento;
- e. Défices pessoais: deficiência sensorial, mental, física;
- f. Factores ecológicos: vizinhança, desemprego, pobreza extrema, discriminação;
- g. Atraso de desenvolvimento: défice de habilidades sociais, défice de atenção, défice de leitura, défice de competências de trabalho ou de hábitos de estudo, défice de inteligência.

Podem identificar-se outras análises aos factores de risco à saúde dos adolescentes, nomeadamente:

- a. Características pessoais: baixa auto-estima, alienação, impulsividade, agressividade, comportamentos anti-sociais, problemas emocionais, procura de sensações, comportamentos suicidários;
- b. Relações interpessoais e contextos relacionais: factores relativos à família (conflitos familiares, baixo envolvimento dos pais), aos pares (rejeição, necessidade de aceitação) e à escola (insucesso, baixo ajustamento e baixas aspirações).
- c. Contextos e condições de vida: inconformidade com as regras e normas, falta de apoio social ao jovem, carências socioeconómicas, pertença a grupos minoritários, associados à pobreza, discriminação, menor procura e acessibilidade aos serviços de saúde, e acontecimentos de vida negativos (Gaspar, 2008c; Matos, 2008c).

No que se refere aos acontecimentos de vida negativos, estes são definidos como experiências que implicam uma mudança significativa na rotina ou no padrão de vida normal da pessoa (Lorence, 2008). O seu impacto irá depender da avaliação que é feita da situação e da activação de estratégias para lidar com a mesma. Os efeitos dos acontecimentos negativos sobre a saúde, a nível psicológico estão relacionados com as respostas ao stress em comportamentos de saúde negativos (fumar, dormir mal, comer mal), os quais aumentam a vulnerabilidade à doença (Maia, 2002).

A acumulação de acontecimentos stressantes apresenta relação com uma menor satisfação com a vida, e pode constituir uma ameaça ao bem-estar e ao desenvolvimento positivo e saudável do adolescente, visto que pode desencadear problemáticas emocionais e relacionais, e colocar em causa o ajustamento psicossocial (Lorence, 2008).

O impacto na saúde, dos acontecimentos de vida negativos ou stressantes, podem ser mediados por processos de carácter biológico, psicológicos e sociais (Lorence, 2008), nomeadamente, por características pessoais (sentido que se atribui às experiências da vida, resiliência), o apoio familiar e interpessoal, e a competência escolar (Masten & Coastworth, 1998, Resnick, Bearman & Blum, 1997, cit. por Matos, 2008c). Este impacto pode ser moderado pelo nível de exposição e intensidade (Grotberg, 1995, Masten, 1997, cit. por Matos, 2008c), características da pessoa e do meio em que se vive, e das estratégias de coping (Lorence, 2008).

A investigação, acerca da ocorrência e impacto de acontecimentos de vida stressantes na adolescência, permitiu concluir que os acontecimentos stressantes mais frequentes eram a mudança de turma, morte de um familiar e ruptura da relação com namorado. Os acontecimentos de maior impacto emocional eram relativos a acontecimentos como a morte de um familiar, zangas e rupturas com o melhor amigo, doença de familiar, engano ou traição do namorado, e sofrer abuso sexual (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008, cit. por Lorence, 2008). Desta forma, verificou-se que os acontecimentos relacionados com a família e com a escola são os que provocam mais stress psicossocial (Poletto, Koller & Dell’Aglío, 2009).

No que se refere à relação entre saúde e acontecimentos de vida negativos e stressantes, diversos autores evidenciam o aparecimento de problemáticas associadas à acumulação desses acontecimentos, estes como:

- Comportamentos de saúde negativos e aumento da vulnerabilidade à doença (Maia, 2002);
- Depressão na infância e adolescência (Compas et al., 1994, Goodyer, 1994, Williamson et al., 1998, cit. por Williamson et al., 2003);
- Desajustamento emocional (Gersten, Langner, Eisenberg & Orzeck, 1974, Johnson & McCutcheon, 1980, cit. por Swearingen & Cohen, 1985);
- Aumento de problemas de comportamento (MacLean, Perrin, Gortmaker & Pierre, 1992, cit. por Johnston, Steele, Herrera & Phipps, 2003);

- Diminuição do funcionamento físico e psicológico (Gersten, Langner, Eisenberg & Simcha-Fagon, 1977, Heisel, Ream, Raitz, Rappaport & Coddington, 1973, Sandler & Ramsey, 1980, cit. por Johnston et al., 2003);
- Perturbações internalizantes (Winnick & Erickson, 1992, cit. por Johnston et al., 2003);
- Abuso de substâncias (Dinges & Duang-Tron, 1992, cit. por Johnston et al., 2003);
- Diminuição do ajustamento ao ambiente escolar e familiar (Hodges, Landon & Colwell, 1990, cit. por Johnston et al., 2003);
- Maior número de faltas e dias de absentismo escolares (Swearingen & Cohen, 1985).

Sabe-se que, na relação entre saúde e competência social, défices nas habilidades sociais constituem um factor de risco à saúde do adolescente e têm um impacto negativo na sua saúde e qualidade de vida. A promoção de habilidades sociais (cognitivas e emocionais) pode atenuar o impacto negativo, dos factores de risco, e de acontecimentos de vida negativos (Poletto et al., 2009).

A redução do impacto dos factores de risco pode passar por estratégias preventivas e de promoção da saúde que impliquem a aplicação de programas de desenvolvimento de competências pessoais e sociais, promoção de competências parentais, promoção de competências nos professores de gestão de sala de aula, e a criação / melhoria de redes de apoio social aos jovens e famílias (Matos & Spence, 2008).

### **3.2. Factores de Protecção à Saúde dos Adolescentes**

Jessor (1992, cit. por Martins, 2005) refere que os factores de protecção diminuem ou eliminam a ocorrência ou o impacto dos factores de risco. A existência de factores de protecção permite compreender a razão pela qual alguns adolescentes em risco não incorrem em comportamentos de risco.

Uma adequada competência social resulta num factor de protecção à saúde e ao desenvolvimento da criança e adolescente (Silva & Murta, 2009).

Segundo Matos (2008b), a percepção do bem-estar está associada à personalidade, qualidade das relações interpessoais, relações familiares positivas, auto-estima e ausência de sintomas clínicos. O impacto positivo ou negativo de todos esses factores individuais, familiares, escolares, relação com pares, ocupação de tempos livres, influenciam o bem-estar do adolescente.

Diversos estudos e autores têm vindo a identificar factores de protecção à saúde e a comportamentos de risco na adolescência, face aos contextos de desenvolvimento, à relação pessoal e interpessoal, e às características de desenvolvimento. Estes factores dizem respeito a:

- Família e ambiente familiar: uma relação positiva com a família, a existência de um adulto de referência a quem se pode recorrer aquando de problemas, monitorização familiar dos adolescentes, coesão familiar, supervisão e apoio dos pais) (Matos, 2008a, 2008b, 2008c);
- Amigos/Pares: relação positiva com os pares, relações de amizade positivas e íntimas, tempo passado com os amigos, grupo de pares com comportamentos pro-sociais (Matos, 2008a, 2008b, 2008c);
- Escola: relação positiva com a escola, boa capacidade de aprendizagem (Matos, 2008a, 2008b);
- Características pessoais / de desenvolvimento: adequadas habilidades sociais, nomeadamente, capacidade de resolução de problemas, controlo do stress, boa auto-estima, boas relações sociais, capacidade de resistir à pressão do grupo, responsabilidade social (Schroeder & Gordon, 1991, cit. por González et al., 2004; Silva & Murta, 2009), o ajustamento psicológico (social e emocional), ajustamento escolar, aceitação das regras sociais e a capacidade para lidar com acontecimentos de vida negativos (resiliência) (Matos, 2008c).

Schroeder e Gordon (1991, cit. por González et al., 2004) referem como protectores, na infância, aspectos relativos às características da criança, dos pais, e

da família e ambiente, respectivamente: a) Criança: temperamento fácil, nível de actividade adequado, atenção adequada, desenvolvimento normal da linguagem, bom desempenho escolar, boa auto-estima e boas habilidades sociais; b) Pais: ajuste psicológico, nível de educação superior, sensibilidade e responsabilidade, boa auto-estima, disciplina clara, flexível e com limites; c) Família e Ambiente: viver com os pais, poucos filhos, coesão familiar, disciplina consistente, alto nível sócio-económico, emprego estável, baixo stress, ambiente rural.

Segundo Blum e Nelson-Mmari (2004), os diferentes estudos no mundo, acerca dos factores protectores na adolescência, concluem que estes estão relacionados com três aspectos principais, nomeadamente: uma relação positiva com os pais; um ambiente escolar positivo; e a existência de crenças espirituais para além de si mesmo.

Como comportamentos protectores são identificados a higiene oral, a condução segura, a prática de actividade física, a procura de informação relacionada com a saúde, horas de sono adequadas, e a frequência regular do médico (Matos, 2008b).

De acordo com Lerner e colaboradores (2005, cit. por Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008), uma adolescência com um desenvolvimento positivo implica o envolvimento de determinadas competências, designadas como as cinco C, sendo estas: 1) Competência - visão positiva sobre a sua acção na área social (relações interpessoais, comunicação, resolução de conflitos), cognitiva (processamento de informação, tomada de decisão), académica (envolvimento escolar), e vocacional (futuro e carreira); 2) Confiança - percepção positiva da auto-estima e da auto-eficácia, e o seu valor global; 3) Ligação (*Connection*) - ligações positivas com pessoas e instituições; 4) Carácter - respeito pelas regras sociais e culturais, e noções morais; 5) Compaixão - simpatia e empatia para com os outros.

Estas competências são propostas para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e preventivos.

### **3.3. A Saúde dos Adolescentes em Estudo:**

Com base na análise de diversos estudos, verifica-se que os adolescentes rapazes apresentam mais problemas de externalização e mais problemas de auto-estima académica. As raparigas apresentam mais problemas internos e de auto-estima a nível físico e emocional (Lorence, 2008).

A investigação sobre QVRS revela associações entre as suas dimensões e variáveis sócio-demográficas. Alunos de famílias monoparentais apresentam resultados mais baixos na dimensão da *Família e Ambiente Familiar* (Fuh, Wang & Juang, 2005, cit. por Gaspar, 2008a). Adolescentes com características individuais mais negativas apresentam pior percepção da sua qualidade de vida, no que se refere à intimidade, envolvimento no contexto escolar e comunidade e no bem-estar emocional (Bramston, Pretty & Chipuer, 2002, cit. por Gaspar, 2008a). Os adolescentes mais velhos apresentam mais sentimento de solidão, enquanto os mais novos ou pré-adolescentes percebem maior suporte social, envolvimento escolar, segurança na comunidade (Chipuer, Bramstand & Pretty, 2003, cit. por Gaspar, 2008a).

Segundo Green e Kreuter (1991, cit. por, Silva & Deus, 2005), os adolescentes definem como saudáveis comportamentos como o não consumo de drogas, o comportamento pro-social e o bem-estar pessoal. Como não saudáveis os adolescentes definem comportamentos como o sexo desprotegido, o consumo de tóxicos e o comportamento anti-social. Verifica-se uma discrepância entre informação e a adopção de comportamentos saudáveis, considerando necessária uma intervenção neste aspecto e que apoie a adopção de práticas de saúde em adolescentes.

#### **3.3.1. A Saúde dos Adolescentes Portugueses:**

A investigação (estudo HBSC, 1998, 2002, 2006) permitiu a identificação de factores protectores e de risco nos comportamentos de saúde dos adolescentes

portugueses. Como factores de protecção, foram evidenciados a associação entre maior percepção de felicidade e mais comportamentos de protecção, maior envolvimento dos adolescentes nos diferentes contextos (escola, família, pares), e comportamentos de saúde como uma maior prática de desporto, menor consumo de drogas e um envolvimento com a escola e espaços desportivos (Camacho, Matos & Diniz, 2008; Gonçalves & Matos, 2008; Loureiro, Matos & Diniz, 2008; Matos & Simões, 2008; Naia, Simões & Matos, 2008; Silva, Matos & Diniz, 2008; Tomé, Matos & Diniz, 2008a, 2008b;). Como factores de risco foram identificados comportamentos como a relação entre consumo de drogas, idade (mais velhos), mais comportamentos de risco (isolamento, solidão, comportamentos violentos) e menor envolvimento nos contextos relacionais. A frequência de espaços como discotecas e bares estaria mais associada ao risco (Gonçalves & Matos, 2008; Naia et al., 2008; Tomé et al., 2008a, 2008b).

No que se refere aos dados sócio-demográficos, as raparigas, os mais velhos, e o baixo estatuto socioeconómico, estão associados ao aumento de sintomas psicológicos (sintomas depressivos, irritação, ansiedade). Os rapazes, os mais novos, e o alto estatuto socioeconómico dos pais, apresentam uma maior felicidade e satisfação com a vida (Matos, 2007).

Matos e colaboradores (2010), no estudo HBSC, verificaram que as raparigas apresentam mais comportamentos de internalização e os rapazes mais comportamentos de externalização. Os mais velhos (10<sup>o</sup> ano) apresentam mais comportamentos de risco e menos de protecção. Concluíram, ainda, que os adolescentes apresentam comportamentos de saúde, relativos à prática de actividade física, ausência ou baixo consumo de substâncias psicoactivas, baixa agressividade ou envolvimento em actos de provocação.

A investigação acerca da QVRS, em crianças e adolescentes, do projecto Kidscreen, em Portugal (Gaspar & Matos, 2008a), permite verificar a existência de diferenças significativas na percepção da QVRS no que se refere ao género, idade e

estatuto socioeconómico. Os rapazes apresentam valores médios mais elevados na maioria das dimensões, à excepção da dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (valores médios mais elevados nas raparigas), e das dimensões *Questões Económicas* e *Amigos* (onde não se verificaram diferenças significativas). Os mais novos (10 e 11 anos) apresentaram valores médios mais elevados, à excepção da dimensão *Provocação* (valores mais elevados para os mais velhos), e *Questões Económicas* (sem diferenças significativas). Os participantes com estatuto socioeconómico médio/alto, apresentaram valores médios mais elevados em quase todas as dimensões, com excepção da dimensão *Tempo Livre* em que não se verificaram diferenças significativas. Os adolescentes portugueses apresentaram valores médios mais elevados, em comparação com os participantes oriundos do Brasil e PALOP (sem diferenças significativas nas dimensões *Saúde e Actividade Física*, *Auto-percepção*, *Ambiente Escolar e Aprendizagem*). Os participantes sem doença crónica (em relação aos com doença crónica) apresentaram valores médios mais elevados, excepto na dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (sem diferenças significativas) (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Ferreira et al., 2008), verificando-se semelhanças nos dois grupos na dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (Gaspar, 2008a).

Os resultados indicam que a QVRS das crianças e dos jovens portugueses, em comparação com resultados da QVRS de crianças e jovens de outros países Europeus, é aparentemente mais positiva na maioria das dimensões (à excepção da dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem*, onde as crianças e adolescentes portugueses apresentaram uma percepção mais negativa).

A mesma investigação, de Gaspar (2008a), sobre a qualidade de vida em crianças e os factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida, permitiu a identificação de grupos de risco face à QVRS, sendo estes: as raparigas, os adolescentes, jovens com baixo estatuto socioeconómico, originários da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, e com doença crónica.

As percepções mais positivas encontram-se nas dimensões *Sentimentos e Família e Ambiente Familiar*, e as percepções mais negativas na dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem*. Concluiu-se que os factores com maior impacto na QVRS em crianças e adolescentes são os factores psicológicos, considerando a influência de factores de saúde física, psicológica, social e dos comportamentos de saúde na QVRS.

Resultados de um estudo efectuado com base em grupos focais, acerca dos principais factores que poderiam melhorar a QVRS em crianças e adolescentes, mostram que existe a necessidade de criação e promoção de “actividades alternativas de ocupação de tempos livres dentro e fora da escola, um envolvimento mais activo dos pais, e uma participação mais adequada e competente por parte dos professores” (Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008, p. 67).

Gaspar (2008a, p.363) sugere como intervenção na promoção da saúde, a redução do impacto de factores de risco através de estratégias como o desenvolvimento de “competências pessoais e sociais, através do aumento das competências parentais para lidar com os seus filhos, do aumento das competências dos docentes para lidar com os alunos e ainda através de uma optimização do papel dos técnicos de saúde, justiça e solidariedade social para lidar com os respectivos públicos-alvo (...) o acesso a espaços alternativos, protegidos e o desenvolvimento de materiais e estruturas de educação e lazer”.

## Capítulo 3

### Prevenção e Promoção da Saúde na Escola

---

“Remédio milagroso não há, por agora. Irá haver?  
Temos poucas certezas, mas temos algumas.  
Uma delas, apurada nos laboratórios da experiência,  
tornou-se certeza reforçada e chama-se «Prevenção».  
Tem, porém, um grave defeito: como não é um fármaco,  
precisa de algo mais,  
de muito mais  
do que um simples copo de água e o gesto descuidado de o engolir.  
Como é feita de ideias, atitudes, hábitos, sentimentos  
e fortes doses de bom senso,  
precisa de ser ensinada, aprendida e apreendida  
como um conceito de comportamento, que implica  
Respeito pelo outro,  
Mas, sobretudo,  
Por nós mesmos (...)”  
(Ventura, 2003, p.5<sup>2</sup>)

#### **1. Prevenção, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde na Escola**

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (1998, cit. por Mangrulkar et al., 2001, p.7) uma visão ampla, com vista à melhoria da saúde dos jovens, deve abranger: “a) Políticas a favor de serviços, oportunidades de emprego e sistema educativo de qualidade; b) Capacitação de profissionais para que trabalhem com esta população; c) Implementação de serviços de intervenção, prevenção e promoção da saúde; d) Rede de organizações de apoio a jovens;

---

<sup>2</sup> Excerto retirado do texto introdutório do manual “Saúde na Escola. Desenvolvimento de competências preventivas” (2003).

e) Investigação que evidencie estratégias efectivas e que explore os assuntos dos jovens, e f) Recursos para o financiamento destes esforços e estratégias”.

A preocupação com a saúde das crianças e adolescentes levou à criação de novas políticas em Portugal, desde a década de 80, levando ao desenvolvimento de políticas de saúde juvenil, com foco na prevenção. Como resultado, foram criadas medidas de carácter legislativo, normativo e técnico, exemplificadas na criação do Programa tipo em Saúde Escolar, medidas de prevenção em áreas específicas da saúde, e investigações e publicações (Direcção Geral da Saúde, 2005). Os programas, relativos à promoção e protecção da saúde infantil e juvenil, desenvolveram-se no âmbito da criação da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (pareceria entre ministérios da Saúde e da Educação), o Plano de Acção Interministerial sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar (criação do documento “Educação Sexual e Meio Escolar – linhas orientadoras”), e diversas experiências de trabalho em parceria no âmbito da promoção da saúde.

A prevenção refere-se a um conjunto de estratégias de actuação que antecedem o aparecimento de um problema. Desta forma, o trabalho preventivo deve, então, ter por bases, a redução da influência dos factores de risco individuais e ambientais, e o aumento dos factores de resiliência ou protecção, o implicar a comunidade, e a adopção de estratégias aos diferentes grupos de actuação (Sánchez, Rodríguez & Arnedillo, 2002). Prevenir um fenómeno implica uma participação conjunta de toda a comunidade, unindo e partilhando conhecimentos e competências para um objectivo comum. Implica a preparação e a aplicação de um conjunto de acções com o objectivo de promover a saúde dos indivíduos, reduzindo os riscos e fortalecendo os recursos já existentes. As actuações preventivas podem ser dirigidas, (de acordo com a classificação de Gordon, 1987), à população geral (prevenção universal), sendo o seu âmbito de intervenção amplo (escolar, familiar, comunitário); a subgrupos que apresentam um maior risco do que a população em geral de vir a desenvolver uma problemática (prevenção selectiva), intervindo em grupos que apresentam qualquer um dos factores de risco identificados (sejam eles

biológicos, psicológicos, sociais ou ambientais); ou a pessoas, ou grupos bem definidos, que mostram sinais de alto risco (prevenção indicada) (Sánchez et al., 2002; Matos, 2008c). Antecedendo uma actuação preventiva justifica-se uma identificação dos factores e condições que colocam a população, em específico, os adolescentes, em risco, ao nível do seu desenvolvimento adaptado.

A Promoção da Saúde é um largo processo social e político, e corresponde a acções dirigidas à população, com o objectivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos. É um processo que implica o conhecimento das capacidades pessoais (genéticas, físicas e psicológicas) e a capacitação da pessoa para que possa aumentar as suas próprias competências. Este processo pode levar a algum controlo sobre os aspectos relativos à sua saúde e, assim, promover uma melhoria da saúde e da qualidade de vida. As estratégias de promoção da saúde implicam a promoção de competências psicossociais, e de condições sociais, ambientais e económicas (Matos, 2008b).

O modelo de promoção da saúde, adoptado pela OMS (1986), considera que se podem melhorar os estilos de vida dos diferentes grupos sociais, através da criação ou da promoção das condições necessárias para que as pessoas possam aumentar o controlo e melhorar os factores que condicionam e influenciam a sua saúde e a sua qualidade de vida. A OMS (2001) propõe a aplicação de programas preventivos que possam promover a capacidade e as competências das pessoas, que incluam estratégias no sentido da diminuição da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades. Estas intervenções devem considerar a população juvenil, tendo em conta os seus contextos de desenvolvimento, e devem orientar-se na promoção de competências e na prevenção dos riscos. É, para além destes aspectos, aconselhada a partilha de boas práticas de intervenções devidamente efectuadas e avaliadas (OMS, 1986, 2001, cit. por Matos 2008b).

A promoção da saúde é uma forma de prevenção, e um meio de desenvolver competências protectoras e de manutenção da saúde, com o intuito de levar a pessoa a adoptar um estilo de vida saudável. A promoção da saúde dentro da

Educação para a saúde, pretende responsabilizar a pessoa pela sua saúde, através do desenvolvimento de estratégias que a tornem pró-activa na adopção de estilos de vida saudáveis.

Assim, aliado aos objectivos de prevenção e da promoção da saúde, está o conceito de Educação para a Saúde. A educação para a saúde é uma actividade educativa com o objectivo de aumentar o conhecimento da população em relação à saúde, através da transmissão da informação, e do aumento da motivação e das competências psicossociais, necessários para adoptar medidas destinadas a melhorar a saúde (Sánchez et al., 2002).

Diversos autores consideram a escola como o local privilegiado para acções preventivas e para a implementação de estratégias de promoção da saúde, tendo em conta aspectos como o seu papel educativo e social, e o tempo em que envolve os jovens (Paiva & Rodrigues, 2008; Fano, 2004; Matos, 2008c). Desta forma, o modelo democrático de educação para a saúde encara a escola como um espaço educativo saudável, em que os alunos e todos os agentes da comunidade escolar participam na construção da educação e na promoção da saúde e no desenvolvimento de competências psicossociais (Palacio, 2007).

Matos (2005, cit. por Matos, 2008c, p.35) afirma que a "educação para a saúde não se pode limitar à abordagem específica das doenças nem pode privilegiar o cariz informativo, instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. Os comportamentos de saúde são muito complexos e devem ser encarados nesta complexidade".

Considerando a promoção de factores de protecção a comportamentos de risco podem ser identificadas estratégias de intervenção preventiva como, a promoção de competências pessoais e sociais, associada à informação sobre comportamentos de risco e consequências, e a criação de alternativas saudáveis para a ocupação de tempos livres, e espaços de orientação e apoio para os adolescentes.

## **2. Porquê Intervir Preventivamente na Adolescência**

Diversos autores defendem a necessidade e pertinência de intervir preventivamente na promoção da saúde na adolescência, tendo em conta o conhecimento prévio das características comportamentais e emocionais dessa população, no sentido de evitar ou reduzir outros custos económicos e psicossociais dos comportamentos de risco (Gorayeb, 2002; Murta et al., 2009). Os comportamentos e a escolha de estilos de vida na adolescência têm ligações com possíveis problemas de saúde, e relacionam-se com a taxa de morbilidade e mortalidade, fundamentando a necessidade de intervir nesta fase (Klein & Auerbach, 2002, Matos, 2006, cit. por Matos, 2008c). Deste modo, a promoção da saúde dos jovens implica “ganhos em saúde, a curto, a médio e a longo-prazo” (Direcção Geral da Saúde, 2005, p.10).

Matos (2008c), reforça a urgência de intervenção na adolescência, em Portugal, afirmando as dificuldades socioeconómicas e o baixo nível educacional, e o seu impacto na saúde da população, nomeadamente, nos jovens. Segundo a autora, “Portugal tem alguns dos piores índices de Saúde Pública da Europa, nomeadamente no alcoolismo cirrose hepática alcoólica, consumo de substâncias psicoactivas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, tuberculose, obesidade, infecção por HPV e cancro do colo do útero” (Matos, 2008c, p. 36).

Diversas estratégias e programas preventivos de carácter universal e selectivo, em contexto escolar, têm sido implementados e com resultados de eficácia na redução de comportamentos de risco (Luizzi & Rose, 2010; Matos, 2008c). Diversos autores reforçam a necessidade da prevenção selectiva através do treino de competências pessoais e sociais em grupos específicos, com problemáticas identificadas, nomeadamente em estudantes com dificuldades cognitivas, académicas, emocionais e comportamentais (Gresham et al., 2001; Matos, 2008c).

Em contexto escolar, verifica-se a existência de grupos considerados em risco, tendo em conta características pessoais, do meio social, familiar, sociocultural (Sánchez et al., 2002), caracterizados por dificuldades de inclusão na escola, comportamentos agressivos, dificuldades de aprendizagem, desmotivação e risco de abandono escolar. Nesta investigação são identificados grupos de turmas de ensino não regular como grupos em maior risco pelas características que levaram as escolas, famílias e os jovens a optar por outro tipo de ensino: as turmas PCA e CEF.

As turmas PCA – Percursos Curriculares Alternativos – surgem da necessidade de criar um currículo apoiado nas necessidades dos alunos com dificuldades em obter sucesso no ensino regular, com os objectivos de que estes completem a escolaridade obrigatória e não abandonem a escola ou sejam excluídos. Os alunos aos quais este percurso se destina são jovens com idade até aos 15 anos (inclusive), e que se encontrem nas situações previstas no Despacho nº1 / 2006, nomeadamente:

- “a. Ocorrência de insucesso escolar repetido;
- b. Existência de problemas de integração na comunidade escolar;
- c. Ameaça de risco de marginalização, de exclusão social ou abandono escolar;
- d. Registo de dificuldades condicionantes da aprendizagem, nomeadamente: forte desmotivação, elevado índice de abstenção, baixa auto-estima, e falta de expectativas relativamente à aprendizagem e ao futuro, bem como o desencontro entre a cultura escolar e a sua cultura de origem” (Ministério da Educação, Despacho Normativo nº1/2006).

Os planos curriculares devem conter, de acordo com o despacho referido, formação artística, pré-profissional ou profissional, no sentido da aquisição de competências para a vida activa.

As turmas CEF – Cursos de Educação e Formação – resultam de uma oferta escolar e formativa que permite a conclusão do 6º, 9º ou 12º anos, obtendo uma qualificação profissional certificada (de nível 1, 2 ou 3). Na organização do sistema

educativo português, os cursos CEF fazem parte da oferta da formação profissional inicial, (criados pelo Despacho Conjunto n.º 453/2004, de 27 de Julho, dos Ministros da Educação e do Trabalho e da Solidariedade).

Estes cursos são dirigidos a jovens, com idade igual ou superior a 15 anos, em situação de retenções repetidas, de abandono escolar, ou em transição para a vida activa (Eurydice, 2007; Agência Nacional para a Qualificação, 2008).

O percurso curricular é prático e ajustado ao mundo do trabalho e aos interesses dos alunos, e integra quatro componentes de formação, sendo estas: sócio-cultural, científica, tecnológica e prática.

De acordo com a tipologia do curso (do tipo 1 ao tipo 7 - correspondendo a diferentes etapas de educação e formação e ao nível de habilitações de ingresso no curso), existe um número de horas mínimas obrigatórias para cada curso (1 ou 2 anos lectivos para cada um dos cursos) e uma certificação escolar e profissional ajustada ao ensino e ao nível (ver *Anexo A*).

### **3. Intervenções e Estratégias Preventivas: Aspectos a ter em conta na Promoção da Saúde na Escola**

As acções e programas de intervenção preventiva e de promoção da saúde, com adolescentes, em contexto escolar, tendo em conta o alcançar dos objectivos, e no sentido da sua eficácia devem, assim, considerar:

- As especificidades da adolescência, e ir ao encontro das suas necessidades (Gaspar & Matos, 2008b);
- A redução de comportamentos de risco e promoção de comportamentos protectores à saúde (Matos et al., 2000; Odgen, 1996, Conner & Norman, 1996, cit. por Matos et al., 2000);
- As diferenças de idade, género e estatuto socioeconómico (Gaspar & Matos, 2008b);
- A promoção de competências pessoais e sociais (Matos, 2008c);

- A integração do treino e desenvolvimento de várias habilidades, nomeadamente emocionais, sociais e cognitivas (Mangrulkar et al., 2001; Minto et al., 2006; Wagner & Oliveira, 2007);
- A promoção de alternativas a comportamentos de risco (Gaspar, 2008b) e o apoio na procura de alternativas realistas e adequadas (Gaspar & Matos, 2008b);
- O foco no agora (e não no futuro) (Gaspar, 2008b; Gaspar & Matos, 2008b);
- O envolvimento dos adolescentes na promoção da responsabilidade pela sua saúde, e da competência para adoptarem estilos de vida saudáveis (Gaspar, 2008b);
- Contextos significativos (escolar, centros de juventude, comunidade, família) e envolver de forma partilhada esses mesmos contextos (Marques, Pereira & Magro, 2003; Murta, 2007);
- Intervenções positivas (Bernardo & Matos, 2008);
- A sua implementação o mais cedo possível; e a participação activa da comunidade, para que possam ser sustentáveis ao longo do tempo (Murta, 2007);
- A replicação de programas já efectuados e avaliados como eficazes; a elaboração e actualização do conhecimento científico; a partilha de conhecimentos e boas práticas; e a integração de boas práticas, com base na investigação, em serviços comunitários e nas políticas públicas (Moreno, Serrano & Garcia, 1995, cit. por Polonia & Alves, 2003; Murta, 2007);
- Uma visão interdisciplinar da saúde; uma abordagem multi-metodológica; metodologias participativas; equipas multiprofissionais; e parcerias e rede de comunicação entre instituições, acções, comunidade (Marques et al., 2003; Moreno, Serrano & Garcia, 1995, cit. por Polonia & Alves, 2003);
- A garantia do princípio da confidencialidade (Marques et al., 2003);
- A abordagem a mais do que um comportamento problema (Gorayeb, 2002; Jessor, 1992, cit. por Martins, 2005; Mantilla, 2001; Matos, 2008c).

### **3.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde e os programas de promoção de estilos de vida saudáveis em contexto escolar: Saúde e Competências para a Vida**

As diferentes concepções de intervenções preventivas encontram-se interligadas quer pelos objectivos finais pretendidos, quer pelas estratégias, actividades e metodologias implicadas. No entanto, os programas que utilizam o modelo de promoção de competências para a vida apresentam características que parecem resultar em mais eficácia no desenvolvimento saudável dos adolescentes.

A eficácia dos programas está relacionada tanto com os factores já enunciados anteriormente, como nos relativos aos próprios programas: estrutura, objectivos, estratégias, contextos e condições de aplicação. Deste modo, a eficácia depende também de:

- Atitudes e comportamentos específicos dos professores; o carácter universal e selectivo das intervenções; o uso de metodologias activas aliadas a métodos cognitivo-comportamentais (González et al., 2004);
- O(s) aplicador(es) do programa (sendo fundamental que o aplicador de um programa de desenvolvimento / treino de competências psicossociais tenha boa informação na área em que intervém, bons conhecimentos na área da saúde e em dinâmicas de grupo); os objectivos devem ser claros e realistas; as estratégias devem ser adequadas para alcançar os objectivos; e o número de horas e periodicidade das sessões (o maior número de horas por semana alcançam melhores resultados) (Fano, 2004);
- Ter em conta a especificidade cultural (normas e valores que definem o que é o comportamento adequado); considerar a natureza genérica das habilidades psicossociais (aplicações da mesma habilidade em distintas situações do dia a dia, e a utilização de diferentes habilidades para enfrentar com sucesso uma situação) (Mantilla, 2001);
- A abrangência de diferentes áreas (informação, treino de competências, ocupação de tempos livres), habilidades de vida (competências sociais, emocionais e

cognitivas) (Blum & Nelson-Mmari, 2004) e comportamentos de saúde (Gaspar, Ribeiro, Matos & Leal, 2008).

Relativamente às áreas da Informação, do Treino/Desenvolvimento de Competências Psicossociais, e da Ocupação de Tempos Livres, estas são (ou podem ser) gerais aos programas de promoção de competências psicossociais (nomeadamente, nos programas com base no modelo de competências para a vida).

A informação é fundamental em qualquer programa de prevenção e é um princípio base da sua aplicação. É importante a exposição de informação clara, correcta e adaptada à idade, desenvolvimento, contexto e necessidades dos jovens, tal como o esclarecimento de dúvidas e a partilha de conhecimentos. De acordo com Marques e colaboradores (2003) é muito importante a desmistificação de mitos e tabus (com origem em crenças e informações distorcidas) de modo a clarificar algumas ideias e conceitos e ajudar no processo de escolha informada e responsável. Sabe-se, no entanto, que, apesar de esta ser uma área fundamental na prevenção, não é suficiente para provocar mudanças comportamentais (Blum & Nelson-Mmari, 2004). Desta forma, a informação deve ser sempre aliada a outras áreas preventivas.

Tanto nos programas com base no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como nos com base no modelo de competências para a vida, pretende-se o desenvolvimento de competências psicossociais (emocionais, cognitivas e sociais), no sentido da aquisição ou melhoria do desempenho dessas competências, e que permitam uma protecção ao risco, e a escolha por estilos de vida saudáveis.

Outra componente dos programas preventivos, é a ocupação de tempos livres. A ocupação saudável dos tempos livres, desenvolve, nos jovens, competências como o auto-controlo, resistência, cumprimento de regras, responsabilidade (Gomes, 2001) e apresenta resultados mais positivos no seu bem-estar físico, social e psicológico (Gaspar, 2008c).

Transversalmente a estas áreas, devem ser consideradas temáticas no âmbito da prevenção de comportamentos de risco em diversas áreas da saúde, como por exemplo, actividades sobre sexualidade, consumo de substâncias, alimentação, e a sensibilização da procura de recursos de saúde adequados às diferentes situações e necessidades. No que se refere à metodologia, e como referido, em qualquer programa preventivo, dirigido e em colaboração com os jovens, torna-se fundamental a utilização de metodologias activas, com técnicas pedagógicas que promovam a acção e a reflexão.

As competências sociais e qualidade de vida relacionada com a saúde estão associadas, uma vez que o desenvolvimento de habilidades sociais, ou competências psicossociais, poderá levar à melhoria de factores relativos à saúde, com melhorias: no desempenho escolar; no envolvimento com a escola; no relacionamento com os colegas; no auto-controlo, empatia, e cooperação; na autonomia; na pró-actividade; na utilização de mais informação nas escolhas; na capacidade para lidar com acontecimentos de vida negativos; no aumento dos comportamentos de saúde; na percepção de bem-estar e satisfação com a vida; e na opção por estilos de vida saudáveis (Elliot et al., 2001; Feitosa et al., 2005; Gaspar, 2008b; Gresham & Elliot, 1987; Lemos & Meneses, 2002; Matos, 2008a).

Finalizando, os programas preventivos e de redução de risco, quando aplicados sozinhos apresentam um impacto limitado (Blum & Nelson-Mmari, 2004), sendo que a eficácia da aplicação de programas preventivos está relacionada também com outras medidas de promoção de saúde implementadas junto das famílias, considerando a promoção das suas forças e a redução do impacto dos factores de risco, tal como do envolvimento da comunidade em estratégias de saúde (parcerias, encaminhamentos, apoios nas diversas áreas da saúde, apoio social).



**Parte II**

**Estudo Empírico**



#### **1. Objectivos:**

Esta investigação tem como foco o estudo descritivo e analítico da qualidade de vida relacionada com a saúde, de jovens estudantes, considerando o seu comportamento social (competências sociais), e a sua comparação entre alunos do ensino regular e alunos de turmas CEF/PCA, e suas implicações ao nível da adequação de estratégias no âmbito da promoção da saúde em contexto escolar.

Pretende-se, assim, especificamente, nos jovens estudantes:

- Avaliar as habilidades sociais, considerando o desenvolvimento das diferentes dimensões.
- Avaliar a auto-percepção da saúde, nomeadamente, a qualidade de vida relacionada com a saúde.
- Perceber as relações existentes entre os componentes da qualidade de vida relacionada com a saúde e as subescalas da competência social.
- Identificar a relação entre acontecimentos de vida stressantes e competência social e qualidade de vida relacionada com a saúde.
- Comparar as habilidades sociais e a auto-percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde entre o grupo de turmas do regular com o de turmas CEF/PCA.

## **2. Método:**

### **2.1. Participantes**

A amostra da investigação foi escolhida por conveniência.

Participaram nesta investigação 189 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, estudantes do 2º e 3º ciclos e secundário, do ensino regular, cursos de educação e formação (CEF), e percursos curriculares alternativos (PCA), residentes na região do Algarve.

Os participantes são estudantes das escolas de Quarteira (concelho de Loulé), nomeadamente, E.B 2,3 D. Dinis e Agrupamento de Escolas Dr.<sup>a</sup> Laura Ayres [E.B 2,3 S<sup>a</sup> Pedro do Mar e Escola Secundária Dr.<sup>a</sup> Laura Ayres]).

A participação dos sujeitos, em contexto escolar, foi definida de acordo com a selecção, pela escola, das turmas regulares, e pela sua pertença a turmas CEF e PCA.

### **2.2. Instrumentos**

A escolha dos instrumentos está relacionada com a temática da qualidade de vida relacionada com a saúde e da competência social, em jovens. Desta forma, foram utilizados os seguintes instrumentos:

#### **2.2.1. Questionário de Dados Sócio - Demográficos:**

Questionário de auto preenchimento, destinado aos adolescentes. Este questionário foi construído para investigações no âmbito em que esta se insere, pela Doutora Cristina Nunes, professora do Departamento de Psicologia da Universidade do Algarve.

É composto por 30 questões de resposta fechada. As questões da 1 à 8 dizem respeito a informações relativas aos dados pessoais (ex: idade, escola, nacionalidade e naturalidade); as questões da 9 à 12 referem-se a dados relativos

ao pai (idade, situações profissional e habilitações literárias); as questões da 13 à 16 referem-se aos dados da mãe (idade, situações profissional e habilitações literárias); da 17 à 21 referem-se a questões face ao agregado familiar (com quem vive, dados dos irmãos); da 22 à 26 são questões relativas à situação escolar (reprovações, apoio educativo, dificuldades de aprendizagem, frequência às aulas e notas escolares); e da 27 à 30, são questões relativas a jovens imigrantes ou filhos de pais imigrantes (nasceu no estrangeiro, algum dos pais nasceu no estrangeiro) (ver *Anexo B*).

### **2.2.2. SSRS - *Social Skills Rating System* – Sistema de Avaliação das Competências Sociais (versão estudantes):**

Esta escala é uma tradução portuguesa do instrumento desenvolvido por Gresham e Elliott (1990) (Nunes & Lemos, 2010a).

É uma escala de auto-avaliação das habilidades sociais, composta por 39 questões, respondidas em termos de frequência da ocorrência de cada comportamento indicado. Pode ser aplicada individualmente ou em grupo, com uma duração de preenchimento de 15 a 20 minutos.

Avalia a Competência Social de acordo com quatro subescalas, correspondendo estas a:

- a. **Cooperação:** comportamentos como ajudar os outros, partilhar materiais e ser condescendente com as regras.
- b. **Assertividade:** comportamentos como pedir informações, falar sobre si próprio, e responder a acções dos outros.
- c. **Empatia:** comportamentos que mostram o respeito e preocupação pelos sentimentos e pontos de vista dos outros.
- d. **Auto-controlo:** comportamentos que surgem em situação de conflito, tais como responder apropriadamente a confrontos, tomar uma posição, assumir

compromissos, entre outros, e que demonstram domínio sobre as próprias reacções emocionais.

Com base nestas dimensões, a escala permite avaliar a competência social de crianças e jovens, considerando o seu grau de desenvolvimento, a existência de problemas significativos de comportamento social, e permite tomar decisões face à selecção, classificação ou planificação de intervenções apropriadas às crianças e jovens (ver *Anexo C*).

### **2.2.3. Kidscreen 52 (versão crianças e adolescentes):**

O Kidscreen é um instrumento transcultural de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, e foi desenvolvido no âmbito do projecto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective”, criado pela Comissão Europeia. Foi traduzido e adaptado para português pela equipa portuguesa do projecto Aventura Social, que colabora com o projecto europeu Kidscreen (Gaspar & Matos, 2008a).

Este instrumento pode ser utilizado para mediação, monitorização e avaliação, tendo como objectivos a compreensão da saúde percebida em crianças e jovens e identificar populações em risco.

Dirige-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. É de auto-preenchimento e tem uma duração média de preenchimento de cerca de 15 minutos.

O Kidscreen é composto por 10 dimensões que descrevem a qualidade de vida relacionada com a saúde (ver *Anexo D*), sendo estas:

1. Saúde e Actividade Física: refere-se ao nível da actividade, energia e aptidão física da criança e adolescente. Avalia a percepção da saúde no geral e a capacidade para a realização de actividades físicas. Uma pontuação baixa implica mal-estar físico (não se sentir bem fisicamente, ter baixa energia).

- Uma pontuação alta implica bem-estar físico (boa forma física, sentir-se com energia, activo, saudável).
2. Sentimentos: relativo ao bem-estar psicológico da criança e adolescente. Refere-se à percepção das suas emoções positivas (alegria, felicidade) e à satisfação com a vida. Uma pontuação baixa indica experiência de poucas emoções positivas e insatisfação com a vida. Uma pontuação alta indica percepção de emoções positivas (prazer, alegria) e satisfação com a vida.
  3. Estado de Humor Geral: refere-se à avaliação de sentimentos e emoções negativos por parte das crianças e adolescentes. Avalia a presença e percepção de sentimentos como a solidão, tristeza, suficiência / insuficiência e resignação. Uma pontuação baixa revela a existência de sentimentos negativos como a depressão, infelicidade e mau humor. Uma pontuação elevada indica bem-estar e bom humor.
  4. Auto-percepção / Sobre Ti Próprio: avalia a percepção o adolescente tem de si próprio, considerando a imagem corporal, o valor que atribui a si mesmo, e a percepção de quão positivamente os outros o avaliam. Uma pontuação baixa indica uma imagem corporal negativa, auto-rejeição, infelicidade / insatisfação consigo próprio, baixa auto-estima, sentir-se desconfortável com a sua aparência. Uma pontuação alta indica auto-confiança, satisfação com a imagem corporal, felicidade consigo mesmo, boa auto-estima, confortável com a sua aparência.
  5. Autonomia/Tempo Livre: avalia o nível de autonomia, considerando a percepção de oportunidades para criar e gerir os tempos livres. Implica a liberdade de escolha, auto-suficiência e independência, considerando a forma como gere a sua vida, e a capacidade de tomar decisões. Uma pontuação baixa reflecte sentimentos de restrição, opressão, dependência.

Uma pontuação alta reflecte sentimentos de liberdade, independência e autonomia.

6. Família e Ambiente Familiar: avalia a relação com os pais e o ambiente familiar da criança e do adolescente, considerando a qualidade das interacções e os sentimentos daqueles para com os pais / cuidadores. Uma pontuação baixa indica sentimento de solidão, negligência, não ser apreciado, e percepção dos pais/cuidadores como indisponíveis e injustos. Uma pontuação alta indica sentimento de segurança, apoio, amor, compreensão, e a percepção de ser bem cuidado e dos pais/cuidadores como disponíveis e justos.
7. Questões Económicas: avalia a qualidade dos recursos financeiros percebida pela criança e adolescente, implicando a sua percepção da existência de recursos financeiros que lhe permitam, ter um estilo de vida como o percebido dos pares, e a oportunidade de realizar actividades em conjunto com os mesmos. Uma pontuação baixa indica sentir desvantagem financeira e restrição da mesma ao seu estilo de vida. Uma pontuação elevada indica satisfação com os recursos financeiros.
8. Amigos: avalia a natureza e qualidade das relações interpessoais da criança e do adolescente com os pares, e a percepção do suporte social dos mesmos. Considera aspectos como a percepção da aceitação e apoio dos amigos, a capacidade para iniciar e manter relações de amizade, a comunicação com os outros, e a experiência de sentimentos de grupo positivos, sentimento de pertença ao grupo e de respeito pelos amigos e pares. Uma pontuação baixa reflecte sentimentos de exclusão, pouca aceitação, falta de apoio pelo grupo, falta de confiança nos seus pares. Uma pontuação alta indica sentimento de aceitação, apoio, pertença ao grupo, confiança nos seus pares.

9. Ambiente Escolar e Aprendizagem: avalia a percepção da capacidade cognitiva, de aprendizagem e concentração, e a satisfação com as competências e desempenho escolar. São considerados aspectos como os sentimentos pela escola e a percepção da relação com os professores. Uma pontuação baixa indica a existência de sentimentos negativos face à escola, baixa capacidade escolar, e não gostar da escola / professores. Uma pontuação elevada indica sentimento de satisfação com a escola, boa capacidade escolar, gosto pela vida escolar.
10. Provocação: avalia sentimentos de rejeição pelos pares da escola, e a ansiedade para com o grupo de pares. Uma pontuação baixa indica sentimentos de provocação, rejeição, ser atormentado. Uma pontuação elevada reflecte sentimentos de respeito, aceitação pelos pares, não se sentir provocado.

#### **2.2.4. SVE – Situações de Vida Stressantes:**

Este instrumento é uma tradução portuguesa da versão espanhola reduzida do Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), de Oliva, Jiménez, Parra, e Sánchez-Queija (2008), (Nunes & Lemos, 2008b).

O instrumento é composto por 25 acontecimentos negativos, relativos a si mesmo e a outros significativos, e experienciados em família, com os amigos e na escola. É um inventário de auto-resposta, com base em respostas sim (1) e não (0) para a ocorrência de determinadas situações. A soma de todos os acontecimentos negativos resulta no valor total da escala.

Pode ser aplicada individualmente ou em grupo, com uma duração de 15 a 20 minutos (ver *Anexo E*).

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Recolha de Dados**

A aplicação dos instrumentos ocorreu em contexto escolar, após obtenção das necessárias autorizações dos autores. Foi efectuada em grupo, em turmas identificadas pelas escolas, com a presença do professor e investigador (psicóloga). Foi explicada a temática do estudo e objectivos principais, e foram dadas instruções básicas, ao grupo, para o preenchimento das escalas.

Para os jovens que participaram no estudo, foi entregue, antecipadamente, um documento (consentimento informado, passivo) dirigido ao encarregado de educação, com informação sobre o estudo, garantia de confidencialidade dos dados pessoais (identificação dos intervenientes), e autorização para a recolha dos dados no contexto escolar (ver *Anexo F*).

Tendo em consideração os instrumentos utilizados, os dados foram recolhidos por turma, em grupo, numa aula com duração de 90 minutos.

### **2.3.2. Análise de Dados**

Após a recolha dos dados, estes foram tratados recorrendo-se ao pacote de *software* estatístico SPSS 18. Na análises dos dados foram utilizadas medidas descritivas (frequências absolutas, relativas, médias e desvio-padrão), assim como a alguns testes de hipóteses e medidas de associação:

1. Testes t para amostra independentes, sempre que se pretendesse comparar a média de uma variável entre dois grupos independentes;
2. Coeficientes de Correlação Pearson, sempre que o objectivo fosse averiguar a associação entre duas variáveis quantitativas (intervalares e/ou de rácio);
3. Coeficientes de Correlação de Spearman, sempre que o objectivo fosse averiguar a associação entre uma variável quantitativa e outra ordinal.

O nível de significância alfa utilizado no presente estudo foi de 5%.



### 1. Dados Sócio-Demográficos

#### 1.1. Caracterização da Amostra e dos Grupos:

A amostra é constituída por **189 jovens**, com idades compreendidas entre os **14 e os 18 anos** (ver *Tabela 1*), alunos das escolas E.B 2,3 D.Dinis e Agrupamento de Escolas Dr<sup>a</sup> Laura Ayres (E.B 2,3 São Pedro do Mar e Escola Secundária Dr<sup>a</sup> Laura Ayres) da Freguesia de Quarteira, pertencentes ao Município de Loulé, Distrito de Faro, Região do Algarve.

**Tabela 1 – Idade dos Jovens**

Idades	<i>n</i>	%
14	43	23%
15	51	27%
16	52	28%
17	31	16%
18	12	6%
Total	189	100%

A média de idades dos jovens é de 15,56 anos (DP=1,190; CV=8%).

Os jovens são todos estudantes e encontram-se distribuídos por **dois grupos**: um grupo de **alunos de turmas do Regular** e um grupo de **alunos de turmas de Cursos de Educação e Formação (CEF) e Percursos Curriculares Alternativos (PCA)**.

O grupo de alunos de turmas do regular é constituído por 101 estudantes, e o grupo de alunos de turmas CEF e PCA por 88 estudantes (ver *Tabela 2*).

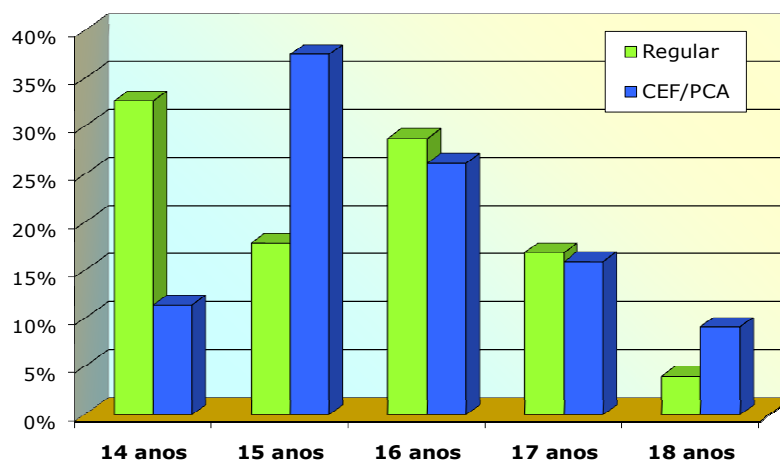
**Tabela 2 - Idade dos Jovens, por Tipo de Ensino**

Idade	Regular		CEF/PCA		Total
	n	%	n	%	
<b>14</b>	33	33%	10	11%	43
<b>15</b>	18	18%	33	38%	51
<b>16</b>	29	29%	23	26%	52
<b>17</b>	17	17%	14	16%	31
<b>18</b>	4	4%	8	9%	12
Total	<b>101</b>	100%	<b>88</b>	100%	<b>189</b>

O grupo de alunos de turmas do regular tem mais alunos mais novos (33% com 14 anos) seguindo-se os de 16 anos (29%).

O grupo de alunos de turmas CEF e PCA é composto por uma maioria de alunos com idades compreendidas entre os 15 anos (38%) e os 16 anos (26%) (ver *Tabela 2*, acima, e *Figura 1*, abaixo).

**Figura 1 - Idade dos Jovens por Tipo de Ensino**



As raparigas constituem 53% da amostra, sendo que, de acordo com os grupos, existem mais raparigas nas turmas do regular (64%) e mais rapazes nas turmas CEF e PCA (59%) (ver *Tabelas 3 e 4*).

**Tabela 3 – Jovens por Sexo**

<b>Sexo</b>	<i>n</i>	%
Raparigas	101	53%
Rapazes	88	47%
Total	189	100%

**Tabela 4 - Jovens por Tipo de Ensino e Sexo**

Tipo Ensino	Raparigas		Rapazes		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Regular</b>	65	64%	36	41%	101
<b>CEF/PCA</b>	36	36%	52	59%	88
Total	101	100%	88	100%	189

47% dos jovens são imigrantes. Destes, 71% são imigrantes de 1ª geração (nascidos no estrangeiro) e 29% de 2ª geração (filhos de pais que nasceram no estrangeiro) (ver *Tabelas 5 e 6*).

**Tabela 5 - Número de Jovens Imigrantes**

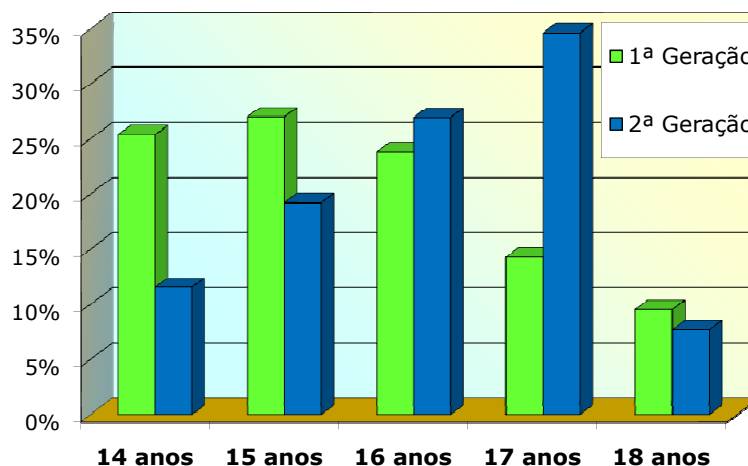
	<i>n</i>	%
<b>Não Imigrantes</b>	100	53%
<b>Imigrantes</b>	89	47%
Total	189	100%

**Tabela 6 - Tipo de Imigração dos Jovens**

	<i>n</i>	%
<b>Primeira Geração</b>	63	71%
<b>Segunda Geração</b>	26	29%
Total	89	100%

De acordo com a idade, os jovens imigrantes de 2ª geração são mais velhos do que os de 1ª geração (a maior parte dos imigrantes de 1ª geração têm entre os 14 e os 16 anos [76%], e os de 2ª geração entre os 16 e os 17 anos [62%] (ver *Figura 2*).

**Figura 2 - Tipo de Imigração, por Idade**



Por grupos, são imigrantes, 48% dos alunos do regular e 47% dos alunos do CEF/PCA (ver *Tabela 7*). Destes, 73% dos alunos do regular e 68% do CEF/PCA são imigrantes de 1ª geração (ver *Tabela 8*).

**Tabela 7 – Número de Jovens Imigrantes, por Tipo de Ensino**

	Regular		CEF/PCA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Não Imigrantes</b>	53	52%	47	53%
<b>Imigrantes</b>	48	48%	41	47%
Total	101	100%	88	100%

**Tabela 8 - Tipo de Imigração, por Tipo de Ensino**

	Regular		CEF/PCA		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Primeira Geração</b>	35	73%	28	68%	63
<b>Segunda Geração</b>	13	27%	13	32%	26
Total	48	100%	41	100%	89

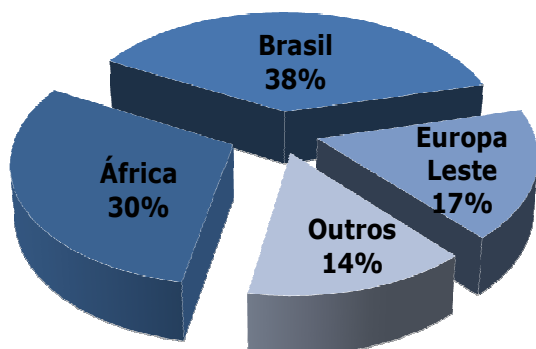
Os alunos imigrantes têm como origens, países Africanos (44%), o Brasil (27%), Europa de Leste (12%) e Outros países (17%) (ver *Tabela 9*).

Por tipo de imigração, os alunos imigrantes de 1ª geração têm maioritariamente como países de origem o Brasil (38%) e países Africanos (30%). Dos alunos imigrantes de 2ª geração, os seus pais provêm maioritariamente de países Africanos (77%) (ver Figuras 3 e 4).

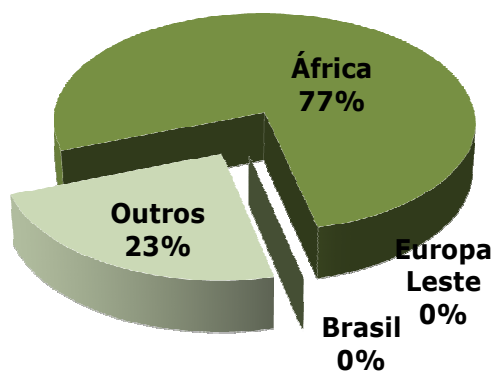
**Tabela 9 – País de Origem dos Alunos Imigrantes, por Tipo de Imigração**

Tipo de Imigração	País de Origem				Total
	África	Brasil	Europa Leste	Outros	
<b>1ª Geração</b>	21%	27%	12%	10%	71%
<b>2ª Geração</b>	22%	0%	0%	7%	29%
Total	44%	27%	12%	17%	100%

**Figura 3 – País de Origem dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração**

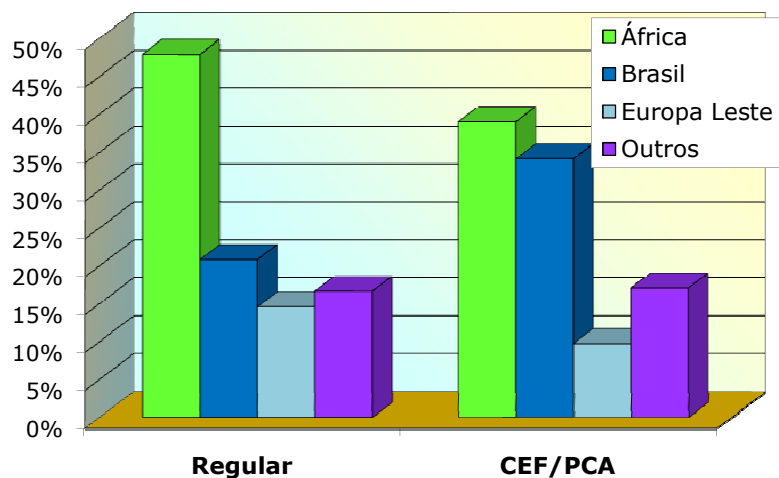


**Figura 4 – País de Origem dos Pais (Imigrantes de 2ª Geração)**



Por tipo de ensino, a maioria dos alunos imigrantes, de ambos os grupos, tem como origem países Africanos (ver Figura 5).

**Figura 5 – País de Origem dos Alunos Imigrantes, por Tipo de Ensino**



Por tipo de ensino e tipo de imigração, os alunos imigrantes de 1ª geração, do regular provêm mais de Países Africanos, seguindo-se o Brasil; e os do CEF/PCA provêm mais do Brasil, seguindo-se os países Africanos (ver *Tabelas 10 e 11*). Os pais dos alunos imigrantes de 2ª geração, de ambos os grupos, vêm, maioritariamente, de Países Africanos.

**Tabela 10 – País de Origem dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração, por Tipo de Ensino**

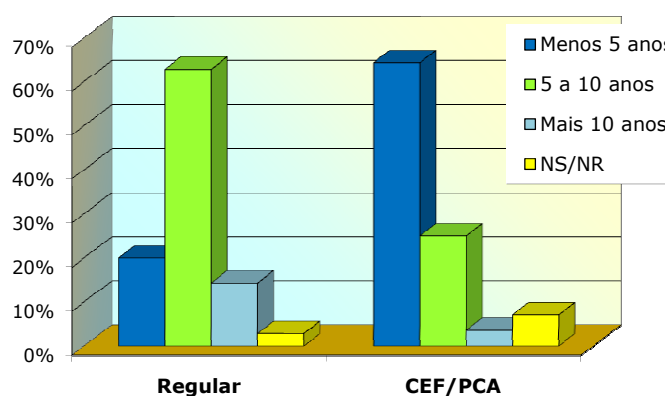
Tipo de Ensino	País de Origem								Total	
	África		Brasil		Europa de Leste		Outros			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Regular</b>	12	19%	10	16%	7	11%	6	10%	35	56%
<b>CEF/PCA</b>	7	11%	14	22%	4	6%	3	5%	28	44%
Total	19	30%	24	38%	11	17%	9	14%	63	100%

**Tabela 11 – País de Origem dos Pais dos Alunos Imigrantes de 2ª Geração, por Tipo de Ensino**

Tipo de Ensino	País de Origem								Total	
	África		Brasil		Europa de Leste		Outros			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Regular</b>	11	42%	0	0%	0	0%	2	8%	13	50%
<b>CEF/PCA</b>	9	35%	0	0%	0	0%	4	15%	13	50%
Total	20	77%	0	0%	0	0%	6	23%	26	100%

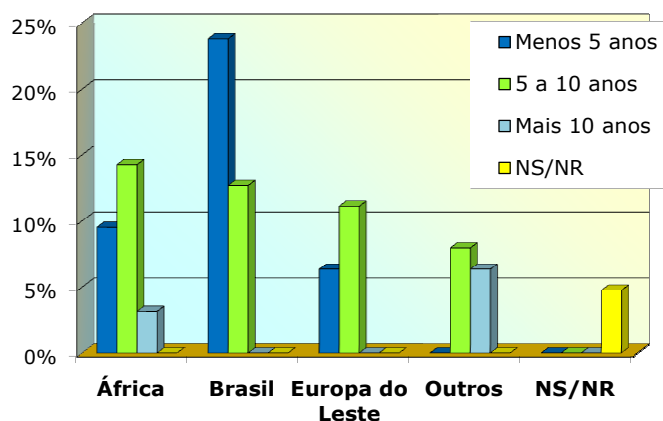
A maioria dos alunos, imigrantes de 1ª geração, está em Portugal há cerca de 5 a 10 anos (46%). A média é 6,217 anos (DP=3,425; CV=55%). Por grupos, os alunos do regular são os que estão em Portugal há mais tempo (63% entre 5 a 10 anos, 14% entre 11 a 14 anos) e os do CEF/PCA há menos tempo (64% há menos de 5 anos) (ver *Figura 6*).

**Figura 6 – Número de Anos em Portugal, dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração, por Tipo de Ensino**



Por país de origem, são os alunos imigrantes de 1ª geração naturais do Brasil que estão há menos tempo em Portugal (menos de 5 anos). Há mais tempo em Portugal (mais de 10 anos) encontram-se os imigrantes de 1ª geração de outros países (*Figura 7*).

**Figura 7- Número de Anos em Portugal, dos Alunos Imigrantes de 1ª Geração, por País de Origem**



A maior parte dos pais, dos jovens imigrantes de 1ª geração, são também imigrantes (55% pai e mãe imigrantes). Os pais dos jovens imigrantes de 2ª geração são também, maioritariamente, mãe e pai nascidos no estrangeiro (42%) (ver *Tabelas 12 e 13*).

**Tabela 12 - Número de Pais imigrantes, dos jovens imigrantes de 1ª Geração**

Figura Parental Imigrante	<i>n</i>	%
<b>Só Pai</b>	4	8%
<b>Só Mãe</b>	18	37%
<b>Ambos</b>	27	55%
Total	49	100%

**Tabela 13 - Número de Pais imigrantes, dos jovens imigrantes de 2ª Geração**

Figura Parental Imigrante	<i>n</i>	%
<b>Só Pai</b>	6	23%
<b>Só Mãe</b>	8	31%
<b>Ambos</b>	11	42%
<b>NS/NR</b>	1	4%
Total	26	100%

Os pais e mães imigrantes são no total 113 (76 pais e mães de jovens imigrantes de 1ª geração e 36 pais e mães de jovens imigrantes de 2ª geração (ver *Tabela 14*).

**Tabela 14 - Pais dos jovens imigrantes, por tipo de imigração e tipo de ensino**

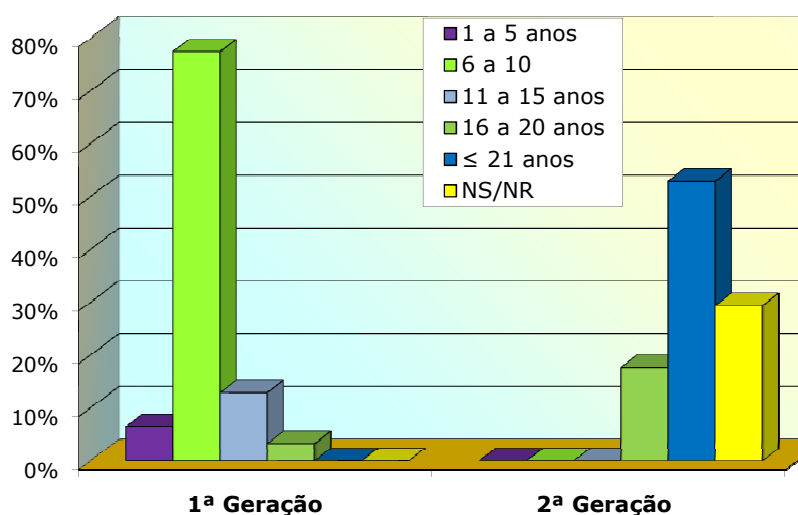
Tipo de Ensino	Pais		Mães			SubTotal Pais	Subtotal Mães	Subtotal 2ª Ger	Subtotal 1ª Ger	Total Geral
	2ªGer	1ªGer	2ª Ger	1ªGer	NS/NR					
<b>Regular</b>	10	16	7	29	1	26	36	17	45	63
<b>CEF/PCA</b>	7	15	12	16	0	22	28	19	31	50
Total	17	31	19	45	1	48	64	36	76	113

A média de anos de presença em Portugal dos pais dos jovens imigrantes é de 14,95 para o pai (DP=10,699; CV=72%) e de 12,50 para a mãe (DP=9,692; CV=78%).

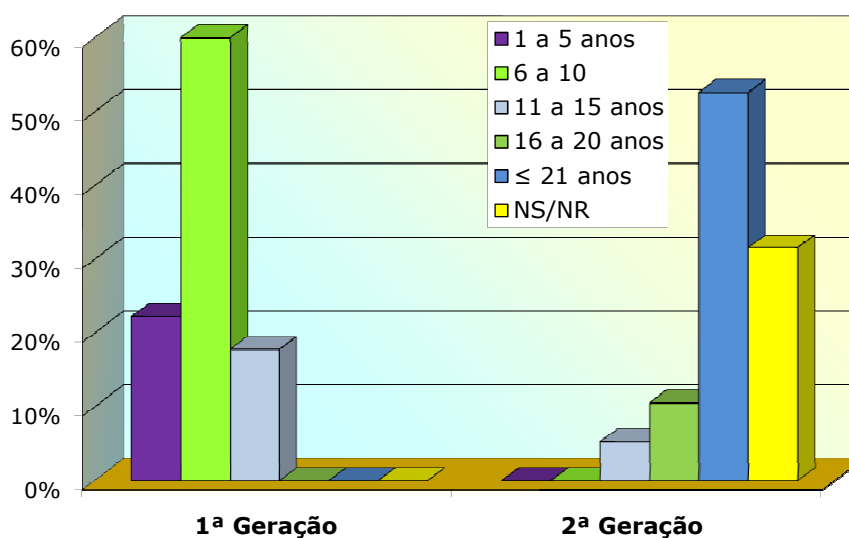
Por tipo de imigração, os pais e mães dos jovens imigrantes de 2ª geração estão em Portugal há mais tempo dos que os pais e mães, também imigrantes, dos jovens imigrantes de 1ª geração (ver Figuras 8 e 9).

A média de anos de vinda para Portugal dos pais dos jovens imigrantes de 1ª geração é de 9,23 anos (DP=2,667; CV=29%), e dos de 2ª geração é de 29,75 anos (DP=9,29; CV=31%). Das mães dos jovens imigrantes de 1ª geração é de 7,98 (DP=3,03; CV=38%) e de 2ª geração é de 28,15 (DP=8,38; CV=30%).

**Figura 8 – Número de Anos em Portugal dos Pais, por Tipo de Imigração dos Jovens**



**Figura 9 - Número de Anos em Portugal das Mães, por Tipo de Imigração dos Jovens**



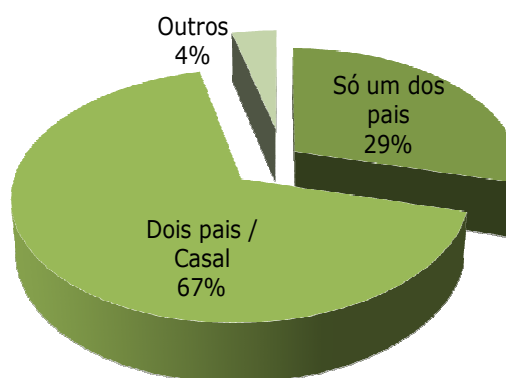
A maior parte dos pais, dos jovens imigrantes de 2ª geração, nasceram em países Africanos (77%), ou em Outros países (23%).

Os pais imigrantes, dos jovens imigrantes de 1ª geração ( $n=49$ ), têm, em maior número, como país de origem o Brasil (33%), seguindo-se os países Africanos (18%).

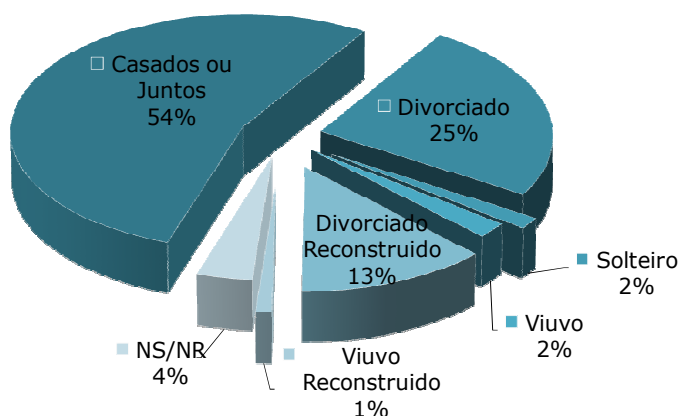
## 1.2. Caracterização Familiar

A maior parte dos jovens vive com os dois pais ou com um dos pais e companheiro (67%) (ver Figura 10). Deste tipo de família, verifica-se que a maior parte dos pais são casados ou juntos (56%) e que 13 % são casais reconstruídos após separação / divórcio (ver Figura 11).

**Figura 10- Tipo de Família**



**Figura 11 - Estatuto Marital**



O número de crianças / jovens a viver em casa (com idades até aos 18 anos inclusive) varia entre 1 a 5. Em ambos os grupos de alunos, a maioria das famílias tem um filho (uma criança ou jovem) a viver em casa.

Verifica-se que no grupo do CEF/PCA existem mais famílias com maior número de filhos / crianças ou jovens a viver em casa (30% tem entre 3 a 5 filhos a viver em casa) (ver *Tabela 15*).

**Tabela 15 - Número de Crianças / Jovens a viver em casa, por Tipo de Ensino**

Nº Filhos em Casa	CEF/PCA		Regular		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>1</b>	38	43%	49	49%	87
<b>2</b>	24	27%	43	43%	67
<b>3</b>	19	22%	9	9%	28
<b>4</b>	4	5%	0	0%	4
<b>5</b>	3	3%	0	0%	3
Total	88	100%	101	100%	189

A média de idades da mãe é de 42 anos (DP=5,599; CV=13%).

A média de idades do pai é de 45 anos (DP=7,2; CV=16%).

As habilitações literárias dos pais correspondem maioritariamente ao primeiro e segundo ciclos do ensino básico, até ao 9º ano incompleto (43% mães, 50% pais) (ver *Tabela 16*).

**Tabela 16 - Habilitações Literárias dos Pais**

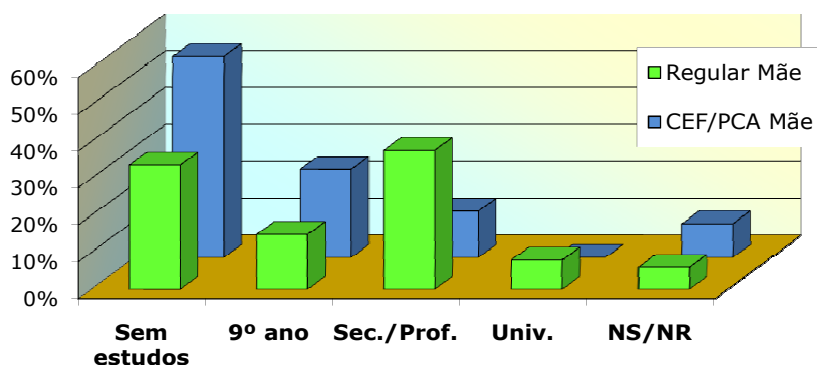
Nível de Estudos	Mãe		Pai	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem estudos	82	43%	94	50%
9º Ano completo	36	19%	30	16%
Secundário/ Profissional	49	26%	31	16%
Ensino Universitário	8	4%	9	5%
NS/NR	14	7%	25	13%
Total	189	100%	189	100%

Por grupos, no de alunos do regular, 38% das mães têm o ensino secundário ou um curso profissional, e 42% dos pais não têm o ensino obrigatório (1º e 2º ciclos ou 9º ano incompleto) (Figuras 12 e 13).

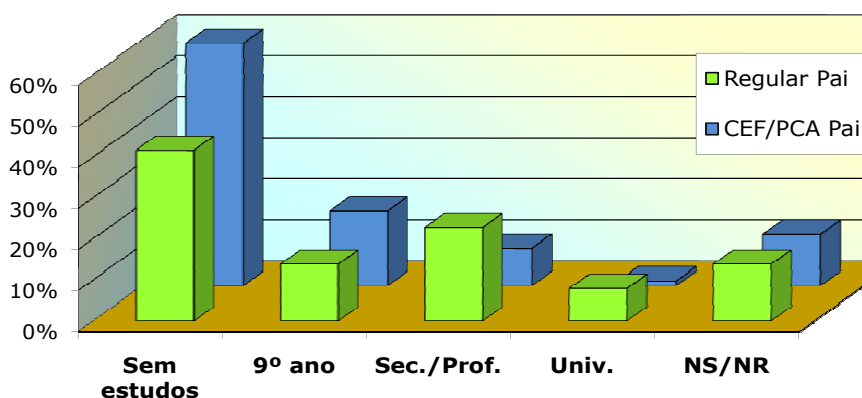
No grupo de alunos do CEF/PCA, 55% das mães e 59% dos pais não têm o ensino obrigatório (têm 1º e 2º ciclos ou 9º ano incompleto).

Entre os dois grupos verifica-se que os pais e mães dos alunos do regular apresentam uma maior escolaridade (60% das mães e 45% dos pais têm estudos entre o 9º ano e o ensino universitário). Dos alunos do CEF/PCA, 28% dos pais e 36% das mães têm estudos entre o 9º ano e o ensino secundário (apenas um pai deste grupo é licenciado).

**Figura 12 – Habilitações Literárias da Mãe, por Tipo de Ensino**

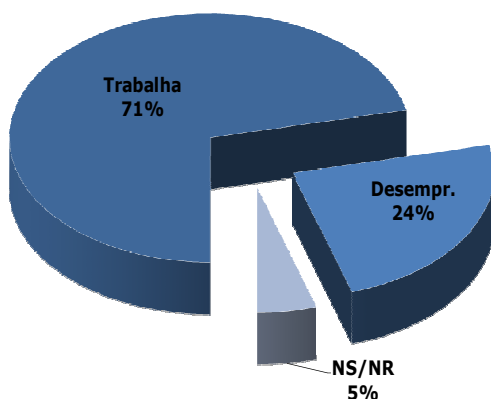


**Figura 13 – Habilitações Literárias do Pai, por Tipo de Ensino**

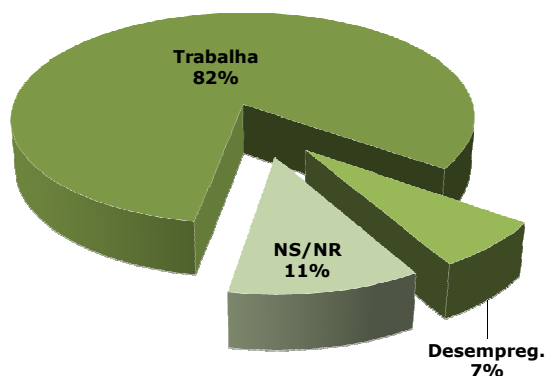


A maior parte dos pais encontra-se a trabalhar (71% das mães, 82% dos pais). Por sexos, existe uma maior percentagem de mães desempregadas (24%). (ver Figuras 14 e 15).

**Figura 14 - Situação Profissional das Mães**



**Figura 15 - Situação Profissional dos Pais**



Verifica-se uma ligeira diferença entre as mães, dos dois grupos de alunos, e a sua situação profissional, existindo uma maior percentagem de mães empregadas de alunos do regular.

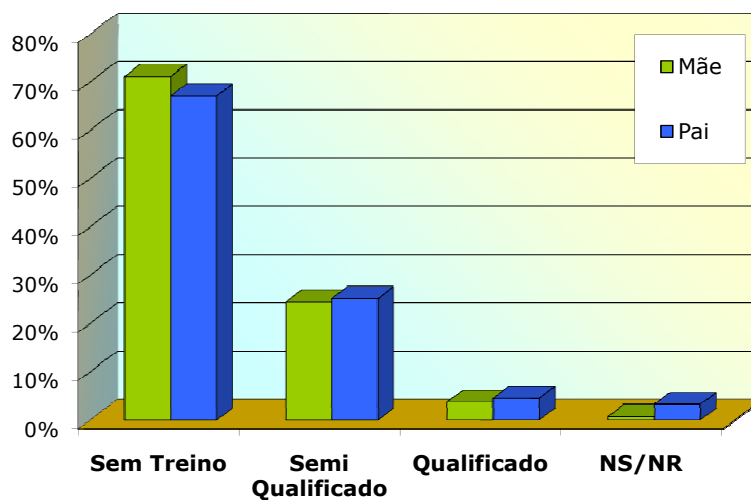
Nos dois grupos de alunos, verifica-se uma maior percentagem de pais trabalhadores e menos desempregados, quando comparados com as mães (ver Tabela 17).

**Tabela 17 - Situação Profissional dos Pais, por Tipo de Ensino**

	Mãe				Total	Pai				Total
	CEF/PCA		Regular			CEF/PCA		Regular		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Trabalha</b>	59	67%	76	75%	135	71	81%	84	83%	155
<b>Desempregada</b>	23	26%	22	22%	45	8	9%	5	5%	13
<b>NS/NR</b>	6	7%	3	3%	9	9	10%	12	12%	21
Total	88	100%	101	100%	189	88	100%	101	100%	189

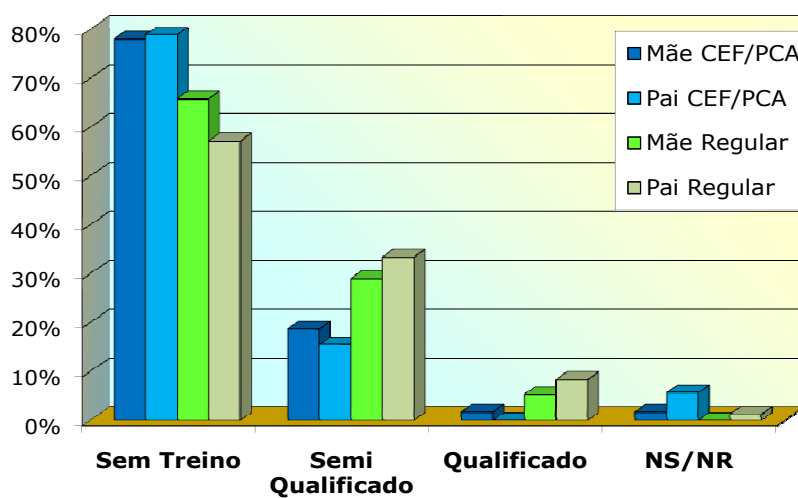
Dos pais que trabalham, a maioria têm um trabalho que não requer qualificação (71% mães, 67% pais) (ver *Figura 16*).

**Figura 16 - Qualificação do Trabalho dos Pais**



Por grupos, existe uma maior percentagem de pais de alunos do regular com empregos mais qualificados (34% das mães e 41% dos pais, com trabalhos semi-qualificados e qualificados) (ver *Figura 17*).

**Figura 17 - Qualificação do Trabalho dos Pais, por Tipo de Ensino**



### 1.3. Percurso Escolar

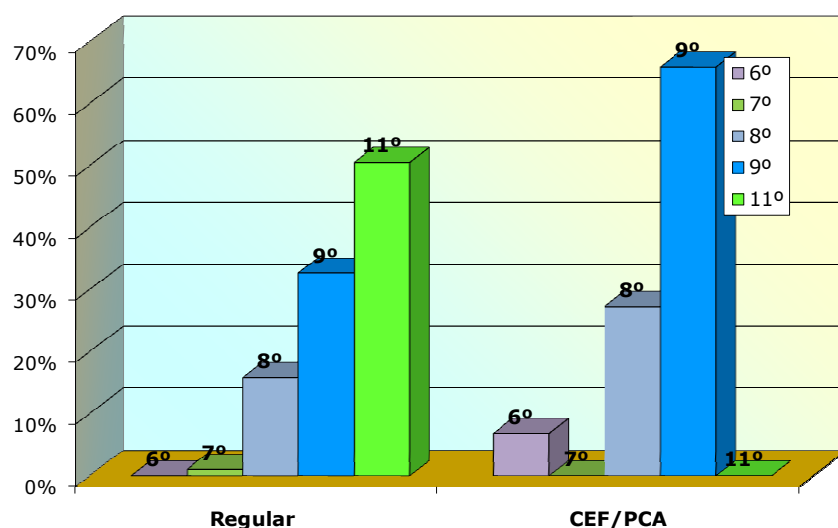
A maior parte dos jovens encontra-se no 9º ano (48%).

Por grupos, os alunos do regular, com idades equivalentes aos alunos do CEF/PCA, frequentam um ano escolar mais avançado do que estes (ver *Figura 1* e *Figura 18*).

A maior parte dos alunos do ensino regular encontra-se no 11º ano (50%), estando os restantes jovens distribuídos entre o 7º, 8º e 9º anos.

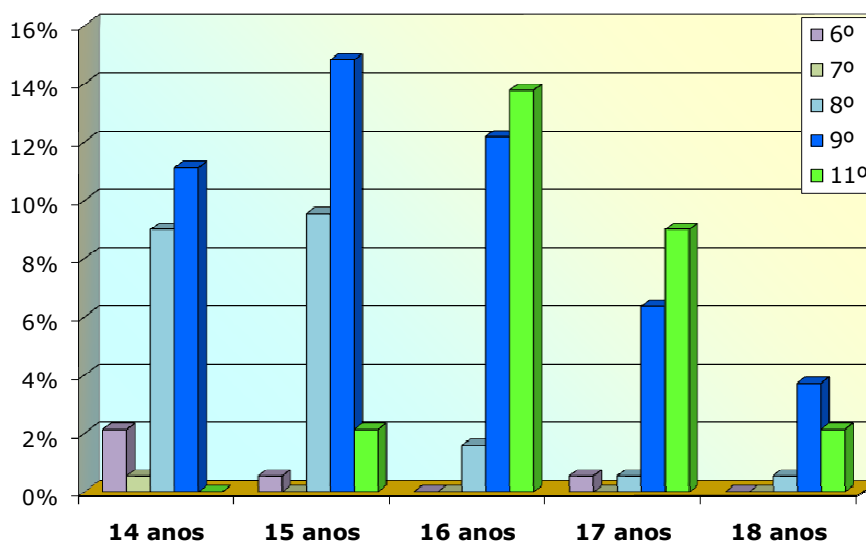
Os alunos do CEF / PCA estão no 6º, 8º e 9º anos, estando a maioria no 9º ano (66%).

**Figura 18 - Ano Escolar por Tipo de Ensino dos Jovens**



A maioria dos alunos com idades entre os 14 e os 15 anos, e os de 18 anos, frequentam o 9º ano. A maioria dos alunos de 16 e 17 anos frequenta o 11º ano (ver *Figura 19*).

**Figura 19 - Ano Escolar por Idade dos Jovens**



A maioria dos alunos (70%) já reprovou entre 1 a 5 anos, e 30% do total dos alunos não reprovou nenhum ano (ver *Tabela 18*).

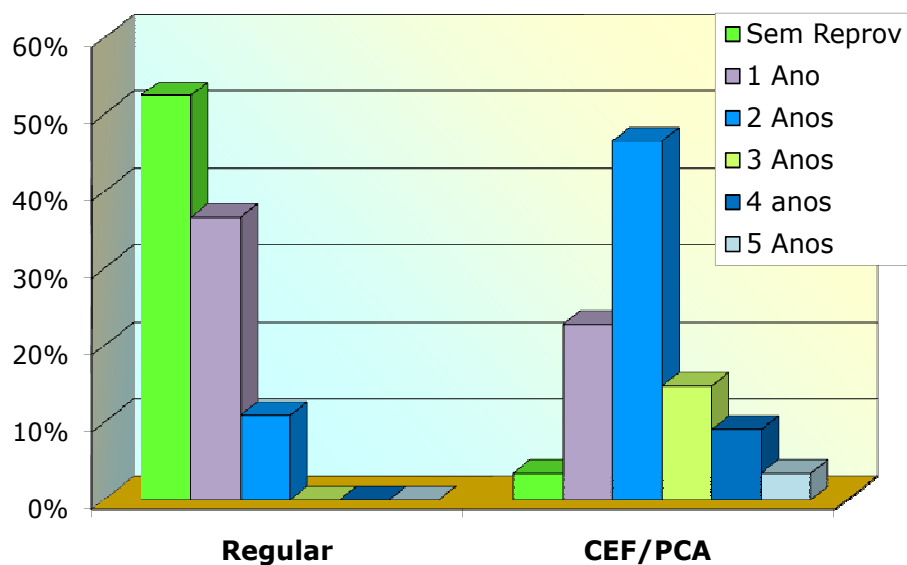
**Tabela 18 - Insucesso Escolar dos Jovens**

Número de Anos Reprovados	<i>n</i>	%
0	56	30%
1	57	30%
2	52	28%
3	13	7%
4	8	4%
5	3	2%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Por grupos, os alunos do CEF/PCA foram os que mais reprovaram (apenas 3% nunca reprovou). Deste grupo, a maior parte reprovou 2 anos escolares (47%).

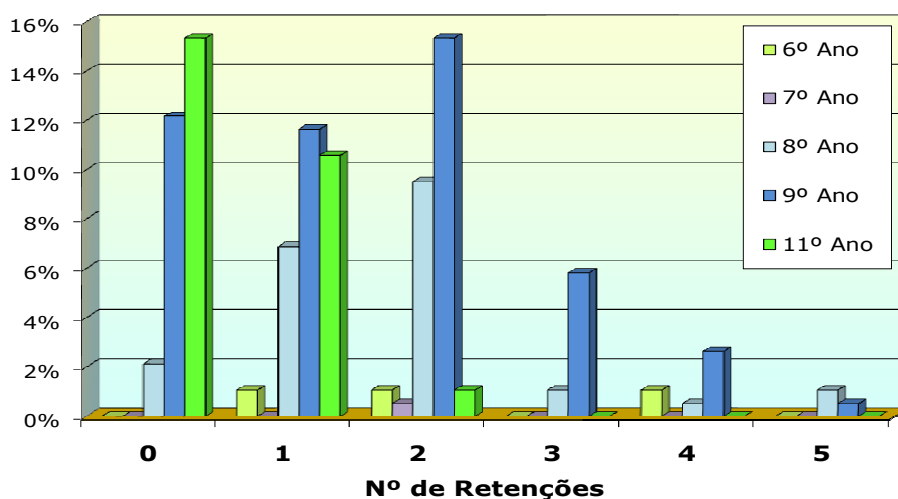
A maior parte dos alunos de turmas do regular não reprovou nenhum ano escolar (52%). Deste grupo, nenhum aluno reprovou mais de dois anos escolares (ver *Figura 20*).

**Figura 20 - Número de Reprovações, por Tipo de Ensino dos Jovens**



Por ano escolar, os alunos que frequentam o 11º ano, do regular, foram os que menos reprovaram. Os alunos do 9º ano, seguidos dos do 8º ano, foram os que mais reprovaram (ver *Figura 21*).

**Figura 21 - Número de Reprovações por Ano Escolar**



Um aluno do regular referiu estar no ensino especial.

A maior parte dos alunos referiu não ter dificuldades de aprendizagem (100% dos alunos do regular, 92% dos alunos do CEF/PCA). 8% dos alunos do CEF/PCA referiu ter dificuldades de aprendizagem<sup>4</sup>.

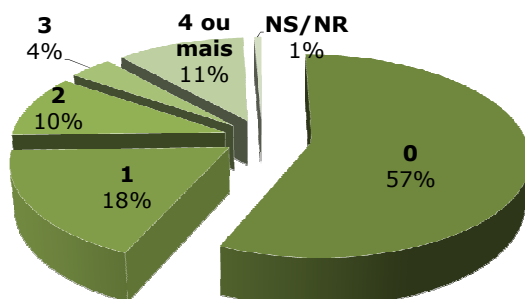
**Tabela 19 - Dificuldades de Aprendizagem, por Tipo de Ensino**

	Regular		CEF/PCA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Sim</b>	0	0%	7	8%
<b>Não</b>	101	100%	81	92%
Total	101	100%	88	100%

A maior parte dos alunos não faltou às aulas nas 4 semanas anteriores ao preenchimento do questionário (57%) (ver *Figura 22*).

Por grupos, a maior parte dos alunos do regular não faltou às aulas (64%), e a maior parte dos alunos do CEF/PCA faltou (57%, entre 1 a 5 vezes) (ver *Tabela 20*).

**Figura 22 - Número de Faltas Totais dos alunos, nas últimas 4 semanas**



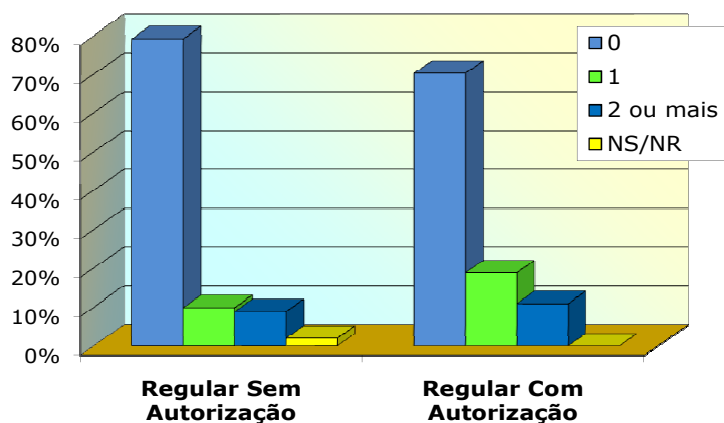
<sup>4</sup> É de salientar que, no que se refere ao grupo de alunos do CEF/PCA, muitos deles reprovaram alguns anos (apenas 3% nunca reprovou nenhum ano). Estas reprovações devem-se a questões relativas às dificuldades de aprendizagem e comportamento desadequado e problemático na sala de aula / escola. Por outro lado, o ensino tanto nos CEF como nos PCA, é um ensino adaptado ao ritmo e competências / dificuldades dos alunos, tendo componentes curriculares, quando comparadas com o ensino regular, mais práticas, e mais facilitadas. Desta forma, verifica-se que os alunos dos CEF/PCA apesar de terem dificuldades de aprendizagem, não as identificam, por razões que podem estar ligadas quer à falta de percepção das mesmas, quer ao tipo de ensino que frequentam que lhes permite ter sucesso nos resultados escolares.

**Tabela 20 - Número de Faltas Totais nas últimas 4 semanas, por Tipo de Ensino**

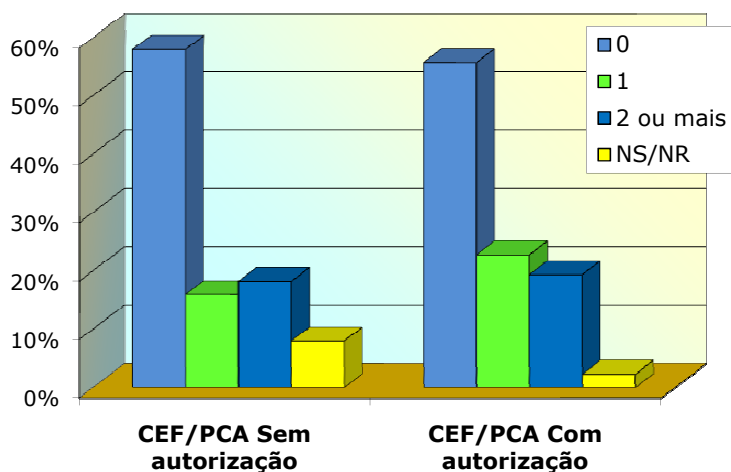
Nº Faltas	Regular		CEF/PCA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>0</b>	64	63%	43	49%
<b>1</b>	19	19%	15	17%
<b>2</b>	11	11%	8	9%
<b>3</b>	1	1%	6	7%
<b>4 ou mais</b>	6	6%	15	17%
<b>NS/NR</b>	0	0%	1	1%
Total	101	100%	88	100%

Em ambos os grupos, os alunos faltaram mais com autorização dos pais do que sem a autorização dos mesmos (ver *Figuras 23 e 24*).

**Figura 23 - Percentagem de Faltas, Com e Sem Autorização do Encarregado de Educação, dos Alunos do Regular**



**Figura 24 - Percentagem de Faltas, Com e Sem Autorização do Encarregado de Educação, dos Alunos do CEF/PCA**



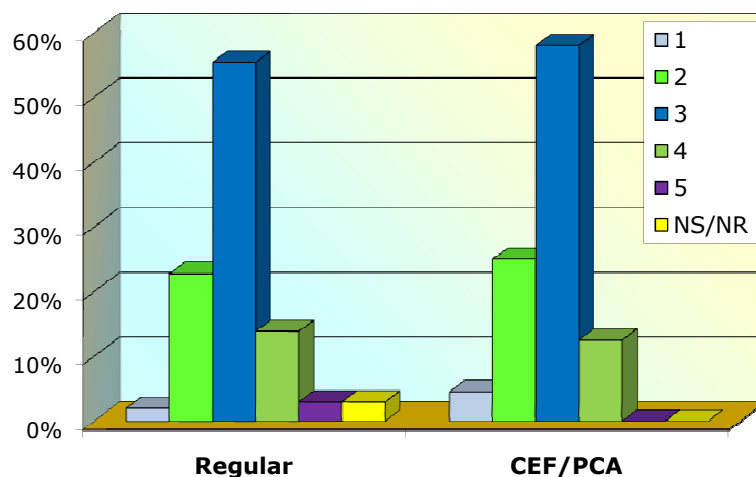
As notas médias dos alunos, são na maioria 3 para 2º e 3º ciclos, e entre 13 a 15 para o Secundário: 57% do total de alunos (ver *Tabela 21*); por grupos, 55% dos alunos do regular, e 58% dos alunos do CEF/PCA (ver *Figura 25*).

Os alunos do CEF/PCA, (com sistema de avaliação de 1 a 5, em que 1 e 2 são notas negativas) tiveram mais negativas em comparação com os alunos do regular (em que apenas o valor 1 é negativo).

**Tabela 21 - Notas Médias dos Alunos**

Notas	n	%
1 (- de 10)	6	3%
2 (10 a 12)	45	24%
3 (13 a 15)	107	57%
4 (16 a 18)	25	13%
5 (+de18)	3	2%
NS/NR	3	2%
Total	189	100%

**Figura 25 - Notas Médias dos Alunos, por Tipo de Ensino<sup>5</sup>**



Resumindo as características dos participantes, verifica-se que a amostra é mais ou menos equilibrada nos dois grupos (101 alunos do regular e 88 alunos do CEF/PCA), nas idades (entre 14 e 18 anos, com média de 15, 56 anos), e quanto ao

<sup>5</sup> As notas apresentadas correspondem às atribuídas no 2º e 3º ciclos, tendo a seguinte correspondência com as do secundário: "1" corresponde a "menos de 10", "2" a "de 10 a 12", "3" a "de 13 a 15", "4" a "de 16 a 18" e "5" a "mais de 18".

sexo (53% raparigas, 47% rapazes). Verifica-se equilíbrio quanto ao número de imigrantes por grupo, sendo que cerca de metade da amostra são adolescentes imigrantes e, cerca de metade de cada grupo são imigrantes. No que se refere aos países de origem, os de 1ª geração provêm mais do Brasil; e os de 2ª geração provêm de países Africanos. A maior parte vive com dois adultos responsáveis (casados, juntos, casal reconstruído), e 33% de adolescentes vivem em famílias monoparentais ou com outros familiares. Observa-se, ainda, quanto à família, semelhanças na média de idades do pai e mãe, habilitações literárias dos pais (maioria 2º e 3º ciclos até 9º ano incompleto), estatuto laboral dos pais (maioria de pai e mãe trabalham), em trabalhos que não requerem qualificação. No que se refere à escola, a maior parte dos alunos encontra-se no 9º ano, sendo este o ano com maior abrangência de idades (desde os 14 até aos 18 anos). A maioria dos adolescentes percebe-se sem dificuldades de aprendizagem, já reprovou, tem notas escolares na média, não falta às aulas ou falta pouco, e quando falta é na maioria com autorização do encarregado de educação.

No que se refere à comparação entre os grupos de participantes do ensino regular versus CEF/PCA, face aos dados sócio-demográficos, verifica-se por grupo:

- O grupo do ensino regular é constituído por 64% de raparigas; por famílias com menos filhos a viver em casa (maioria 1 ou 2 filhos); pais e mães com maiores habilitações literárias (60% das mães, 45% dos pais com estudos entre 9º ano e ensino superior); 75% das mães estão empregadas. Na escola, a maioria dos adolescentes frequenta o 11º ano, nunca reprovou, e dos que reprovaram, nenhum reprovou mais de 2 anos, e não faltou às aulas (nas últimas 4 semanas).
- O grupo do CEF/PCA é composto por 59% de rapazes; famílias com mais filhos a viver em casa (maioria 1 filho, mas vão de 1 a 5 filhos). Na escola, a maioria frequenta o 9º ano, reprovou mais e mais anos escolares; faltou às aulas (entre 1 a 5 vezes, nas últimas 4 semanas); mais notas negativas do que os do regular.

## 2. Competência Social (SSRS)

Na *Tabela 22* apresentam-se os valores médios para as subescalas e escala total do SSRS. As subescalas de *Cooperação* e *Empatia* apresentam médias relativamente maiores que as restantes subescalas.

**Tabela 22 - Descritivos das dimensões da escala de competências sociais**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Auto-controlo</b>	180	5	19	12,02	3,048
<b>Assertividade</b>	180	4	20	12,08	2,847
<b>Cooperação</b>	180	8	20	15,04	2,740
<b>Empatia</b>	180	4	20	15,05	3,077
<b>SSRS Total</b>	180	24	73	52,79	8,582

Na *Tabela 23* apresentam-se as correlações entre as diferentes sub-escalas do SSRS.

Todas as subescalas se correlacionam entre si.

**Tabela 23 - Correlações entre as subescalas da escala de competências sociais**

Competências Sociais	1	2	3	4	5
<b>1. Autocontrolo</b>	-	,333***	,520***	,345***	,719***
<b>2. Assertividade</b>		-	,364***	,558***	,751***
<b>3. Cooperação</b>			-	,468***	,753***
<b>4. Empatia</b>				-	,798***
<b>5. SSRS Total</b>					-

\* - < 0,05; \*\* - < 0,01 \*\*\* - < 0,001

Na *Tabela 24* apresentam-se as correlações entre os dados sócio-demográficos e o total e subescalas do SSRS.

**Tabela 24 - Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e acadêmicas e as subescalas da escala de competências sociais (SSRS)**

	Autocontrole	Assertividade	Cooperação	Empatia	SSRS TOTAL
Idade da criança <sup>(2)</sup>	<b>-,154**</b>	-,131	<b>-,149**</b>	-,112	<b>-,179**</b>
Idade da mãe <sup>(2)</sup>	<b>-,166**</b>	,061	-,043	,084	-,022
Idade do pai <sup>(2)</sup>	-,066	,099	,031	,101	,055
Nº de anos a residir no país <sup>(2)</sup>	-,233	,233	-,101	<b>,344**</b>	,096
Nº de menores de 18 anos que vivem na mesma casa <sup>(2)</sup>	,105	-,001	<b>,168**</b>	,033	,097
Escolaridade da mãe <sup>(1)</sup>	<b>,173*</b>	,078	<b>,109</b>	<b>,168*</b>	<b>,205**</b>
Escolaridade do pai <sup>(1)</sup>	<b>,237**</b>	<b>,159*</b>	,106	,155	<b>,241**</b>
Qualificação laboral da mãe <sup>(1)</sup>	,092	,163	,119	,125	,16
Qualificação laboral do pai <sup>(1)</sup>	<b>,184*</b>	<b>,232**</b>	<b>,185*</b>	<b>,190*</b>	<b>,275**</b>
Nº de reprovações <sup>(2)</sup>	-,091	-,073	-,081	<b>-,169*</b>	-,134
Absentismo <sup>(1)</sup>	-,086	-,069	-,104	<b>-,163*</b>	-,131
Notas escolares <sup>(2)</sup>	<b>,174*</b>	<b>,196**</b>	,138	,119	<b>,206**</b>

(<sup>1</sup>) - Correlação de Spearman; (<sup>2</sup>) - Correlação de Pearson; \* - < 0,05; \*\* - < 0,01

Os adolescentes mais velhos têm valores mais baixos nas subescalas de *Auto-controlo* ( $r_{(180)} = -,154$ ;  $p=0,039$ ), de *Cooperação* ( $r_{(180)} = -,149$ ;  $p=0,046$ ) e no total do SSRS ( $r_{(180)} = -,179$ ;  $p=0,16$ ).

A idade da mãe correlaciona negativamente com o *Autocontrolo* dos adolescentes ( $r_{(171)} = -,166$ ;  $p=0,030$ ) e o nº de crianças menores de 18 anos que vivem na mesma casa correlaciona positivamente com a subescala de *Cooperação* ( $r_{(180)} = ,168$ ;  $p=0,024$ ).

Os adolescentes cujas mães têm maior nível de estudos apresentam valores mais elevados no total do SSRS ( $r_{(170)} = ,205$ ;  $p=0,007$ ), maior *Autocontrolo* ( $r_{(170)} = ,173$ ;  $p=0,024$ ) e maior *Empatia* ( $r_{(170)} = ,168$ ;  $p=0,029$ ).

O nível de estudos do pai apresenta correlação positiva com o total do SSRS ( $r_{(159)} = ,241$ ;  $p=0,002$ ), o *Autocontrolo* ( $r_{(159)} = ,237$ ;  $p=0,003$ ) e a *Assertividade* ( $r_{(159)} = ,159$ ;  $p=0,045$ ).

Quanto maior a qualificação laboral do pai, maior o valor das subescalas e do total do SSRS: *Autocontrolo* ( $r_{(142)} = ,184$ ;  $p=0,028$ ), *Assertividade* ( $r_{(142)} = ,232$ ;

$p=0,006$ ), *Cooperação* ( $r_{(142)}= ,185$ ;  $p=0,027$ ) , *Empatia* ( $r_{(142)}= ,190$ ;  $p=0,024$ ) e total SSRS ( $r_{(142)}= ,275$ ;  $p=0,001$ ).

Os adolescentes com melhores notas escolares apresentam valores significativamente mais elevados no total do SSRS ( $r_{(178)}= ,206$ ;  $p=0,006$ ), no *Autocontrolo* ( $r_{(178)}= ,174$ ;  $p=0,020$ ) e na *Assertividade* ( $r_{(178)}= ,196$ ;  $p=0,009$ ).

Os adolescentes com maior número de reprovações têm valores mais baixos na subescala de *Empatia* ( $r_{(180)}= -,169$ ;  $p=0,024$ ).

Os adolescentes com maior número de faltas às aulas apresentam resultados significativamente mais baixos na subescala *Empatia* ( $r_{(179)}= -,163$ ;  $p=0,03$ ).

Dos adolescentes imigrantes, os que vivem há mais tempo em Portugal têm valores mais elevados na subescala da *Empatia* ( $r_{(55)}= ,344$ ;  $p=0,01$ ).

As restantes variáveis sócio-demográficas (idade do pai, qualificação laboral da mãe) não mostraram nenhuma associação estatisticamente significativa.

As raparigas apresentam valores médios significativamente mais elevados, do que os rapazes, no total do SSRS ( $t_{(160,783)}=3,268$ ;  $p=0,001$ ) e nas subescalas de *Autocontrolo* ( $t_{(178)}=2,199$ ;  $p=0,029$ ), *Cooperação* ( $t_{(160,091)}=4,527$ ;  $p=0,000$ ) e *Empatia* ( $t_{(162,786)}=4,069$ ;  $p=0,000$ ) (ver Tabela 25).

**Tabela 25 - Distribuição das médias das raparigas e rapazes na Escala de Competências Sociais**

	Raparigas (n = 95)		Rapazes (n = 85)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Auto-controlo	12,48	2,97	11,49	3,069	2,199	178	<b>,029</b>
Assertividade	12,00	2,729	12,16	2,987	-,387	178	,700
Cooperação	15,88	2,301	14,11	2,895	4,527	160,091	<b>,000</b>
Empatia	15,91	2,658	14,09	3,243	4,069	162,786	<b>,000</b>
SSRS Total	54,74	7,431	50,61	9,276	3,268	160,783	<b>,001</b>

Os adolescentes mais novos apresentam valores médios mais elevados em todas as subescalas e total do SSRS, sendo significativamente mais elevados no total do SSRS ( $t_{(178)}=2,311$ ;  $p=0,022$ ) e na subescala de *Autocontrolo* ( $t_{(178)}=2,203$ ;  $p=0,029$ ) (ver Tabela 26).

**Tabela 26 - Distribuição das médias dos adolescentes por idade agrupada na Escala de Competências Sociais**

	14-16 anos (n= 87)		17-18 anos (n= 93)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Auto-controlo	12,53	3,007	11,54	3,024	2,203	178	<b>,029</b>
Assertividade	12,36	2,841	11,82	2,844	1,272	178	,205
Cooperação	15,38	2,488	14,73	2,935	1,602	176,3	,111
Empatia	15,48	3,003	14,65	3,106	1,837	178	,068
SSRS Total	54,30	8,259	51,38	8,680	2,311	178	<b>,022</b>

Dos adolescentes imigrantes, os de 1ª geração apresentam valores médios mais elevados em todas as subescalas e total do SSRS, com valores significativos para o total do SSRS ( $U=482$ ;  $p=0,020$ ) e subescalas do *Autocontrolo* ( $U=439,50$ ;  $p=0,006$ ) e *Cooperação* ( $U=495$ ;  $p=0,028$ ) (ver Tabela 27).

**Tabela 27 - Distribuição e comparação das médias dos adolescentes por geração de imigração na Escala de Competências Sociais (Teste de Mann-Whitney)**

	1ª geração (n=57)		2ª geração(n=25)		U	p
	X	DP	X	DP		
Auto-controlo	12,67	3,10	10,44	3,36	439,50	<b>,006</b>
Assertividade	12,19	2,61	11,96	3,06	679,50	,737
Cooperação	15,37	2,59	13,80	3,03	495,00	<b>,028</b>
Empatia	15,30	3,35	14,20	3,62	570,50	,150
SSRS Total	54,07	8,59	49,04	10,27	482,00	<b>,020</b>

Os alunos do ensino regular apresentam valores médios mais elevados em todas as subescalas e total do SSRS, sendo significativo o total do SSRS ( $t_{(159,7)}=2,196$ ;  $p=0,030$ ), e as subescalas de *Autocontrolo* ( $t_{(178)}=2,252$ ;  $p=0,026$ ) e *Empatia* ( $t_{(178)}=2,421$ ;  $p=0,016$ ) (ver *Tabela 28*).

**Tabela 28 - Distribuição das médias dos adolescentes do ensino regular e do CEF/PCA na Escala de Competências Sociais**

	Ensino regular (n= 97)		CEF/PCA (n= 83)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Auto-controlo	12,48	2,919	11,47	3,121	2,252	178	<b>,026</b>
Assertividade	12,32	2,867	11,80	2,814	1,234	178	,219
Cooperação	15,22	2,310	14,84	3,172	,889	147,4	,376
Empatia	15,56	2,897	14,46	3,190	2,421	178	<b>,016</b>
SSRS Total	54,09	7,720	51,27	9,307	2,196	159,7	<b>,030</b>

Não foram encontradas relações significativas nem entre o total nem nas subescalas do SSRS com os acontecimentos de vida stressantes (*Autocontrolo*:  $r_{(174)}=-,053$ ;  $p= 0,485$ ; *Assertividade*:  $r_{(174)}=-,08$ ;  $p= 0,292$ ; *Cooperação*:  $r_{(174)}=-,044$ ;  $p= 0,566$ ; *Empatia*:  $r_{(174)}=,041$ ;  $p= 0,594$ ; *total SSRS*:  $r_{(174)}=-,05$ ;  $p= 0,512$ ). Apesar de não significativa, verifica-se uma correlação positiva entre a subescala *Empatia* e os *Acontecimentos de vida stressantes*.

### 3. Percepção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Kidscreen)

Na *Tabela 29* apresentam-se os valores médios para as dimensões e valor total do Kidscreen.

**Tabela 29 - Descritivos das dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Saúde, Actividade Física	180	1,60	5,00	3,68	0,79
Sentimentos	180	1,67	5,00	3,87	0,76
Estado Humor Geral	180	1,71	5,00	3,91	0,79
Sobre Ti Próprio	180	1,00	5,00	3,77	0,78
Tempo Livre	180	1,00	5,00	3,89	0,85
Família, Ambiente Familiar e Vizinhança	180	1,00	5,00	3,96	0,91
Questões económicas	180	1,00	5,00	3,86	0,99
Amigos	180	1,00	5,00	4,01	0,83
Escola Aprendizagem	180	1,17	5,00	3,55	0,72
Provocação	180	1,00	5,00	4,40	0,75
KIDSCREEN TOTAL	180	2,55	4,88	3,89	0,53

Na *Tabela 30* apresentam-se as correlações entre as dimensões do Kidscreen.

A maioria das dimensões do Kidscreen correlaciona positivamente entre si, à excepção das dimensões *Saúde e Actividade Física*, e *Escola e Aprendizagem*, ambas com a dimensão *Provocação*.

**Tabela 30 - Análise correlacional das subescalas do Kidscreen**

QUALIDADE DE VIDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Saude , Activ. Física	-	,471***	,293***	,250**	,295***	,270***	,208**	,352***	,210**	,074	,524***
2. Sentimentos		-	,659***	,444***	,491***	,533***	,343***	,561***	,454***	,201**	,789***
3. Estado Humor Geral			-	,539***	,456***	,514***	,388***	,376***	,306***	,364***	,752***
4. Sobre Ti Próprio				-	,414***	,383***	,313***	,219**	,197**	,364***	,631***
5. Tempo Livre					-	,530***	,341***	,552***	,222**	,377***	,729***
6. Família, A.F.Vizinhança						-	,505***	,539***	,204**	,226**	,745***
7. Questões económicas							-	,290***	,226**	,172*	,613***
8. Amigos								-	,324***	,307***	,700***
9. Escola Aprendizagem									-	,123	,487***
10. Provocação										-	,485***
11. KIDSCREEN Total											-

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Na *Tabela 31* apresentam-se as correlações entre os dados sócio-demográficos e o total e dimensões do Kidscreen.

**Tabela 31 - Correlações entre as variáveis sócio-demográficas e académicas e as dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)**

	Saúde, Actividade Física	Sentimentos	Estado Humor Geral	Sobre Ti Próprio	Tempo Livre	Família, A. Familiar e Vizinhança	Questões económicas	Amigos	Escola Aprendizagem	Provocação	KID_TOTAL
Idade da criança <sup>1</sup>	-,095	-,048	<b>-,197**</b>	,047	,008	-,073	-,104	-,097	-,114	,058	-,096
Idade mãe <sup>1</sup>	-,146	-,046	,051	-,077	-,028	-,007	,011	-,039	-,042	,058	-,039
Idade pai <sup>1</sup>	-,052	-,003	-,021	-,017	,005	,038	,013	,023	,023	,081	,015
Nº menores de 18 anos que vivem em casa <sup>1</sup>	,041	,037	-,022	-,002	-,055	<b>-,181*</b>	,002	,013	<b>,185*</b>	,021	-,002
nº anos a residir no país <sup>1</sup>	,173	,244	,206	,167	,200	<b>,411**</b>	,260	,221	<b>-,341*</b>	,264	<b>,298*</b>
Escolaridade mãe <sup>2</sup>	,013	,056	-,008	-,137	,045	,159	,096	,057	-,041	-,09	,026
Escolaridade pai <sup>2</sup>	-,032	,141	,13	-,081	,056	,001	,065	,1	,018	,019	,083
Qualificação laboral mãe <sup>2</sup>	,153	,127	,13	,082	,063	,106	<b>,214*</b>	,08	-,015	,048	<b>,173*</b>
Qualificação laboral pai <sup>2</sup>	-,007	,074	,004	-,078	-,041	,016	-,003	-,017	-,007	,07	-,001
Nº de reprovações <sup>1</sup>	,046	,094	-,061	,130	,110	,015	-,137	,013	-,010	-,113	,009
Absentismo escolar <sup>2</sup>	-,011	-,031	-,045	,112	,005	-,087	-,141	-,037	<b>-,158*</b>	-,144	-,088
Notas escolares <sup>1</sup>	<b>,194**</b>	<b>,182*</b>	,122	,081	-,027	,116	,217**	,141	,134	-,001	<b>,183*</b>

(<sup>1</sup>) - Correlação de Spearman; (<sup>2</sup>) - Correlação de Pearson; \* -  $< 0,05$ ; \*\* -  $< 0,01$

Os adolescentes mais velhos têm resultados mais baixos na dimensão *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = -,197$ ;  $p=0,008$ ).

Quanto maior o número de crianças e jovens a viver em casa, menor os valores da dimensão *Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça* ( $r_{(180)} = -,181$ ;  $p=0,015$ ) e maior os valores da dimensão *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,185$ ;  $p=0,013$ ).

A qualificação laboral da mãe apresenta correlação positiva com a dimensão *Questões Económicas* ( $r_{(130)} = ,214$ ;  $p=0,015$ ) e com o *total do Kidscreen* ( $r_{(130)} = ,173$ ;  $p=0,048$ ).

As notas escolares correlacionam positivamente com as dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $r_{(178)} = ,194$ ;  $p=0,009$ ), *Sentimentos* ( $r_{(178)} = ,182$ ;  $p=0,015$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(178)} = ,183$ ;  $p=0,015$ ).

Os estudantes com maior absentismo apresentam valores significativamente mais baixos na dimensão *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(179)} = -,158$ ;  $p=0,034$ ).

Nos adolescentes imigrantes, verifica-se uma correlação negativa entre o número de anos a residir em Portugal e a dimensão *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(55)} = -,341$ ;  $p=0,011$ ) e positiva com a dimensão *Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça* ( $r_{(55)} = ,411$ ;  $p=0,002$ ) e o *total do Kidscreen* ( $r_{(55)} = ,298$ ;  $p=0,027$ ).

Nas restantes variáveis sócio-demográficas (idade do pai e da mãe, escolaridade do pai e da mãe, qualificação laboral do pai e número de reprovações escolares) não mostraram nenhuma associação estatisticamente significativa.

Como se pode observar na *Tabela 32*, os rapazes apresentam valores médios significativamente mais elevados nas dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $t_{(178)}=-3,936$ ;  $p=0,000$ ) e *Estado de Humor Geral* ( $t_{(178)}=-1,965$ ;  $p=0,051$ ).

As raparigas apresentam um valor médio significativamente mais elevado na dimensão *Provocação* ( $t_{(156,4)}=2,911$ ;  $p=0,004$ ).

Apesar de não significativo, os rapazes apresentam valores médios mais elevados em quase todas as dimensões e total do kidscreen, à excepção das dimensões *Amigos, Escola e Aprendizagem*, e *Provocação* onde as raparigas apresentam valores mais elevados.

**Tabela 32 - Distribuição das médias das raparigas e rapazes nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)**

	Raparigas(n= 95)		Rapazes (n= 85)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Saúde, Actividade Física	3,47	,78	3,92	,74	-3,936	178,0	<b>,000</b>
Sentimentos	3,78	,79	3,97	,71	-1,705	178,0	,090
Estado de humor Geral	3,80	,79	4,03	,78	-1,965	178,0	<b>,051</b>
Sobre ti próprio	3,69	,80	3,86	,75	-1,437	178,0	,153
Tempo livre	3,79	,86	4,00	,84	-1,662	178,0	,098
Família, Ambiente familiar e Vizinhança	3,91	,98	4,03	,82	-,894	177,2	,373
Questões económicas	3,85	1,07	3,86	,91	-,042	177,7	,967
Amigos	4,06	,72	3,95	,94	,875	156,6	,383
Escola, Aprendizagem	3,62	,68	3,46	,75	1,503	178,0	,135
Provocação	4,55	,63	4,23	,83	2,911	156,4	<b>,004</b>
Kidscreen Total	3,85	,54	3,93	,52	-,984	178,0	,327

Os adolescentes mais novos apresentam valores médios significativamente mais elevados na dimensão *Estado de Humor Geral* ( $t_{(178)}=2,056$ ;  $p=0,041$ ), e mais baixos na dimensão *Provocação* ( $t_{(164,7)}=-2,193$ ;  $p=0,030$ ) (ver *Tabela 33*).

**Tabela 33 - Distribuição das médias dos adolescentes por idade agrupada nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)**

	14-16 anos (n= 87)		17-18 anos (n= 93)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Saúde, Actividade Física	3,79	,74	3,58	,83	1,796	178	,074
Sentimentos	3,92	,76	3,83	,75	,760	178	,448
Estado de humor Geral	4,03	,77	3,79	,80	2,056	178	<b>,041</b>
Sobre ti próprio	3,75	,81	3,79	,74	-,363	178	,717
Tempo livre	3,90	,84	3,88	,87	,153	178	,878
Família, Ambiente familiar e Vizinhança	4,08	,75	3,85	1,03	1,714	167,9	,088
Questões económicas	3,93	,87	3,78	1,10	1,043	173,3	,298
Amigos	4,09	,83	3,94	,83	1,146	178	,253
Escola, Aprendizagem	3,58	,70	3,52	,73	,602	178	,548
Provocação	4,28	,82	4,52	,66	-2,193	164,7	<b>,030</b>
Kidscreen Total	3,93	,50	3,85	,56	1,087	178	,279

Os adolescentes estudantes do CEF/PCA apresentam valores médios significativamente mais elevados para a dimensão *Escola e Aprendizagem* ( $t_{(178)} = -2,490$ ;  $p=0,014$ ), e mais baixos para a dimensão *Provocação* ( $t_{(178)}=2,020$ ;  $p=0,045$ ) (ver *Tabela 34*).

Nas restantes dimensões, apesar de os valores não serem significativos, verifica-se que os adolescentes do CEF/ PCA apresentam valores médios mais elevados em *Saúde e Actividade Física*, *Sentimentos*, *Sobre Ti Próprio*, *Tempo Livre*, *Amigos* e *total do Kidscreen*.

Os adolescentes estudantes do ensino regular apresentam valores, não significativos, mais elevados nas dimensões *Estado de Humor Geral*, *Família Ambiente Familiar e Vizinhança*, e *Questões Económicas*.

**Tabela 34 - Distribuição das médias dos adolescentes do ensino regular e do CEF/PCA nas dimensões da qualidade de vida (Kidscreen)**

	Ensino Regular (n= 97)		CEF / PCA (n= 83)		t	gl	p
	X	DP	X	DP			
Saúde, Actividade Física	3,67	,78	3,69	,80	-,184	178	,854
Sentimentos	3,78	,78	3,97	,72	-1,690	178	,093
Estado de humor Geral	3,91	,83	3,90	,74	,111	178	,911
Sobre ti próprio	3,68	,81	3,87	,73	-1,623	178	,106
Tempo livre	3,82	,84	3,98	,87	-1,200	178	,232
Família, Ambiente familiar e Vizinhança	4,03	,83	3,89	1,00	1,025	159,7	,307
Questões económicas	3,97	,96	3,72	1,03	1,664	178	,098
Amigos	4,01	,79	4,02	,88	-,076	178	,939
Escola, Aprendizagem	3,43	,69	3,69	,72	-2,490	178	<b>,014</b>
Provocação	4,51	,67	4,28	,82	2,020	178	<b>,045</b>
Kidscreen Total	3,88	,53	3,90	,53	-,252	178	,802

No que se refere à correlação entre as dimensões do kidscreen e os acontecimentos de vida stressantes (SVE), (como se observa na *Tabela 35*), verifica-se que a percepção / existência de mais acontecimentos de vida negativos está significativamente correlacionada com valores mais baixos nas dimensões *Estado de Humor Geral* ( $r_{(174)} = -,300$ ;  $p=0$ ), *Sobre Ti Próprio* ( $r_{(174)} = -,235$ ;  $p=0,002$ ), *Questões Económicas* ( $r_{(174)} = -,263$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(174)} = -,226$ ;  $p=0,003$ ), *Provocação* ( $r_{(174)} = -,168$ ;  $p=0,027$ ) e o *total do Kidscreen* ( $r_{(174)} = -,263$ ;  $p=0$ ).

**Tabela 35 - Análise correlacional das dimensões da qualidade de vida do adolescente e acontecimentos de vida negativos (SVE)**

	Saúde, Actividade Física	Sentimentos	Estado Humor Geral	Sobre Ti Próprio	Tempo Livre	Família, Ambiente Familiar e Vizinhança	Questões económicas	Amigos	Escola Aprendizagem	Provocação	KID_TOTAL
SVE	-0,122	-0,146	-,300**	-,235**	-0,081	-0,109	-,263**	-0,047	-,226**	-,168*	-,263**

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$

Na *Tabela 36* apresentam-se as correlações entre as subescalas do SSRS e as dimensões do Kidscreen.

**Tabela 36 - Análise correlacional das dimensões das competências sociais e da qualidade de vida do adolescente**

	Saúde, Acti. Física	Sentim.	Estado Humor Geral	Sobre Ti Próprio	Tempo Livre	Família, Ambiente Familiar e Vizinhança	Questões económicas	Amigos	Escola Aprendiz.	Provocação	Kidscreen TOTAL
Autocontrolo	,197**	,234**	,194**	-	0,015	,259**	0,09	,280**	,255**	0,109	,246**
Assertividade	,414**	,376**	,288**	0,081	0,142	,301**	,244**	,413**	,223**	0,081	,397**
Cooperação	0,104	,248**	,192*	0,029	0,015	,228**	,154*	,262**	,387**	0,13	,266**
Empatia	,218**	,318**	,193**	0,013	0,1	,238**	,167*	,404**	,208**	,162*	,311**
Total SSRS	,313**	,401**	,292**	0,041	0,098	,356**	,220**	,461**	,354**	,158*	,414**

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

No que se refere à correlação entre as subescalas e total do SSRS e as dimensões e total do Kidscreen, verifica-se que:

- O *Autocontrolo* correlaciona positivamente com as dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $r_{(180)} = ,197$ ;  $p=0,008$ ), *Sentimentos* ( $r_{(180)} = ,234$ ;  $p=0,002$ ), *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = ,194$ ;  $p=0,009$ ), *Família, Ambiente e Vizinhança* ( $r_{(180)} = ,259$ ;  $p=0$ ), *Amigos* ( $r_{(180)} = ,280$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,255$ ;  $p=0,001$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(180)} = ,246$ ;  $p=0,001$ ).

- A *Assertividade* apresenta correlação positiva com as dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $r_{(180)} = ,414$ ;  $p=0$ ), *Sentimentos* ( $r_{(180)} = ,376$ ;  $p=0$ ), *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = ,288$ ;  $p=0$ ), *Família, Ambiente e Vizinhança* ( $r_{(180)} = ,301$ ;  $p=0$ ), *Questões Económicas* ( $r_{(180)} = ,244$ ;  $p=0,001$ ), *Amigos* ( $r_{(180)} = ,413$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,223$ ;  $p=0,003$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(180)} = ,397$ ;  $p=0$ ).

- A Cooperação apresenta correlação positiva com as dimensões *Sentimentos* ( $r_{(180)} = ,248$ ;  $p=0,001$ ), *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = ,192$ ;  $p=0,01$ ), *Família, Ambiente e Vizinhaça* ( $r_{(180)} = ,228$ ;  $p=0,002$ ), *Questões Económicas* ( $r_{(180)} = ,154$ ;  $p=0,039$ ), *Amigos* ( $r_{(180)} = ,262$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,387$ ;  $p=0$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(180)} = ,266$ ;  $p=0$ ).

- A Empatia correlaciona positivamente com as dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $r_{(180)} = ,218$ ;  $p=0,003$ ), *Sentimentos* ( $r_{(180)} = ,318$ ;  $p=0$ ), *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = ,193$ ;  $p=0,009$ ), *Família, Ambiente e Vizinhaça* ( $r_{(180)} = ,238$ ;  $p=0,001$ ), *Questões Económicas* ( $r_{(180)} = ,167$ ;  $p=0,025$ ), *Amigos* ( $r_{(180)} = ,404$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,208$ ;  $p=0,005$ ), *Provocação* ( $r_{(180)} = ,162$ ;  $p=0,03$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(180)} = ,311$ ;  $p=0$ ).

- O total do SSRS correlaciona positivamente com as dimensões *Saúde e Actividade Física* ( $r_{(180)} = ,313$ ;  $p=0$ ), *Sentimentos* ( $r_{(180)} = ,401$ ;  $p=0$ ), *Estado de Humor Geral* ( $r_{(180)} = ,292$ ;  $p=0$ ), *Família, Ambiente e Vizinhaça* ( $r_{(180)} = ,356$ ;  $p=0$ ), *Questões Económicas* ( $r_{(180)} = ,220$ ;  $p=0,003$ ), *Amigos* ( $r_{(180)} = ,461$ ;  $p=0$ ), *Escola e Aprendizagem* ( $r_{(180)} = ,354$ ;  $p=0$ ), *Provocação* ( $r_{(180)} = ,158$ ;  $p=0,034$ ) e *total do Kidscreen* ( $r_{(180)} = ,414$ ;  $p=0$ ).

- Nenhuma subescala do *SSRS* correlaciona significativamente com as dimensões *Sobre Ti Próprio* e *Tempo Livre*.

.....

Considerando o foco do estudo na descrição da qualidade de vida relacionada com a saúde, e nas habilidades sociais, dos estudantes das escolas de Quarteira, de turmas regulares e de turmas CEF/PCA, serão apresentados e discutidos os principais resultados encontrados ao longo da investigação.

#### **1. Competência Social - Dimensões, forças e dificuldades:**

No que se refere às habilidades sociais, observou-se que os participantes apresentam médias mais elevadas nas subescalas de *Cooperação* e a *Empatia*, o que permite sugerir que os adolescentes mostram comportamentos mais positivos e adaptados socialmente no que se refere à ajuda e partilha com os outros e cumprimento de normas, e ao respeito e preocupação pelos pontos de vista dos outros. Verifica-se que, no total do SSRS, para um máximo possível de 80 valores, a média encontra-se em 52,79. Deste modo, permite perceber um valor médio baixo, e a existência de resultados dispersos (o maior valor obtido encontra-se na pontuação 73, e o mínimo em 24)<sup>6</sup>.

As subescalas correlacionam-se entre si, implicando a complexidade do comportamento social e a importância de diferentes factores na sua análise.

Verificaram-se correlações significativas entre as dimensões da competência social e os dados sócio-demográficos relativos ao sexo, idade, contextos familiar e escolar, e imigração.

---

<sup>6</sup> O facto de a escala não estar aferida para a população portuguesa, e sem dados normativos para poder comparar os resultados obtidos, constitui uma limitação à compreensão das médias obtidas em valores acima ou abaixo do esperado, para os adolescentes portugueses.

No *Auto-controlo*, apresentam resultados significativamente mais baixos, os adolescentes mais velhos. Estes resultados sugerem que a capacidade para lidar com os conflitos e para controlar as emoções é menor nos adolescentes mais velhos. Esta conclusão parece contradizer conclusões de outras investigações, em que os mais velhos apresentam uma tendência para um maior reportório de habilidades sociais e para um maior controlo social devido à ampla experiência (Gresham, Elliott et al., 2010; Kliewer, 1991, cit. por Cecconello & Koller, 2003). No entanto, nessas investigações os adolescentes mais velhos, que constituem a amostra, equivalem aos mais novos deste estudo (i.e. a idade menor neste estudo é 14 anos).

Os resultados significativamente mais elevados no Autocontrolo encontram-se nos mais novos, nas raparigas, nos imigrantes de 1ª geração, nos adolescentes cujas figuras parentais têm maior nível de escolaridade, e cujo pai tem uma maior qualificação laboral, nos alunos do ensino regular, e nos estudantes com melhores notas escolares.

Sabendo-se que o autocontrolo é um dos conjuntos de comportamentos mais valorizados em contexto escolar, relacionados com o sucesso escolar, estes resultados evidenciam a necessidade de maior atenção a esta competência e a promoção de condições para o seu desenvolvimento em contexto escolar.

Na *Cooperação*, relativa à capacidade para partilhar e ajudar os outros, os resultados mais baixos foram encontrados em adolescentes mais velhos, verificando-se a mesma tendência que no Autocontrolo, e implicando que, com a idade, os adolescentes tornam-se mais auto-centrados e menos apoiantes.

Os resultados mais positivos referem-se às raparigas, aos imigrantes de 1ª geração, ao maior número de crianças a viver em casa, e à maior qualificação laboral do pai, salientando-se a relevância da contribuição dos aspectos relativos ao contexto familiar para a aprendizagem de comportamentos de partilha e apoio aos outros.

Na *Empatia*, que implica preocupação e respeito pelos sentimentos e pontos de vista dos outros, são as raparigas, os imigrantes que vivem há mais tempo em Portugal, os adolescentes cuja mãe apresenta maior escolaridade, e cujo pai tem maior qualificação laboral, e os alunos do ensino regular que apresentam melhores habilidades.

Os resultados mais baixos relacionam-se positivamente com o maior número de reprovações e com o maior número de faltas às aulas. Estes dados poderão estar relacionados com o facto de os alunos que mais reprovam mudarem muitas vezes de colegas de turma, o que aliado ao maior número de faltas, não permite que estabeleçam ligações mais próximas e empáticas com os colegas e professores. Para além destes aspectos, outras variáveis que poderão estar associadas ao elevado número de reprovações e faltas, (como as dificuldades de aprendizagem, problemáticas comportamentais e desmotivação escolar), terão implicação negativa na empatia.

Apesar de não existirem correlações significativas entre habilidades sociais e acontecimentos de vida stressantes, estudos anteriores referem que a mudança de colegas de turma ou escola, e que outras situações escolares negativas, são acontecimentos stressantes que produzem um forte impacto emocional (Oliva, Jiménez-Morago, Parra, & Sánchez-Queija, 2008, cit. por Lorence, 2008; Poletto 2009). Contudo, salienta-se, que, mesmo não significativas, as correlações entre acontecimentos de vida stressantes e a maioria das habilidades sociais, foram negativas, implicando que um aumento de acontecimentos stressantes teria um impacto na redução das habilidades sociais. No entanto, na subescala *Empatia*, a tendência inverte-se, sugerindo que um aumento de acontecimentos de vida stressantes teria um aumento no nível da *Empatia* (resultando numa tendência para maior preocupação e respeito pelos sentimentos dos outros). Por outro lado, sendo os acontecimentos de vida stressantes mediados por processos de carácter biológico, psicológico e social (Lorence, 2008), a inexistência de correlações significativas com os acontecimentos de vida negativos poderá estar relacionado

com o facto de as estratégias e habilidades sociais utilizadas para lidar com os mesmos serem funcionais, considerando a sua associação com outros factores mediadores eficazes, e com a adaptação às características do contexto em que vivem.

A *Assertividade*, habilidade relativa à iniciativa para comportamentos como falar de si mesmo e responder adequadamente às acções dos outros, apresenta resultados mais elevados de acordo com o maior nível de escolaridade e qualificação laboral do pai, e com melhores notas escolares. A assertividade implica um conjunto de comportamentos que, tal como o autocontrolo, são muito valorizados em contexto escolar, funcionando como protectores ao desenvolvimento (Bandeira et al., 2009). Deste modo, verifica-se a associação entre um melhor desempenho escolar e melhor estatuto socioeconómico, e um aumento desta habilidade social.

De um modo geral, os dados obtidos pelas subescalas permitem identificar que os adolescentes com melhor competência social são: as raparigas, os mais novos, os imigrantes de 1ª geração, os alunos do ensino regular, com melhores notas escolares, e melhor estatuto socioeconómico dos pais.

As variáveis idade e sexo estão correlacionadas com as subescalas *Autocontrolo* e *Cooperação* e com o total das habilidades sociais, considerando que as raparigas e os mais novos desempenham um comportamento social mais adaptado e positivo.

Quanto à idade, e como referido acima, na medida em que anteriores investigações evidenciam uma melhoria da competência social à medida que aumenta a idade (Ceconello & Koller, 2003; Gresham, Elliott et al., 2010), seria de esperar que estudantes mais velhos tivessem, de acordo com o maior número de experiências, maior desenvolvimento ou níveis mais elevados nas habilidades sociais, o que, na maioria, não se verificou. Estes dados sugerem que no processo de desenvolvimento alguns factores contribuíram negativamente para a redução ou para um desenvolvimento negativo das habilidades sociais. Estes factores, de

acordo com as correlações significativas, estão relacionados com o contexto familiar e escolar. Considerando a relação positiva entre a idade e o número de experiências sociais, o aumento de experiências com a idade não significa necessariamente a existência de experiências positivas, no sentido do desenvolvimento de uma melhor competência social. Deste modo, pode existir, com a idade, uma acumulação de mais experiências de insucesso, baixas expectativas sobre as competências, e um subestimar das habilidades pessoais e sociais. Tendo como referência as variáveis escolares, verifica-se que os adolescentes mais velhos apresentam, necessariamente, um ou mais anos reprovados, pelo que, comparando-se com os colegas mais novos, poderão sentir-se menos competentes socialmente.

No que se refere ao sexo, as raparigas percebem-se como socialmente mais competentes. Estes resultados remetem, por um lado, para a relação com o tipo de ensino, sendo que mais raparigas se encontram no ensino regular, reprovaram menos vezes, e faltam menos às aulas. Por outro lado, remetem para uma questão social associada ao papel de género, correspondendo a uma maior adaptação e, provavelmente, a menos comportamentos externalizantes e mais internalizantes (e, portanto, menos visíveis e incómodos socialmente). Estes resultados vão ao encontro da relação já referida na literatura face à melhor competência social em raparigas (Ceconello & Koller, 2003; Bandeira, Rocha, Souza et al., 2006).

Os resultados reflectem a relevância do estatuto socioeconómico da família na competência social dos adolescentes. Relativamente ao trabalho e à qualificação do pai, os dados sugerem que este apresenta um maior contributo e impacto a nível financeiro na família, e a nível da promoção de mais oportunidades sociais e da estimulação do desenvolvimento do adolescente. As habilitações literárias mais elevadas, dos pais, pressupõem melhores oportunidades ao nível do trabalho (melhor qualificação) e a possibilidade de criar melhores condições e mais oportunidades ao nível da educação e desenvolvimento dos filhos.

Estudos referem a associação entre a existência de piores habilidades sociais e de mais comportamentos problemáticos nas crianças e adolescentes, com níveis socioeconómicos mais baixos e desfavorecidos (Bandeira, Rocha, Souza et al. 2006; Ferreira & Marturano, 2002, cit. por Feitosa et al., 2005). Outras investigações realçam que as dificuldades socioeconómicas estão associadas a uma menor exposição, das crianças e adolescentes, a factores promotores de desenvolvimento, a uma baixa estimulação e baixo envolvimento na escola por parte dos pais, e que estes factores podem levar ao desenvolvimento de mais problemáticas comportamentais, sociais e emocionais nos adolescentes (Ferreira & Marturano, 2002, cit. por Feitosa et al., 2005).

As variáveis relativas ao contexto escolar surgem altamente correlacionadas com as subescalas e com o total das habilidades sociais: a) o *Autocontrolo* aumenta em função das notas e tipo de ensino regular; b) a *Empatia* diminui em função do maior número de reprovações e de faltas, e aumenta de acordo com o tipo de ensino regular; c) a *Assertividade* aumenta com maiores notas escolares; e d) o total das habilidades sociais aumenta com maiores notas escolares e de acordo com o tipo de ensino regular. Estes resultados sugerem um impacto elevado do contexto escolar e funcionamento do adolescente dentro do mesmo, para o seu desenvolvimento social adequado e ajustado. Saliencia-se, tendo em conta a relação das variáveis escolares com as habilidades sociais, a importância da necessidade de continuidade e melhoria das medidas tomadas no que se refere à prevenção do insucesso e abandono escolar, e do aumento do envolvimento dos jovens com a escola.

Quanto ao tipo de ensino, verificam-se resultados mais elevados no grupo do ensino regular para todas as habilidades sociais, sendo mais significativas o *Autocontrolo*, a *Empatia*, e o total das habilidades sociais. Estes dados poderão estar direccionados para as próprias características do ensino, tal como com outras variáveis associadas ao tipo de ensino, nomeadamente, a ausência ou presença em menor grau de reprovações, menos dificuldades de aprendizagem e menos

problemáticas comportamentais. Nas turmas CEF/PCA a presença das condições referidas acima (i.e. dificuldades de aprendizagem, reprovações, problemáticas comportamentais), estão as associadas ao ingresso nestas turmas. Tendo em conta o ano escolar, o facto de terem reprovado mais (o que os coloca em atraso face aos outros adolescentes da mesma idade), pode ser uma condicionante ao sentimento de menor competência social. Desta forma, e a par de outras evidências face ao desenvolvimento de habilidades sociais e da competência escolar, sabe-se que crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam menos aceitação pelos pares, menos comportamentos sociais positivos e mais comportamentos sociais negativos (Bryan, 1982, Deshler, Schumaker, Warner, Alley & Clark, 1980, Gresham, 1981, Gresham & Reschly, 1987, Gresham et al., 1987, cit. por Lemos & Meneses, 2002; Feitosa et al., 2005).

Estudos referem, também, que o baixo desempenho escolar está associado a piores resultados nas habilidades relativas à responsabilidade, ao autocontrolo e à cooperação (Rosin-Pinola et al., 2007), e que os défices nas habilidades sociais estão associados aos comportamentos problemáticos e baixo desempenho escolar (Sheridon & Elliot, 1991; Lemos & Meneses, 2002). Estas relações entre dificuldades de aprendizagem e baixo desempenho escolar, com baixos resultados nas habilidades sociais, tal como o facto de os défices nas habilidades sociais levarem a problemas mais abrangentes nas áreas de funcionamento educacional, psicossocial e vocacional, associadas a abandono escolar, delinquência, psicopatologia na idade adulta, depressão e suicídio (Gresham, Cook et al., 2010), produzem um efeito borboleta naquilo que traduz um conjunto cumulativo de factores de risco ao desenvolvimento saudável do adolescente.

Considerando todos os aspectos referidos, mais uma vez se justifica a necessidade de intervir precocemente ao nível da promoção das competências para a vida, considerando todas as habilidades sociais, e da sua promoção num contexto alargado, envolvido e comprometido com os objectivos pretendidos, no sentido de evitar as consequências negativas previstas e as imprevisíveis.

## **2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde - Dimensões, aspectos mais e menos positivos:**

Os resultados indicam a existência de percepções positivas dos adolescentes face à saúde nas diferentes dimensões. Como mais positivas encontram-se as dimensões *Provocação*, seguida dos *Amigos*, sugerindo sentimentos mais positivos face à aceitação, não provocação e respeito pelo grupo, sentimento de pertença, qualidade da relação e suporte percebido dos amigos.

A dimensão *Ambiente Escolar e Aprendizagem* é a que apresenta resultados mais baixos, à luz dos resultados encontrados no estudo de Gaspar (2008a), no que se refere aos sentimentos negativos e insatisfação face à escola e à capacidade escolar.

Comparando os valores médios do presente estudo com os do manual Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52 (Gaspar & Matos, 2008a) e com os do estudo efectuado por Gaspar (2008a), sobre a qualidade de vida em crianças e adolescentes, verifica-se que, na maioria das dimensões, os adolescentes portugueses apresentam valores semelhantes. Quanto à amostra do presente estudo, verificam-se valores médios ligeiramente superiores, para a maioria das dimensões, nomeadamente: *Saúde e Actividade Física*; *Ambiente Escolar e Aprendizagem* (apesar destas duas dimensões, neste estudo, apresentarem os valores mais baixos); *Estado de Humor Geral*; *Sobre ti próprio*; *Tempo Livre*; *Questões Económicas*; *Amigos*; e *Provocação*. Para as dimensões *Sentimentos e Família*, *Ambiente Familiar e Vizinhaça*, os valores médios desta amostra, são ligeiramente inferiores (ver tabela de comparativos em Anexo G).

Comparativamente com a média dos adolescentes portugueses, os participantes neste estudo apresentam mais sentimentos positivos associados aos amigos e à relação de grupo.

Os resultados mais negativos, de acordo com a média dos adolescentes portugueses, reflectem-se em um menor bem-estar psicológico (menos emoções positivas e menor satisfação com a vida - *Sentimentos*), e menor percepção de

apoio e suporte familiar (*Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça*). Estes dados remetem para as mudanças psicossociais decorrentes da adolescência, e da maior valorização, nesta fase, dos amigos e das vivências e experiências com os mesmos, implicando um maior afastamento da família. No entanto, dentro da amostra, as dimensões que mostram resultados mais baixos indicam maior insatisfação face à escola e à capacidade escolar, e mais mal-estar físico (i.e. menos energia e actividade física).

As variáveis sócio-demográficas relativas à idade, sexo, contextos escolar e familiar, e imigração influenciam a percepção das dimensões da QVRS.

Os adolescentes mais velhos apresentam mais emoções depressivas e stressantes (*Estado de Humor*). Este resultado vai ao encontro de outros estudos, onde se verificou que os adolescentes mais velhos apresentavam mais sintomas psicológicos (depressivos, ansiedade, irritação) e mais sentimentos de solidão (Chipuer, Bramstand & Pretty, 2003, cit. por Gaspar, 2008a; Matos 2007).

Os adolescentes mais novos apresentam maior sentimento de rejeição, provocação e de ansiedade no grupo de pares. O mesmo resultado, para os adolescentes mais novos, foi evidenciado no estudo da avaliação da QVRS em crianças e adolescentes, do projecto Kidscreen, em Portugal (Gaspar, Matos et al., 2008).

Os rapazes percebem mais bem-estar físico, (correspondendo à percepção de uma boa forma física, sentirem-se com energia, activos e saudáveis) (*Saúde e Actividade Física*), e mais bem-estar ao nível do humor (*Humor Geral*). As raparigas sentem-se mais aceites e respeitadas pelos pares, e menos provocadas (*Provocação*).

As restantes dimensões não apresentam diferenças significativas face ao sexo, apesar de se verificar uma tendência para resultados mais altos nos rapazes (excepto nos *Amigos*, e em *Escola e Aprendizagem*, e significativamente, em *Provocação*, onde as raparigas apresentam valores mais altos). Estes resultados vão ao encontro dos identificados no estudo de Gaspar (2008a), em que os rapazes

apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida relacionada com a saúde. Os resultados de uma percepção mais positiva, pelas raparigas, da dimensão *Provocação*, vão ao encontro de outros estudos (Bergman & Scott 2001, Bisegger & European KIDSCREEN Group, 2005, Chipuer, et al, 2003, Haugland et al. 2001, Roeser et al. 2001, Simeoni et al., 2000, Topolski et al., 2001, cit. por Gaspar, 2008a).

No contexto escolar, o maior absentismo, e ser de uma turma CEF/PCA, estão relacionados, respectivamente, com maior insatisfação com a escola (e com as capacidades cognitivas, relação com professores e vida escolar), e com mais sentimentos de rejeição, de provocação e de ansiedade no grupo de pares.

Por outro lado, o melhor desempenho escolar está associado significativamente com maior bem-estar físico (energia, actividade, sentir-se saudável - *Saúde e Actividades Física*) e com maior bem-estar psicológico (emoções positivas e satisfação com a vida - *Sentimentos*). Os alunos de turmas CEF/PCA, e os alunos com menor absentismo, apresentam uma maior satisfação face à escola, vida escolar e capacidades cognitivas.

Atendendo aos grupos, são os alunos de turmas CEF/PCA, como referido, que apresentam valores médios significativamente mais elevados para a dimensão *Escola e Aprendizagem*, (reflectindo maior satisfação face à escola). Nas restantes dimensões, apesar de os valores não serem significativos, verifica-se a tendência de os adolescentes de turmas CEF/ PCA apresentarem valores médios mais elevados, nomeadamente, em *Saúde e Actividade Física*, *Sentimentos*, *Auto-percepção*, *Tempo Livre*, e *Amigos*. Estes resultados, sugerem que, comparativamente aos alunos de turmas regulares, os alunos de turmas CEF/PCA apresentam mais energia, mais sentimentos positivos e bem-estar psicológico, sentem-se melhor com a sua imagem, mais autonomia, e são mais aceites, apoiados e incluídos no grupo de pares. Contudo, os alunos do CEF/PCA apresentam, significativamente, mais sentimentos de rejeição e provocação pelos adolescentes da mesma idade. Este aspecto parece estar relacionado com o facto

de serem os alunos do CEF/PCA os que apresentam resultados significativamente mais baixos na competência social. Tendo em conta as variáveis escolares, estes adolescentes apresentam mais dificuldades psicossociais do que os adolescentes da mesma idade, e no ensino regular, pelo que, estas diferenças podem levar a que se sintam mais rejeitados e provocados pelos outros.

Os alunos de turmas do regular, apresentam resultados significativamente mais elevados na dimensão *Provocação*, o que significa um maior sentimento de aceitação, respeito e menos sentimentos de provocação pelos pares. Estes adolescentes apresentam também maior tendência, não significativa, para se sentirem bem e de bom humor, mais apoiados e seguros no ambiente familiar, e para se sentirem satisfeitos com os recursos económicos.

No que se refere às principais diferenças entre os dois grupos, verifica-se que nas turmas CEF/PCA os dados mais positivos estão mais relacionados com o bem-estar social (escola e amigos), e psicológico, e menor impacto positivo de aspectos relativos à família. Neste sentido, é na escola que os adolescentes passam mais tempo e têm mais oportunidade de estar com os amigos (com quem se sentem bem). Por outro lado, as características associadas ao grupo de alunos de turmas CEF/PCA levaria à expectativa de que este grupo apresentasse valores mais baixos nesta dimensão, o que indica que a escola e o contexto escolar funcionam como factor protector aos adolescentes.

Os alunos de turmas do regular apresentam aspectos mais positivos relacionados com bem-estar social (boas relações com amigos e em família), comportamentos de saúde (provocação) e menos satisfação com a escola e a sua capacidade de aprendizagem. Estes resultados relativos à escola poderão estar relacionados com uma maior noção de dificuldades e exigências, e uma maior competitividade, relativas à vida escolar. Para além destes aspectos, as próprias componentes curriculares, organização do tempo e o envolvimento dos alunos com tarefas extra-escola, são diferentes nos dois tipos de ensino. Desta forma, seria pertinente uma análise futura, dos adolescentes em contexto escolar, que

considerasse outros factores associados à satisfação com a escola e com o ensino, de modo a perceber o impacto dessas variáveis mais específicas e a relação das mesmas com, por um lado, a competência social, e por outro, a qualidade de vida relacionada com saúde.

No que se refere ao tipo de ensino, o currículo nas turmas CEF/PCA é tendencialmente mais prático, as metodologias são menos expositivas, e o ensino é mais orientado para os interesses dos alunos. Os alunos destas turmas, apesar de caracterizados como grupo de alunos com mais dificuldades psicossociais, relativas à existência de problemáticas de aprendizagem, comportamentais, emocionais, familiares, sociais, considerando o tipo de ensino, têm mais oportunidades de enquadrar o ensino escolar às suas capacidades, necessidades, obtendo mais sucesso nos resultados escolares, e no caso das turmas CEF, a uma possível orientação para a vida profissional activa.

Salientam-se, ainda, dois aspectos de extrema relevância na análise dos dados relativos à diferença entre os grupos. Primeiro, no que se refere à escola e ao contexto escolar, algumas turmas CEF e as PCA já foram envolvidas em programas de promoção de competências psicossociais e de saúde. As turmas do ensino regular são, por outro lado, as mais pró-activas em actividades de maior responsabilidade e empenho no âmbito da educação para a saúde, do plano curricular. Em segundo lugar, e considerando todos os adolescentes envolvidos, alguns podem ter respondido de acordo com o que julgam ser esperado deles.

No contexto familiar, quanto maior o número de crianças a viver em casa, menos os adolescentes se sentem seguros, compreendidos e apoiados pelos pais (resultados mais baixos em *Família e Ambiente Familiar*). Este resultado poderá estar relacionado com o facto de, com um maior número de crianças e/ou adolescentes em casa, menor tempo e disponibilidade psicológica haverá, por parte dos pais, para dedicar a cada deles em particular. A existência de determinados aspectos na estrutura familiar, como a existência de muitos filhos, o baixo envolvimento e suporte dos pais, e dificuldades no relacionamento entre pais e

filhos, são considerados como factores de risco ao desenvolvimento, e que levam a problemas de comportamento (Feitosa et al., 2005; Schroeder & Gordon, 1991, cit. por González et al., 2004).

Por outro lado, a maior satisfação com a escola está associada a adolescentes que vivem em casas com maior número de crianças. Mais uma vez, este aspecto parece realçar a importância da escola como um contexto fundamental de apoio, segurança e desenvolvimento saudável, sendo que o facto de o adolescente viver com mais crianças e adolescentes em casa poderá estar relacionado com factores emocionais associados ao sentimento de menor suporte familiar e maior suporte no contexto escolar, nomeadamente, nos amigos e professores.

O maior estatuto socioeconómico (maior qualificação laboral da mãe) indica uma maior satisfação com os recursos financeiros, e com o estilo de vida que estes permitem ao adolescente. Este resultado parece salientar o impacto do papel da mãe na percepção de melhores condições económicas, logo, melhoria da qualidade de vida. Este aspecto pode, ainda, relacionar-se com o facto de ser a mãe a figura mais envolvida na vida social e escolar dos adolescentes, e de ser aquela a responsável por dar dinheiro e ajudar os filhos nas suas actividades.

Dos imigrantes, os que vivem há mais tempo em Portugal apresentam um sentimento de maior apoio, compreensão e suporte por parte dos pais. Contudo, parece existir uma relação de não integração no contexto escolar dos imigrantes que se encontram há mais tempo no país, verificando-se um sentimento de mais proximidade à família, e de se sentirem mais compreendidos e apoiados em família. Este resultado está relacionado com o facto de estes imigrantes apresentarem, também, resultados mais baixos na dimensão *Escola e Aprendizagem*.

Maior estatuto socioeconómico (qualificação do trabalho da mãe), melhor desempenho escolar (notas escolares) e maior tempo em Portugal pelos imigrantes indicam uma percepção global significativamente mais positiva, reflectindo a importância da família, escola e integração social e comunitária nos diferentes

contextos, aliados ao bem-estar físico, psicológico e social, como factores protectores ao desenvolvimento saudável.

As diferentes dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde apresentam uma correlação positiva entre si, implicando a influência das diferentes áreas entre si e a contribuição de todos os factores para a melhoria da qualidade de vida, do desenvolvimento saudável e da satisfação com a vida.

No que se refere aos acontecimentos de vida stressantes, verificou-se que estes não apresentam correlações significativas com as habilidades sociais. No entanto, mostram influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde. Assim, a existência de um maior número de acontecimentos de vida stressantes está associada a resultados mais baixos no bem-estar emocional (emoções positivas, auto-estima) material (satisfação com os recursos financeiros) social (sentir-se aceite pelos pares, satisfeito com a escola e relações na mesma) e na qualidade de vida relacionada com a saúde de modo global. Estes resultados mostram a influência dos acontecimentos de vida stressantes no desenvolvimento global saudável, na adolescência, à luz do referido por diversos autores, considerando que a acumulação de acontecimentos stressantes pode implicar o desencadear de problemáticas emocionais e relacionais, e uma menor satisfação com a vida, e colocar em causa o ajustamento psicossocial, (Gaspar, 2008c; Matos, 2008c; Lorence, 2008; Poletto et al., 2009).

### **3. Relação entre Habilidades Sociais e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

Todas as habilidades sociais correlacionam positivamente com as dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde, resultando numa evidente e mútua influência entre os factores relativos ao bem-estar físico, emocional, psicológico e social com o desenvolvimento e desempenho de habilidades sociais e, entre a competência social e uma percepção mais positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Um maior *Autocontrolo*, (capacidade para lidar com os conflitos e para controlar as emoções) correlaciona positivamente com a) bem-estar físico; b) bem-estar psicológico, emoções positivas, satisfação com a vida; c) bem-estar emocional, (bom humor); d) relação com pais e ambiente familiar de qualidade; e, e) satisfação com competência escolar e ambiente escolar.

A *Cooperação* (capacidade para partilhar e ajudar os outros) e a *Empatia* (preocupação e respeito pelos sentimentos e pontos de vista dos outros), sendo estas as habilidades sociais mais positivas dos adolescentes, correlacionam positivamente com as dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde, à excepção da *Provocação* e da *Saúde e Actividade Física*.

A *Provocação*, ou o sentir-se aceite pelo grupo e não provocado/agredido, não correlaciona com habilidades sociais específicas, no entanto, apresenta uma correlação positiva com o global das habilidades sociais. Isto indica que a competência social pode influenciar a relação com os outros e os sentimentos de rejeição e provocação, tal como esses sentimentos (aceitação, provocação) condicionam o desempenho social.

A *Assertividade* (relativa à iniciativa para comportamentos como falar de si mesmo e responder adequadamente às acções dos outros) apresenta mais correlações significativas com as dimensões relativas à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. À excepção da *Provocação*, o conjunto de comportamentos relativos à *Assertividade* mostram uma correlação entre bem-estar físico; bem-estar psicológico, emoções positivas, satisfação com a vida; bem-estar emocional, bom humor; relação com pais e ambiente familiar de qualidade; qualidade e satisfação com os recursos financeiros; relações interpessoais positivas e sentimento de apoio social dos amigos; satisfação com competência escolar e ambiente escolar.

Não se verificam relações significativas entre as habilidades sociais e o *Tempo Livre* (autonomia, capacidade de gerir o tempo social e de lazer e percepção de oportunidades para participar em actividades sociais). Este resultado é contrário

ao que seria de esperar, considerando indicações de outras investigações, no que se refere à relação entre a melhoria das habilidades sociais e melhoria da saúde (González et al., 2004; Matos, 2008a, 2008b, 2008c; Matos & Spence, 2008; Poletto et al., 2009; Silva & Murta, 2009). A ocupação saudável de tempos livres, e a oferta de alternativas saudáveis para a ocupação de tempos livres é considerado fundamental na promoção da competência social e da saúde (Matos, 2008c) e no que refere à promoção de comportamentos de saúde e de oportunidades de desenvolvimento das habilidades sociais. A autonomia/independência relativos à ocupação de tempos livres, é fundamental na promoção da saúde na adolescência, visto resultar na melhoria do bem-estar físico, social e psicológico (Gaspar, 2008c), e no desenvolvimento de competências como o autocontrolo, resistência, cumprimento de regras e responsabilidade (Gomes, 2001).

#### **4. A Competência Social e a percepção da QVRS dos adolescentes: Indicações para programas preventivos**

Podem ser identificados factores que contribuem para um aumento de condições de risco e de protecção, e para a aprendizagem e desenvolvimento saudável dos adolescentes participantes. No entanto, estes factores, considerando a relação com outros factores contextuais, pessoais e relacionais, que não foram considerados na análise, poderão ter maior ou menor impacto no risco ou na protecção.

Como condições menos favoráveis, considera-se a existência de condicionantes pessoais e relativas aos contextos familiar e escolar:

- Estrutura e ambiente familiar: Elevado número de adolescentes com famílias monoparentais, e que vivem com outros familiares; famílias com muitos filhos;

baixo suporte e apoio, baixo envolvimento da família; baixo estatuto socioeconómico<sup>7</sup> (habilitações literárias e qualificação laboral dos pais);

- Contexto escolar: Elevado número de reprovações, essencialmente nas turmas CEF; baixas expectativas escolares e não reconhecimento das próprias dificuldades; baixa satisfação com o *Ambiente Escolar e Aprendizagem*, e com as competências escolares; baixas habilidades sociais em alunos de turmas CEF/PCA;
- Pessoais: Baixos níveis de actividade física; baixas habilidades sociais nos adolescentes mais velhos e nos rapazes; percepção menos positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde pelas raparigas, e mais sintomas psicológicos nos mais velhos.

Como condições protectoras identificam-se as relativas ao:

- Contexto familiar: Estatuto socioeconómico mais elevado em algumas famílias; o papel da família como contexto protector face ao desenvolvimento da competência social e à percepção de melhor qualidade de vida ao nível da saúde;
- Contexto escolar: Tipo de ensino, mais especificamente, uma relação mais próxima e significativa com a escola e a oportunidade de ter bons resultados escolares, não reprovar de ano e pertencer a uma turma regular; o papel fundamental da escolar como local de protecção, educação, e socialização;
- Pessoais: Adequada competência social, essencialmente, nos mais novos, nos estudantes de turmas do regular; empatia e cooperação elevadas; boas relações com os amigos e a percepção de pertença ao grupo.

---

<sup>7</sup> Conhece-se, de acordo com diagnósticos sociais de Quarteira, que as famílias apresentam graves dificuldades e carências socioeconómicas, implicando a existência de muitas famílias em risco psicossocial. Deste modo, verifica-se que, associado à baixa escolaridade e qualificação laboral dos pais, existem carências económicas em muitas famílias. No entanto, os adolescentes não as identificam, quer por razões de distanciamento face a estas dificuldades, por protecção familiar, por protecção social associada a abonos familiares e abono escolar, quer por, de acordo com o contexto, não se verificarem grandes diferenças socioeconómicas entre os pares, e determinados estilos de vida, enquadrados no contexto sociocultural, resultarem como funcionais.

No que se refere à relação entre competência social e saúde, considera-se que a melhoria no desempenho de habilidades sociais é um factor de protecção à saúde e ao desenvolvimento do adolescente e de prevenção de comportamentos de risco (Silva & Murta, 2009), relacionando-se com a melhoria das competências académicas, do relacionamento interpessoal, maior aceitação pelos pares e menos problemas de comportamento, e apresentando uma contribuição positiva para o ajustamento psicológico (social e emocional), e para a capacidade para lidar com acontecimentos de vida negativos (resiliência) (Matos, 2008c).

Deste modo, promover a melhoria de habilidades sociais é promover a saúde e a qualidade de vida relacionada com a saúde, tal como promover a saúde é promover a melhoria do desempenho social. De acordo com a literatura, a promoção e o treino de habilidades sociais relacionam-se com melhorias: no desempenho e envolvimento escolar; no relacionamento com os colegas; no autocontrolo, empatia, e cooperação; na autonomia; na pró-actividade; na utilização de mais informação nas escolhas; na capacidade para lidar com acontecimentos de vida stressantes; no aumento dos comportamentos de saúde; e na opção por estilos de vida saudáveis (Elliot et al., 2001; Gaspar, 2008b; Gresham & Elliot, 1987; Lemos & Meneses, 2002; Feitosa et al., 2005; Matos, 2008a).

Os resultados reflectem uma forte relação entre dados sócio-demográficos relativos à idade e ao sexo, ao contexto escolar e familiar, e imigração, salientando as correlações com as variáveis relativas à escola. A escola surge como um contexto protector no desenvolvimento dos adolescentes, aliado aos amigos e à relação com os mesmos.

Deste modo, aponta-se a necessidade de elaboração e implementação de programas de competências psicossociais, em contexto escolar, considerando sempre o envolvimento de outros contextos relacionais como os amigos e a família. Afirma-se, assim, que os programas preventivos devem ser de carácter universal, e não apenas destinados a grupos onde se identificam condições de maior risco. No

entanto, e à luz do definido por outros autores, a prevenção selectiva deve ser considerada e desenhada tendo em conta as dificuldades específicas de grupos mais vulneráveis ao risco, nomeadamente estudantes com dificuldades no funcionamento cognitivo, académico, emocional e comportamental (Gresham et al., 2001). Considerando os dados relativos à QVRS, e ao impacto dos amigos na mesma, considera-se que os programas de intervenção preventiva devem ser aplicados em turmas, e não individualmente, ou em grupos reduzidos.

No que se refere às áreas e competências a trabalhar, considerando os resultados das habilidades sociais, e da percepção da qualidade de vida, considera-se relevante a intervenção que tenha em conta:

- A melhoria da satisfação com o contexto escolar e capacidade escolar, e melhoria do bem-estar físico, através de promoção de competências psicossociais, envolvimento em actividades lúdico-pedagógicas relevantes aos interesses e necessidades da adolescência, e da promoção de oportunidades de ocupação saudável de tempos livres, desportivas, lúdicas e criativas;
- A abrangência de diferentes áreas (informação, treino de competências, ocupação de tempos livres), habilidades de vida e comportamentos de saúde;
- O envolvimento dos adolescentes, através de técnicas práticas, em actividades de identificação, reconhecimento, e recurso a ofertas da comunidade face ao apoio social e físico, no âmbito da saúde;
- A integração dos jovens em actividades de turmas e escolares, que impliquem partilha, compreensão, e treino de comportamentos responsáveis e assertivos; A promoção de acções de educação para a saúde através de actividades práticas, que permitam uma identificação e envolvimento pessoal e de grupo com as mesmas, e não como mais uma componente lectiva e curricular;
- A identificação e o treino em habilidades de auto-conhecimento e auto-estima, no sentido de uma melhoria das fragilidades ao nível do auto-conceito;

- A utilização de estratégias de intervenção cognitivo-comportamentais, e outras estratégias que trabalhem, indirectamente, o autocontrolo dos adolescentes, tal como a promoção de competências para a vida, que surgem como competências associadas (emocionais, cognitivas e sociais) à capacidade de autocontrolo;
- As diferenças de género nos adolescentes e a adequação de estratégias de promoção das habilidades sociais a rapazes e a raparigas;
- A promoção de estratégias de resolução de conflitos, auto-conhecimento e auto-estima, cooperação e treino da assertividade na comunicação, sempre com metodologias activas;
- Uma intervenção preventiva que previna de facto. Neste sentido, fundamenta-se a necessidade de promoção de habilidades sociais e de comportamentos de saúde, mais cedo, e nos mais novos, no sentido de reduzir o impacto de alguns factores de risco, nomeadamente, no contexto familiar e escolar, para prevenir problemas mais tardios.
- A sensibilização à família e à sua participação partilhada em actividades de promoção da saúde;
- O envolvimento dos pais em actividades nas diferentes áreas temáticas de promoção da saúde, sobretudo, nas actividades práticas e com os adolescentes.

Estas indicações só farão sentido numa comunidade motivada e responsabilizada pelo seu sistema político, educativo, e de saúde, assumindo que a eficácia das intervenções depende do suporte financeiro e de estratégias comunitárias na melhoria das condições básicas de vida, e básicas de saúde.

## **5. Limitações e Perspectivas Futuras:**

Foram encontradas, ao longo da investigação, algumas limitações à mesma. Deste modo, considera-se neste estudo, e como recomendação para possíveis estudos no mesmo âmbito, a necessidade de uma validação e aferição da escala SSRS, versão estudantes, para a população portuguesa, no sentido de

compreender melhor a competência social dos adolescentes, em contexto escolar, nos diferentes níveis e tipos de ensino.

Para uma clara e objectiva noção da competência social dos adolescentes, e para a avaliação e conhecimentos acerca das suas habilidades sociais, seria relevante considerar as indicações dos diferentes autores, nomeadamente, o uso de diferentes instrumentos e procedimentos, de diferentes indicadores directos e indirectos dessas dimensões, e de diferentes informantes (pais, professores).

Salienta-se, como referido, a pertinência do conhecimento de outros factores relativos ao funcionamento escolar e à satisfação escolar, de modo a melhor compreender o impacto deste contexto nas habilidades sociais e qualidade de vida relacionada com a saúde, dos adolescentes. Deste modo, seria importante a análise dos contextos familiar e escolar, tanto na percepção da competência social, como na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes, como percepção das competências desses contextos para intervir na promoção da saúde.

No que se refere à amostra, considera-se a importância da existência de uma amostra mais alargada, que pudesse representar diferentes fases na adolescência, que englobasse adolescentes mais novos, nomeadamente, nomeadamente, a partir do 5º ano de escolaridade.

Seria, ainda, relevante, principalmente num sentido de avaliação para intervir, compreender outros comportamentos de saúde da mesma população (e.g. comportamentos e atitudes face aos consumos, sexualidade, acesso a recurso de saúde).

## Considerações Finais

---

Este estudo pretendeu uma descrição das habilidades sociais e da qualidade de vida relacionada com a saúde, de jovens estudantes em Cursos de Educação e Formação, Percursos Curriculares Alternativos e no Ensino Regular, das escolas E.B 2,3 e Secundária de Quarteira. A descrição das habilidades sociais e da percepção da QVRS dos adolescentes teve por base a análise dos aspectos mais positivos e dos mais baixos, relativos ao nível das dimensões da competência social e da QVRS, tal como, da relação entre estas dimensões e variáveis sócio-demográficas (nomeadamente, o tipo de ensino). Como objectivo secundário à avaliação das habilidades sociais e da QVRS dos adolescentes, pretendeu-se uma reflexão acerca dos resultados no sentido de uma definição de indicações para a criação ou redefinição de programas preventivos de promoção da saúde, no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar.

De uma forma global, conclui-se que os adolescentes apresentam desenvolvidas habilidades sociais e uma percepção positiva da sua qualidade de vida relacionada com a saúde, salientando-se como mais positivos, os comportamentos que indicam preocupação e respeito pelos sentimentos e pontos de vista dos outros e a capacidade para partilhar e ajudar os outros (*Empatia e Cooperação*), nas habilidades sociais, e sentimentos mais positivos face à aceitação, não provocação e respeito pelo grupo, sentimento de pertença, qualidade da relação e suporte percebido dos amigos (*Provocação e Amigos*), na QVRS.

Comparativamente com a média de resultados dos adolescentes portugueses, os participantes neste estudo apresentam, por um lado, mais sentimentos positivos associados aos amigos e à relação de grupo, e por outro, um menor bem-estar psicológico (menos emoções positivas e menor satisfação com a

vida - *Sentimentos*), e uma menor percepção de apoio e suporte familiar (*Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça*).

As habilidades sociais mais positivas dizem respeito à empatia e à cooperação, significando que os adolescentes, estão mais envolvidos com os outros, nomeadamente, os amigos, e apresentam habilidades sociais mais desenvolvidas no que se refere à relação e qualidade da relação com os outros. As habilidades que requerem mais auto-controlo, auto-gestão emocional e comportamental, e maior implicação pessoal na comunicação com os outros estão menos positivas. Do mesmo modo, na percepção da QVRS, são as dimensões relacionadas com a qualidade da relação com os outros, com os sentimentos de pertença e não provocação, que apresentam melhores resultados.

No que se refere às correlações positivas entre as variáveis sócio-demográficas e as habilidades sociais e a QVRS, estas dizem respeito ao sexo, idade, imigração, variáveis familiares, e variáveis escolares.

Deste modo, apresentam melhores habilidades sociais os adolescentes mais novos, as raparigas, dos imigrantes os de 1ª geração e os que estão há mais tempo em Portugal, a maior escolaridade e estatuto socioeconómico dos pais (qualificação do trabalho), os alunos do ensino regular e os alunos com melhores notas escolares. Nas habilidades sociais dos adolescentes verifica-se uma maior correlação, e portanto, maior influência das variáveis escolares e familiares nas mesmas, indicando uma necessidade de apoio e envolvimento das famílias nas estratégias promotoras de saúde comunitária, em contexto escolar.

Na percepção da QVRS, mais novos e mais velhos, rapazes e raparigas apresentam diferentes resultados a nível da sua satisfação e bem-estar. Os mais novos e os rapazes apresentam mais sentimentos positivos e melhor humor, e os mais velhos e as raparigas, mais sentimentos de aceitação e pertença ao grupo e

menos sentimentos de provocação. São ainda os rapazes que se sentem melhor a nível da saúde e da sua actividade física.

No que se refere à família, o maior número de crianças a viver em casa, tem ligação com uma maior satisfação com a escola e competência escolar, mas menos sentimentos de apoio e compreensão por parte da família. Outro aspecto relevante tem a ver com a qualificação laboral da mãe, ou o mais alto estatuto socioeconómico, que indica mais satisfação dos adolescentes com as questões financeiras e oportunidades de realização de actividades com os amigos, tal como de uma percepção global mais satisfatório do seu bem-estar e qualidade de vida relacionada com a saúde.

No que se refere à satisfação com a escola e competência escolar, esta aumenta de acordo com o menor absentismo, e com o tipo de ensino, sendo os alunos das turmas CEF/PCA os mais satisfeitos com a escola. Dos imigrantes os que vivem há mais tempo em Portugal sentem-se menos satisfeitos na escola e com a sua competência escolar, mas por outro lado, sentem-se mais seguros e apoiados em família.

Os grupos, por tipo de ensino, apresentam algumas diferenças, no que se refere à existência de melhores habilidades sociais, mais sentimentos de pertença e aceitação pelo grupo, e menos sentimentos de provocação pelos outros, nos alunos do regular. Os alunos do CEF/PCA são os que mais se sentem satisfeitos com a escola e com a competência escolar, apesar de se sentirem mais provocados pelos outros adolescentes.

As variáveis relativas à escola parecem ter um maior impacto, mais do que as familiares, na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde. Considerando as correlações das variáveis sócio-demográficas com as dimensões da competência social e da qualidade de vida, verifica-se que os contextos de desenvolvimento mais relevantes, a família e a escola, são de facto os mais

protectores em relação ao desenvolvimento das crianças e adolescentes, completando-se nas suas tarefas essenciais. As forças e as lacunas identificadas face às habilidades sociais e percepção da QVSR, e as forças e lacunas das variáveis sócio-demográficas, essencialmente, dos contextos de desenvolvimento relativos à família e à escola, devem ser tidos em conta na definição das estratégias de intervenção preventiva, em contexto escolar.

As estratégias consideradas como mais adequadas para a promoção da saúde, referem-se à estruturação e implementação de programas de promoção de competências pessoais e sociais, ou psicossociais, que promovam factores protectores e reduzam os factores considerados de risco ao desenvolvimento e saúde dos adolescentes. Considerando como objectivos a promoção dos aspectos mais deficitários e das forças dos adolescentes, parece pertinente a implementação de programas preventivos de carácter universal, e selectivo, que partam de uma base de promoção de competências para a vida. Os programas de competências para a vida permitem o treino e desenvolvimento de competências psicossociais emocionais, cognitivas e sociais, que influenciarão, através de metodologias e técnicas adequadas, a melhoria das habilidades sociais consideradas neste estudo: autocontrolo, cooperação, empatia e assertividade.

Estas habilidades correlacionam-se entre si, implicando a complexidade do comportamento social e a importância de diferentes factores na sua análise. As habilidades sociais, mostraram, ainda, estar positivamente correlacionadas com a percepção da QVRS, sendo que a promoção de habilidades sociais promove a melhoria da QVRS. As diferentes dimensões da QVRS correlacionam positivamente entre si, implicando a influência e contribuição de todos os factores para a melhoria da qualidade de vida, desenvolvimento saudável e satisfação com a vida.

Os acontecimentos de vida stressantes não apresentam correlações significativas com as habilidades sociais, mas influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde. A maior ocorrência de acontecimentos stressantes tem

impacto negativo no bem-estar emocional, material, social, e com a qualidade de vida relacionada com a saúde de modo global, o que por sua vez terá repercussões negativas na competência social.

No sentido de uma melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, torna-se relevante a integração de diversas áreas de intervenção (informação, treino de competências psicossociais, ocupação de tempos livres, comportamentos de saúde), tendo em conta a influência de comportamentos de saúde, factores psicológicos, sociais e físicos à QVRS e a redução do impacto dos acontecimentos de vida stressantes.

## Referências Bibliográficas

- Agência Nacional para a Qualificação – Ministério da Educação (2008). *Cursos de educação e formação: Guia de orientações*. Lisboa: Autor.
- Bandeira, M., Del Prette, Z., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência académica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 271-282.
- Bandeira, M., Rocha, S., Freitas, L., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 541-549.
- Bandeira, M., Rocha, S., Souza, T., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: Características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 199-208.
- Bernardo, R., & Matos, M. (2008). Competências pessoais e sociais, auto-estima e desportos de aventura e risco. In M. G. Matos (Ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª Ed., versão electrónica, pp. 354-376). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.
- Blum, R., & Nelson-Mmari, K. (2004). Adolescent health from an internacional perspective. In R. Lerner, & L. Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent*

*psychology* (2ª Ed., pp.553-586). Hoboken, New Jersey, EUA: John Wiley & Sons.

- Camacho, I., Matos, M., & Diniz, J. (2008). A família: Factor de protecção no consumo de substâncias. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 165-199). Colecção Estudos – Universidades. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Ceconello, A., & Koller, S. (2003). Avaliação da competência social em crianças em situação de risco. *Psico-USF*, 8 (1), 1-9.
- Cook, C., Gresham, F., Kern, L., Barreras, R., Thornton, S., & Crews, S. (2008). Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: A review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16 (3), 131-144.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2009). Adolescência e fatores de risco: A importância das habilidades sociais educativas. In V. Haase, F. Ferreira & F. Penna (Orgs.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (pp. 503-521). Belo Horizonte, Brasil: Coopmed.
- Del Prette, Z., Del Prette, A., Barreto, M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M., Ulian, A., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E., & Villa, M. (2004). Habilidades sociais de estudantes de psicologia: Um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341-350.
- Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Consultado em 13 de Dezembro de 2010 através de

<http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Programa%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20dos%20jovens.pdf>

- EDEX (2004). *Atlante. Enfrentar o desafio das drogas* [Manual 1 para o professor]. Bilbao, Espanha: Autor. (Tradução portuguesa do Ordago).
- Elliott, S., Malecki, C., & Demaray, M. (2001). New directions in social skills assessment and intervention for elementary and middle school students. *Exceptionality*, 9 (1&2), 19-32.
- EURYDICE (2007). *Estruturas dos sistemas de ensino, formação profissional e ensino para adultos na Europa – Portugal 2006-2007*. Bruxelas, Bélgica: Autor.
- Fano, M. (2004). Detección e intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar. In A. González, J. Fernández-Hermida, & R. Secades (Coords.). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo* (pp. 85-125). Gijón, Espanha: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Farias, J., Jr., & Lopes, A. (2004). Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12 (1), 7-12.
- Feitosa, F., Matos, M., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia*, 13 (2), 129-138.
- Gaspar, T. (2008a). *Qualidade de vida em crianças: Factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida*. Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Gaspar, T. (2008b). Saúde e diversidade cultural. In M. G. Matos (Ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª Ed., versão electrónica, pp. 110-128). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.
  
- Gaspar, T. (2008c) Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto sócio-económico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 256-279.
  
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008a). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
  
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008b). Saúde dos adolescentes: Diferenças ligadas ao género. In M. G. Matos (Ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª Ed., versão electrónica, pp. 194-202). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.
  
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais Ribeiro, J., Leal, I., Ferreira, M., Tomé, G., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Instrumentos KIDSCREEN-52© – Versão portuguesa (KIDSCREEN-52 crianças e adolescentes e KIDSCREEN-52 pais). In T. Gaspar & M. G. Matos (Coords.). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52* (pp.49-81). Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
  
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais Ribeiro, J., Leal, I., & Ravens-Sieberer, U. (2008a). Aplicações e implicações clínicas. Versões reduzidas do instrumento KIDSCREEN©. In T. Gaspar & M. G. Matos (Coords.). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52* (pp.85-93). Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.

- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais Ribeiro, J., Leal, I., & Ravens-Sieberer, U. (2008b). Qualidade de vida nas crianças e nos adolescentes: Aspectos teóricos e proposta de um instrumento de intervenção transcultural. In T. Gaspar & M. G. Matos (Coords.). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52* (pp.21-46). Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (2), 47-60.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 55-71.
- González, A., Fernández-Hermida, J., & Secades, R. (2004). Definición y concepto de menor en riesgo. In A. González, J. Fernández-Hermida, & R. Secades (Coords.). *Guía para la detección e intervención temprana com menores en riesgo* (pp. 15-55). Gijón, Espanha: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Gomes, M. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: Um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal. *Saúde dos Adolescentes*, 19 (1), 41-64.
- Gonçalves, S., & Matos, M. (2008). A violência na escola e a sua associação ao consumo de substâncias. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 201-218). Coleção Estudos – Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

- Gorayeb, R. (2002). O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 213-217.
  
- Gresham, F., Cook, C., Vance, M., Elliot, S., & Kettler, R. (2010). Cross-informant agreement for ratings for social skill and problem behavior ratings: An investigation of the social skills improvement system-rating scales. *Psychological Assessment*, 22 (1), 157-166.
  
- Gresham, F., & Elliott, S. (1987). The relationship between adaptive behavior and social skills: issues in definition and assessment. *The Journal of Special Education*, 21 (1), 167-181.
  
- Gresham, F., & Elliott, S. (1989). Social skills deficits as a primary learning disability. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (2), 120-124.
  
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. Circle Pines, Minnesota, EUA: American Guidance Service.
  
- Gresham, F., & Elliott, S., & Kettler, R. (2010). Base rates of social skills acquisition/performance deficits, strengths, and problem behaviors: An analysis of the social skills improvement system-rating scales. *Psychological Assessment*, 22 (4), 809-815.
  
- Gresham, F., Sugai, G., & Horner, R. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67 (3), 331-344.

- Johnston, C., Steele, R., Herrera, E., & Phipps, S. (2003). Parent and child reporting of negative life events: Discrepancy and agreement across pediatric samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (8), 579-588.
  
- Luizzi, L., & Rose, T. (2008). Intervenções para a prevenção e redução de comportamentos agressivos e a formação de professores. *Temas em Psicologia*, 18 (1), 57-69.
  
- Lemos, M., & Meneses, H. (2002). A avaliação da competência social: Versão portuguesa da forma para professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 267-274.
  
- Lorence, B. (2008). *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicossocial*. V Premio Joven de Investigación de Familia (Documento nº 04/08), Madrid, Espanha: Fundación Acción Familiar.
  
- Loureiro, N., Matos, M., & Diniz, J. (2008). Actividade física, desporto e consumo substâncias entre adolescentes portugueses. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 219-232). Coleção Estudos – Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
  
- Magalhães, P., & Murta, S. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: Um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (1), 28-37.
  
- Maia, A. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 207-225.

- Mangrulkar, L., Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- Mantilla, L. (2001). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales*. Bogotá, Colômbia: Fe y Alegría.
- Marinho, M., & Caballo, V. (2002). Comportamento anti-social infantil e seu impacto para a competência social. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 141-147.
- Marques, A., Pereira, A., & Magro, M. (2003). *Saúde na Escola: Desenvolvimento de Competências Preventivas* [Manual do professor]. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, Ministério da Saúde.
- Martins, M. (2005). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 129-135.
- Matos, M. (2007, Março). *Health and well-being in portuguese adolescents*. WHO/HBSC Forum: Social Coesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, Espanha.
- Matos, M. (2008a). A saúde do adolescente: O que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 251-263.
- Matos, M. (2008b). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. G. Matos (Ed.). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª Ed., versão electrónica, pp. 10-31). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.

- Matos, M. (2008c). Adolescência e os seus contextos: O estudo HBSC/OMS. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 25-43). Colecção Estudos – Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Equipa do Aventura Social e Saúde (2004). *Risco e Protecção: Adolescentes, Pais, Amigos e Escola* (Tema 8, nº1), Lisboa, Portugal: FMH/IHMT/CMDT/FCT/CNLCSida.
- Matos, M., & Simões, C. (2008). Conclusões. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 341-348). Colecção Estudos – Universidades. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L., & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses* (Relatório do estudo de 1996 da rede europeia HBSC/OMS), Lisboa, Portugal: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., & Equipa do Projecto Aventura Social (2009). Violência entre pares no contexto escolar em Portugal, nos últimos 10 anos. *Interacções*, 13, 98-124.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Diniz, J., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., & Equipa Aventura Social (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses* (Relatório preliminar do estudo HBSC 2010). Lisboa, Portugal: Aventura Social & Saúde.
- Matos, M., & Spence, S. (2008). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na*

escola (4ª Ed., versão electrónica, pp. 56-73). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.

- Ministério da Educação (2006). Despacho normativo nº1/2006 de 6 de Janeiro. *Diário da República*, I.ª Série B, nº 5, pp. 156-160. Consultado em 13 de Dezembro de 2010 através de [http://www.educare.pt/educare/media/pdf/DN1\\_2006.pdf](http://www.educare.pt/educare/media/pdf/DN1_2006.pdf)
- Ministério da Saúde – Divisão de Saúde Escolar (2006). Despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho: Programa Nacional de Saúde Escolar. *Diário da República*, II.ª Série, nº 110. Consultado em 13 de Dezembro de 2010 através de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Minto, E., Pedro, C., Netto, J., Bugliani, M., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 561-568.
- Murta, S. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2 (18), 283-291.
- Murta, S. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 1-8.
- Murta, S., Borges, F., Ribeiro, D., Rocha, E., Menezes, J., & Prado, M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: Avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 181-189.

- Naia, A., Simões, C., & Matos, M. (2008). Consumo de substâncias na adolescência e espaços de lazer: Análise específica do estudo HBSC de 2002. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 257-281). Coleção Estudos – Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Nunes, C., & Lemos, I. (2010a). *Tradução da escala Sistema de Avaliação das Competências Sociais (SRSS)*. Documento não publicado. Universidade do Algarve.
- Nunes, C., & Lemos, I. (2010b). *Tradução do Inventário Situações de Vida Stressantes (AVE)*. Documento não publicado. Universidade do Algarve.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Palacio, J. (2007). *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Madrid, Espanha: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Paiva, F., & Rodrigues, M. (2008). Habilidades de vida: Uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoactivas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8 (3), 672-684.
- Pereira, C., Cia, F., & Barham, E. (2008). Autoconceito, habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico na puberdade: Interações e diferenças entre sexos. *Interação em Psicologia*, 12 (2), 203-213.

- Poletto, M., Koller, S., & Dell’Aglío, D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência e Saúde Colectiva*, 14 (2), 455-466.
- Polonia, A., & Alves, E. (2003). Ações educativas em saúde: Repensando paradigmas. In C. Parise, E. Lopes, M. Alves, M. Lopes, M. Torres, M. Conforto, O. Andrade, W. Moraes (Orgs.). *Adolescentes: Pensando juntos – Manual do facilitador* (pp. 215-255). Brasília, Brasil: Governo do Distrito Federal – SES/SEE/SEAS.
- Ravens-Sieberer, U. (2008). Protecção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes: A abordagem KIDSCREEN. In T. Gaspar & M. G. Matos (Coords.). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52* (pp.9-10). Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.
- Rosin-Pinola, A., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais e problemas de comportamento de alunos com deficiência mental, alto e baixo desempenho académico. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13 (2), 239-256.
- Sánchez, C., Rodríguez, C., & Arnedillo, G. (2002). *Guía de intervención: Menores e consumos de drogas*. Madrid, Espanha: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES).
- Sheridan, S., & Elliott, S. (1991). Behavioral consultation as a process for linking the assessment and treatment of social skills. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 2 (2), 151-173.

- Silva, A., & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 151-172.
- Silva, A., Matos, M., & Diniz, J. (2008). Consumo de substâncias e satisfação com a vida, nos adolescentes portugueses. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 71-94). Colecção Estudos - Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Silva, M., & Murta, S. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: Uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 136-143.
- Swearingen, E., & Cohen, L. (1985). Measurement of adolescents' life events: The junior high life experiences survey. *American Journal of Community Psychology*, 13 (1), 69-85.
- Tomé, G., Matos, M., & Diniz, J. (2008a). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 95-126). Colecção Estudos - Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Tomé, G., Matos, M., & Diniz, J. (2008b). Consumo de substâncias e felicidade nos adolescentes socialmente isolados. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 127-164). Colecção Estudos - Universidades. Lisboa, Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

- Veloso, S., & Matos, M. (2008). Adolescência e estilos de vida activos e saudáveis. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª Ed., versão electrónica, pp. 304-338). Lisboa, Portugal: Edições CDI/FMH.
  
- Wagner, M., & Oliveira, M. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19 (2), 101-116.
  
- Williamson, D., Birmaher, B., Ryan, N., Shiffrin, T., Lusk, J., Protopapa, J., Dahl, R., & Brent, D. (2003). The stressful life events schedule for children and adolescents: Development and validation. *Psychiatry Research*, 119 (3), 225-241.