

Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

**Acontecimentos de Vida Negativos e Qualidade  
de Vida Percebida pelos Adolescentes**

**Andreia de Fátima Ramos Pereira**

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Clínica e da Saúde**

Trabalho elaborado sob orientação da Professora Doutora Maria  
Cristina de Oliveira Salgado Nunes

2014

**Acontecimentos de Vida Negativos e Qualidade de Vida  
Percebida pelos Adolescentes**

**Andreia de Fátima Ramos Pereira**

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Clínica e da Saúde**

Trabalho elaborado sob orientação da Professora Doutora Maria  
Cristina de Oliveira Salgado Nunes

2014

# **Acontecimentos de Vida Negativos e Qualidade de Vida Percebida pelos Adolescentes**

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(Andreia Pereira)

*Copyright by*

**Andreia Pereira**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Todos os trabalhos presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA – 6.<sup>a</sup> Edição (2010)

## Agradecimentos

Finalmente cheguei à etapa final deste meu percurso académico e, dizer que foi um processo difícil seria um eufemismo. Embora não existam palavras suficientes que possam exprimir a gratidão que sinto por todos aqueles que ao longo destes anos me apoiaram, reconheço que sem os mesmos esta minha meta tornar-se-ia bastante difícil de alcançar.

Assim, dizer um obrigado é um gesto ínfimo perante todos os esforços e dificuldades que, vocês pais, se sujeitaram para me proporcionarem a alegria de estudar e formar-me na área que sempre me fascinou. São um dos meus maiores orgulhos.

Mãe a tua força, o teu espírito guerreiro e batalhador contagiou-me e permitiu-me entender que nada se alcança sem esforço e, quando queremos realmente algo conseguimos adquiri-lo se trabalharmos para que isso aconteça. A aprendizagem que retiro da pessoa que és, alerta-me para o facto de na vida nos depararmos com diversos obstáculos, obstáculos estes que, serão ultrapassados se nunca desistirmos de encontrar estratégias para os vencer.

Pai, embora não demonstres muito os teus sentimentos agradeço-te por me teres transmitido a importância de colocar limites para alcançar objetivos e, acima de tudo, por acreditares em mim e sentires orgulho nas minhas capacidades.

A ti querida avó, agradeço todo o amor, carinho e dedicação que sempre me concedeste. O teu apoio e disponibilidade incondicional dá-me força e vitalidade para enfrentar qualquer situação que surja na vida. Perante todas as dificuldades que enfrentei, saber que o teu colo e abraço estava disponível para mim a qualquer momento foi de facto um grande consolo e, dos melhores gestos que poderia receber. Tu és um orgulho para toda a mulher, és a melhor pessoa que alguma vez conheci e, eu sou uma grande sortuda por ter a melhor avó do mundo ao meu lado.

Maninha, obrigado pela amizade e carinho incondicional que sempre me dedicaste. A cumplicidade que nos une foi e é de veras muito importante para mim. É bom saber que chego a casa e tu estás lá para partilhar as minhas frustrações e alegrias e, apesar de me veres como uma figura exemplar e da tua tenra experiência, quero que saibas que um exemplo foste tu para mim em determinadas circunstâncias. O teu apoio e carinho deu-me força para caminhar rumo aos meus objetivos.

Se existe alguém que tão bem conhece e presenciou grande parte das minhas angústias, tristezas e stresses, esse alguém és tu Rui. Obrigado por todo apoio,

confiança, força, amor e paciência que me concedeste. Obrigado por estares presente nos momentos bons que a vida me proporcionou, mas também nas circunstâncias mais difíceis deste processo, por me teres permitido partilhar todas as frustrações sentidas e, principalmente por me teres apoiado, confiado e dado força para nunca desistir. Sem dúvida que foste um grande pilar para mim e, se devo agradecer a alguém pelas minhas conquistas, esse alguém, uma vez mais, és tu.

Tia Maria José, obrigada por todo o apoio, carinho e amor que demonstraste por mim. És uma figura bastante importante na minha vida e, o alcance desta meta sem a tua presença não faria sentido.

Agradeço ainda a toda a minha família e amigos que, estando ou não presentes, me apoiaram e me motivaram a lutar e a acreditar nas minhas capacidades. Felizmente, seria difícil referenciar todas as pessoas que aqui se enquadram, no entanto, uma das pessoas que não faria, de forma alguma, sentido não mencionar é a minha grande colega e amiga Joana Caciones. Obrigada por teres estado presente na minha vida, por todas as alegrias que partilhámos e tristezas que enfrentámos. Acreditaste, apoiaste, motivaste, foste um pilar e serás para sempre uma grande amiga.

À professora Doutora Cristina Nunes, um muito obrigado pela paciência, disponibilidade, apoio, orientação e conhecimento transmitido. Obrigado por contribuir e me auxiliar nesta conquista.

Por último, mas de igual forma importante, agradeço a todos os participantes e entidades que permitiram que o meu estudo se desenvolvesse.

*"O homem enérgico e que é bem-sucedido é o que consegue transformar em realidades as fantasias do desejo."*

Freud, Sigmund

*"A firmeza de propósito é um dos mais necessários elementos do carácter e um dos melhores instrumentos do sucesso. Sem ele, o génio desperdiça os seus esforços num labirinto de inconsistências."*

Chesterfield

## Resumo

O objetivo do presente estudo consistiu em descrever e analisar os acontecimentos de vida negativos dos adolescentes e sua relação com a qualidade de vida percebida (QVP). Para tal, recorreu-se a uma amostra de 364 adolescentes residentes no Algarve (55,5% raparigas, 45,5% rapazes), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Utilizou-se a Escala de Situações de Vida Stressantes, o Questionário Kidscreen-52 para crianças e adolescentes e um Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares. Como principais resultados, verificou-se que os acontecimentos de vida negativos (AVN) mais frequentes foram a mudança dos colegas de turma (61,5%), morte de um familiar (45,9%), mudança de escola (38,7%), zangas (35,2%) e doença de um familiar (34,3%). Relativamente às diferenças entre género verificou-se que os rapazes sofreram mais AVN no entanto, as raparigas referiram sentir maior impacto emocional. Não se observou correlações significativas positivas entre o número de AVN e a QVP. O impacto emocional dos AVN apenas estava positivamente associado às subescalas Escola e Aprendizagem, Provocação/*Bullying* e com o número de AVN - frequência. Não se detetaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas na QVP, exceto na subescala Amigos e Escola e Aprendizagem, onde as raparigas obtiveram pontuações mais elevadas.

Tal como esperado, verificou-se ainda que a qualidade de vida percebida se encontra dependente quer, do número de acontecimentos de vida stressantes quer, do seu impacto emocional.

**Palavras-chave:** Adolescência, Acontecimentos de Vida Negativos, Adaptação Psicossocial, Qualidade de Vida Percebida.

## **Abstract**

The aim of this study consisted in describe and analyze adolescents negative life events and its relation between perceived quality of life. Participants were 364 adolescents, residents in the Algarve (55,5% girls, 44,5% boys), aged between 12 and 18 years. The Stressful Life Events Questionnaire Kidscreen-52 for children and adolescents, and a Socio-demographic Questionnaire were used. As results, we observed that the more frequent negative life events were the change of classmates (61,5%), death of a family member (45,9%), change of school (38,7%), fights (35,2%) and illness of a family member (34,3%). Boys reported to suffer more stressful life events than girls; however the emotional impact was higher for girls. Positive significant relations were not found between the number of negative life events (AVN) and the quality of life. The emotional impact of negative life events was positively associated only with the subscales School and Learning, *Bullying* and number of negative life events (AVN) - frequency. No differences were found between boys and girls in Quality of Life, except for relationships with Friends, School and Learning with higher scores reported by girls.

As expected, besides the conclusions aforementioned, it was also found that the quality of life depends on both, number of stressful life events or on their emotional impact.

**Key Words:** Adolescence, Stressful Life Events, Psychosocial Adjustment, Perceived Quality of Life.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I. Acontecimentos de Vida Negativos.....</b>	<b>7</b>
1.1 – Definição do conceito Acontecimentos de Vida Negativos.....	7
<b>Capítulo II. Qualidade de Vida.....</b>	<b>18</b>
2.1 – Definição de Qualidade de Vida.....	18
2.2 – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	22
2.3 – Qualidade de Vida nos Adolescentes.....	23
<b>Capítulo III. Parte Empírica .....</b>	<b>34</b>
3.1 – Objetivo Geral.....	34
3.2 – Objetivos específicos.....	34
<b>Capítulo IV. Metodologia .....</b>	<b>35</b>
4.1 – Desenho do Estudo .....	35
4.2 – Caracterização Geral da Amostra.....	35
4.3 – Técnica de Amostragem.....	39
4.4 – Instrumentos .....	39
4.4.1 – Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares .....	39
4.4.2 – Escala de Situações de Vida Stressantes .....	39
4.4.3 – Kidscreen-52.....	40

4.5 – Procedimentos.....	42
4.5.1 – Procedimentos de Recolha de dados .....	42
4.5.2 – Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados .....	42
<b>Capítulo V. Resultados.....</b>	<b>43</b>
5.1 – Qualidade de Vida Percebida (Kidscreen-52).....	43
5.2 – Escala de Situações de Vida Stressantes .....	43
5.3 – Qualidade de Vida Percebida e Acontecimentos de Vida Negativos .....	46
5.4 – Efeito das Diferenças Sociodemográficas na Qualidade de Vida Percebida e nos Acontecimentos de Vida Negativas .....	47
5.4.1 – Sexo.....	47
5.4.2 – Idade.....	50
5.4.3 – Tipologia Familiar .....	51
5.4.4 – Situação profissional dos pais .....	53
5.4.5 – Grau de escolarização dos pais .....	55
<b>Capítulo VI. Discussão de resultados .....</b>	<b>57</b>
<b>Capítulo VII. Conclusões e Limitações do Estudo .....</b>	<b>64</b>
<b>Capítulo VIII. Referências .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>77</b>

## **Índice de Anexos**

**Anexo A.** Consentimento Informado – Escolas.

**Anexo B.** Consentimento Informado – Encarregados de Educação.

**Anexo C.** Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares.

**Anexo D.** Escala de Situações de Vida Stressantes.

**Anexo E.** Questionário Kidscreen-52 para Crianças e Adolescentes.

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS DOS PARTICIPANTES. ....	39
<b>TABELA 2</b> - MEDIDAS DESCRITIVAS: QUALIDADE DE VIDA (KIDSCREEN-52 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES). .....	43
<b>TABELA 3</b> - FREQUÊNCIAS DOS AVN.....	44
<b>TABELA 4</b> - IMPACTO EMOCIONAL DOS AVN. ....	45
<b>TABELA 5</b> - CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE O QUESTIONÁRIO KIDSCREEN-52 E A ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES. ....	47
<b>TABELA 6</b> ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES POR SEXO. ....	49
<b>TABELA 7</b> - TESTES T: KIDSCREENS-52 E ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES POR SEXO. ....	50
<b>TABELA 8</b> - CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE O KIDSCREEN-52 E A ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES E A IDADE. ....	51
<b>TABELA 9</b> - TESTES T: KIDSCREEN-52 E ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES POR TIPOLOGIA FAMILIAR. ....	52
<b>TABELA 10</b> - TESTES T: KIDSCREEN-52 E ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES DE ACORDO COM A SITUAÇÃO PROFISSIONAL DA MÃE. ....	54
<b>TABELA 11</b> - TESTES T: KIDSCREEN-52 E ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES DE ACORDO COM A SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO PAI. ....	55
<b>TABELA 12</b> - CORRELAÇÕES DE PEARSON: KIDSCREEN-52, ESCALA DE SITUAÇÕES DE VIDA STRESSANTES E GRAU DE ESCOLARIZAÇÃO DOS PAIS. ....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - DIAGRAMA DE BARRAS DA IDADE DOS PARTICIPANTES.....	35
<b>FIGURA 2</b> - DIAGRAMA DE BARRAS DO LOCAL DE RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES. ....	36
<b>FIGURA 3</b> - DIAGRAMA DE BARRAS DO ANO ESCOLAR FREQUENTADO PELOS PARTICIPANTES. ....	36
<b>FIGURA 4</b> - DIAGRAMA DE BARRAS DO NÚMERO DE CRIANÇAS NO AGREGADO FAMILIAR.....	37
<b>FIGURA 5</b> - DIAGRAMA DE BARRAS DA TIPOLOGIA FAMILIAR.....	37

## **Lista de Abreviaturas**

**AVN** – Acontecimentos de Vida Negativos.

**HBSC** – Health Behaviour in School-aged Children.

**OMS** – Organização Mundial de Saúde.

**QV** – Qualidade de Vida.

**QVP** – Qualidade de Vida Percebida.

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

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância /United Nations Children's Fund.

**WHOQOL** – The World Health Organization Quality of Life Assessment.

## Introdução

**“O mistério da convivência imobiliza-o e a vida principia a enunciar sua terrível problemática. É preciso decidir mas o menino ainda quer brincar...”**

**(Guilherme Campos, citado por Sêco, 1997, p. 21)**

O estudo do desenvolvimento humano há muito que tem assumido ser uma área de bastante interesse científico. Embora exista uma afluência de estudos em torno dos adolescentes, uma preocupação e investimento na promoção da sua saúde, são ainda escassos os estudos em Portugal que analisam a perceção do adolescente sobre a sua qualidade de vida (QV) e, a relacionam com a vivência de acontecimentos de vida negativos (AVN).

A atualidade deste tema é indiscutível, principalmente, encontrando-se Portugal a atravessar uma crise financeira, crise esta que, incide sobre os padrões de vida das famílias o que, por sua vez, irá afetar incontestavelmente o desenvolvimento dos menores.

Segundo Claes (1985) a adolescência surge como resultado da revolução industrial devido à génese de um novo estilo de vida, onde a escolarização passa a ser obrigatória e a tutela familiar se prolonga até ao casamento. A par destes dois acontecimentos destaca-se, similarmente, a necessidade de investimento na formação dos indivíduos com vista a dar resposta às tarefas profissionais cada vez mais complexas e de nível de exigência superior (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Os indivíduos em busca de um percurso profissional sólido e de estabilidade financeira retardam cada vez mais a sua independência e inserção social enquanto adultos, permanecendo até tardiamente junto do seio familiar. Concomitantemente a crise financeira instaurada em Portugal contribui para que esta situação se difunda. Estes fatores, associados às melhorias dos sistemas de saúde e tecnológicos, têm então dificultado a delimitação clara quanto ao início e término da adolescência, considerando-se como pontos referenciais o seu início por volta dos 12 anos devido às transformações físicas características da puberdade e término, após os 20 anos, com a

maturação das mesmas, formação da personalidade, independência financeira e integração social (Eisenstein, 2005).

A fase inicial da adolescência é marcada essencialmente pelas transformações fisiológicas que, poderão ser experienciadas de forma bastante entusiástica ou ansiosa (Sprinthall & Collins, 1999). Este facto encontra-se dependente não só das características individuais de cada ser humano como também de fatores interpessoais e sociais (Medeiros, 2000).

Durante a fase inicial da adolescência, em busca da sua identidade, os indivíduos experimentam vários papéis, envolvem-se em diversas atividades, distanciam-se do seio familiar, idealizam novos modelos e investem em novas relações afetivas (Mendes, Soares, Jongenelen & Martins, 2004). Encontram-se portanto, bastante filiados ao seu grupo de pares manifestando, concomitantemente, maior tendência para se envolverem em comportamentos de risco – por exemplo, consumo de substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas, doenças sexualmente transmissíveis, abandono escolar, sinistralidade, etc (Jessor, 1991). Uma vez que, a probabilidade de envolvimento em condutas desviantes é bastante significativa durante este período e, as capacidades metacognitivas se encontram ainda em desenvolvimento, os adolescentes apresentam dificuldade em avaliar racionalmente as consequências dos seus atos (Canavarro, Morgado, Pereira & Barahona, 2004). Desta forma, é de extrema importância que o adolescente disponha de um bom suporte familiar, educacional e social que, lhe faculte um ambiente harmonioso e seguro, minimizando assim a probabilidade de desenvolvimento de condutas disfuncionais e insanidades futuras (UNICEF, 2011).

Na fase final da adolescência prioriza-se, fundamentalmente, a maturação das características físicas, cognitivas, morais e psicoemocionais em desenvolvimento. Se no início da adolescência a opinião de terceiros assume bastante relevância, à medida que a identidade do indivíduo se vai consolidando vai, similarmente, a relevância desta opinião diminuindo (UNICEF, 2011). No final deste ciclo, a capacidade de raciocínio analítico, reflexiva e de tomada de decisão do indivíduo já se encontra bastante desenvolvida o que, justifica a diminuição do seu envolvimento em comportamentos de risco (UNICEF, 2011).

Para que a fase de adolescência seja vivenciada e ultrapassada saudavelmente é necessário que o adolescente conquiste a sua autonomia e identidade sexual, se desvincule das relações primitivas, invista em novas relações afetivas e projetos de vida

“através de um processo complexo onde as experiências individuais e grupais são fundamentais” (Sampaio, 1994, p. 21).

“A adolescência é dominada pela noção de mudança (...) o organismo sofre modificações de base que vão afetar sucessivamente todos os aspetos da vida biológica, mental e social: o corpo transforma-se com a puberdade, o pensamento também modifica o seu modo de abordar o real, a vida social evolui com o duplo movimento de emancipação da tutela parental e do estabelecimento de novas relações com os seus iguais e (...) a representação de si próprio modela-se e desenha uma subjetividade nova.” (Claes, 1985, p. 8).

O adolescente encontra-se exposto a diversas alterações e reajustamentos biopsicossociais, experiencia não só uma panóplia de vivências e incertezas, como também diversas emoções que, poderão contribuir e, até mesmo originar intensos períodos de instabilidade emocional (Moksnes, Espnes & Lillefjell, 2011).

A diversidade de acontecimentos experienciados pelo indivíduo ao longo da sua existência é de facto interminável o que faz com que, sucessivamente, esteja sujeito a reajustamentos na forma de se comportar e interagir com aquilo que o rodeia (Holmes & Rahe, 1967). De entre estas situações de vida encontram-se os acontecimentos de vida negativos que, podendo ser potencialmente stressantes, poderão influenciar o funcionamento global do indivíduo, levando-o a desenvolver padrões de conduta disfuncionais.

No que concerne, especificamente, à fase de vida adolescência, frequentemente os acontecimentos de vida negativos encontram-se associados ao contexto familiar, facto este, perfeitamente compreensível, uma vez, tratar-se do grupo primário do indivíduo, capaz de operar nas diversas dimensões da sua vida (Rydell, 2010). Os acontecimentos de vida negativos podem, assim, não só afetar a dinâmica familiar do adolescente, como também todos os outros contextos com os quais se interrelaciona (e.g. grupo de pares, contexto social e escolar).

Caracterizando-se a adolescência um período de maturação entre a infância e a adultez, marcado por diversas alterações físicas, psicológicas e sociais, o adolescente irá experienciar influentes transformações em busca da sua própria identidade e autonomia (Coleman & Husén, 1985).

Apesar de há cerca de 100 anos atrás a adolescência ter sido entendida como uma fase de ciclo de vida conflituosa e stressante, onde o sofrimento lhe estava, inevitavelmente, inerente e, embora a propensão para tais momentos seja maior durante

este ciclo de vida, os períodos tempestuosos não lhe estão subjacentes havendo, portanto, adolescentes que a vivenciam sem episódios de grande tensão (e.g. Margaret Mead, citado por Sprinthall & Collins, 1999; Eccles, Wigfield, Harold, & Blumenfeld, 1993; Offer & Schonert - Reichl, 1992; Petersen et al., 1993; Steinberg e Levine, 1997; Arnett, 1999).

Presentemente, considera-se a adolescência uma fase do ciclo de vida vital, de construção e desenvolvimento positivo (Lerner & Steinberg, 2004).

Tal como já foi referido anteriormente, a conjuntura económica das sociedades ocidentais tem vindo a modificar os padrões familiares e, a afetar o percurso profissional, a estabilidade financeira e a construção de projetos de vida dos indivíduos (Lerner & Steinberg, 2004). Esta situação tem gerado bastante preocupação entre os teóricos, porém, contribuído para a proliferação de estudos e reforçado a necessidade de investir e impelir socialmente a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Lerner, 2005). Prende-se assim como objetivo a otimização das potencialidades e dos recursos intra e interindividuais do adolescente como forma de promover a sua saúde e bem-estar (Lerner, 2005).

A adolescência constitui-se como um período de aprendizagens, escolhas, dinamismo, idealismo e esperança, assim, ao investirmos na formação e qualidade de vida do adolescente, para além de reduzirmos custos ao nível dos sistemas de saúde, implicitamente, estaremos a valorizar e a investir no futuro da sociedade.

Concluindo, encontrando-se a comunidade científica cada vez mais orientada para o bem-estar e otimização do funcionamento global do ser humano, reconhecendo que existem determinadas circunstâncias que poderão comprometer o seu desenvolvimento funcional, é de todo o interesse estudar que variáveis e acontecimentos de vida poderão interferir na funcionalidade e sanidade dos adolescentes portugueses, assim como, contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A presente investigação, realizada no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, tem então como principal objetivo descrever e analisar os acontecimentos de vida negativos (AVN) experienciados durante a adolescência, assim como a sua influência ao nível da qualidade de vida percebida (QVP). Para tal, foram entrevistados 364 adolescentes residentes no Algarve com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, utilizando-se como instrumentos a Escala de Situações de Vida Stressantes, o Questionário Kidscreen-52 para crianças e adolescentes e um Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares.

Em termos estruturais, a investigação dividir-se-á então em duas partes compostas por capítulos, sendo que, a primeira dirá respeito à revisão da literatura sobre a vivência de acontecimentos de vida negativos durante a adolescência e sua influência na qualidade de vida percebida pelos mesmos. A segunda parte ilustrará o estudo empírico, onde serão apresentados os objetivos, a metodologia e procedimentos de investigação, resultados obtidos e respetiva discussão, principais conclusões, limitações e, por último, serão sugeridas algumas propostas para futuras investigações.

# I Parte

## **Revisão Teórica**

### **Capítulo I. Acontecimentos de Vida Negativos**

#### **1.1 – Definição do conceito Acontecimentos de Vida Negativos**

Ao longo do curso da vida, o ser humano estabelece relações recíprocas com os sistemas nos quais se encontra circunscrito, resultando a construção da sua identidade desta sua interação com o meio envolvente.

O indivíduo, ao longo da sua existência, experiencia inúmeras alterações e vivencia diversas situações que influem sobre os vários campos da sua vida. Consequentemente, os estímulos provindos destas vivências poderão causar stresse ao indivíduo sendo interpretados como indesejáveis, capazes de influir sobre o seu equilíbrio homeostático (Holmes & Rahe, 1967). A estas vivências dá-se o nome de acontecimentos de vida stressantes (Holmes & Rahe, 1967), evidenciados como temáticas de bastante relevância na etiologia de disfuncionalidades e eclosão de acontecimentos de vida negativos (AVN) (Nilsson, Gustafsson & Svedin, 2012).

Segundo Sandín (2003), para além das consequências do stresse ao nível da saúde física e psicológica, é de extrema importância o estudo da sua etiologia que, deverá consistir na análise de três categorias: (1) acontecimentos de vida, enfatizados como situações que requerem reajustamentos drásticos num curto período de tempo; (2) tensões crónicas, entendidas como situações que requerem frequentemente reajustamentos durante elevados períodos de tempo e, (3) contrariedades quotidianas, compreendidas como acontecimentos de vida menores que carecem de pequenos reajustamentos diários.

Estando o adolescente em constante mudança e, assim sujeito a diversas transformações compreende-se que as mesmas poderão estar na origem e manutenção de diversas perturbações emocionais e comportamentais, perturbações estas, que influenciam significativamente a sua adaptação psicossocial e requerem um reajustamento substancial (Oliva, 2003). Este fato é corroborado por Simmons e colaboradores (1987, citado por Seiffge – Krenke, 2000) ao referirem que o número vasto de alterações inerentes à adolescência leva a que se vivencie elevados níveis de stresse e influencia significativamente o estado de saúde dos indivíduos, podendo este refletir-se futuramente ao nível do desenvolvimento funcional dos mesmos. Segundo o

estudo longitudinal de três anos de Seiffge – Krenke (2000) realizado a 94 adolescentes, cuja idade média era de 13,9 anos, o stress encontra-se fortemente relacionado a comportamentos sintomáticos internalizantes e a estados de ansiedade. Comparativamente a faixas etárias mais precoces, a autora apurou que, o stress e as estratégias de enfrentamento disfuncionais tendem a aumentar durante a adolescência, tornando-se as últimas mais eficazes com o alcance da adultez e respetiva maturidade cognitiva.

Dentro do reportório de experiências do indivíduo são distinguidas três categorias de acontecimentos de vida, sendo a primeira constituída por dimensões específicas da vida do indivíduo como a família, o contexto sociocultural, a classe social, recursos financeiros, a educação, a saúde, as relações interpessoais, a profissão e o lazer; a segunda diferencia acontecimentos que são efetivamente positivos e/ou negativos daqueles que poderão vir a ser e, por último a terceira categoria enfatiza acontecimentos que afetam direta e/ou indiretamente o indivíduo (Ramos, 2004).

Segundo Ribeiro (1998), os acontecimentos de vida poderão ainda ser considerados irrelevantes, positivos ou negativos, não possuindo os primeiros qualquer tipo de influência na vida do indivíduo.

Apesar de não existir um consenso entre os teóricos quanto à conceptualização do constructo AVN, usualmente, na literatura a sua caracterização remonta para a existência de situações que alteram o curso do desenvolvimento exigindo, devido à complexidade do mesmo, um vasto leque de estratégias de enfrentamento e diferentes graus de adaptação (Johnson, 1982, citado por Compas, 1987). Tratam-se então, de acontecimentos de vida que alteram, ameaçam, danificam ou desafiam as capacidades físicas, psicológicas e sociais dos seres humanos (Compas, 2004), com efeitos tanto mais prejudiciais quanto menores as estratégias de enfrentamento e recursos existentes no ambiente do indivíduo (Oliva, Jiménez, & Parra, 2009).

Os AVN são um dos principais fatores de risco na adaptação psicossocial do indivíduo devido ao seu impacto emocional e possível esgotamento de estratégias de enfrentamento (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970, citado por Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008).

A vivência de múltiplos AVN encontra-se fortemente associada ao desenvolvimento de comportamentos sintomáticos nos adolescentes (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007), influenciando significativamente o estado da sua saúde (Holmes & Rahe, 1967).

De acordo com a investigação de Finkelhor, Ormrod e Turner (2007) realizada a 2.030 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 17 anos, a vivência de diferentes tipos de AVN num determinado período de tempo prediz níveis mais elevados de sintomatologia quando em comparação com a vivência repetida de um único AVN, ou seja, os autores verificaram que as crianças que vivenciaram quatro ou mais tipos de AVN apresentaram níveis de sintomatologia mais elevados relativamente às crianças que vivenciaram episódios repetidos de um único tipo de AVN. No mesmo sentido, o estudo de Ramiro, Madrid e Brown (2010) concluiu que numa amostra de 1068 filipinos com idades acima dos 35 anos, onde cerca de 75 % dos inquiridos haviam experienciado um AVN durante a sua infância e 7 % haviam vivenciado um número igual ou superior a quatro AVN, os comportamentos de risco para a saúde (tabagismo, consumo de álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco) e o desenvolvimento de problemas de saúde eram bastante elevados (doença cardíaca, dermatológica, digestiva e problemas psíquicos), sendo esta relação maior nos indivíduos que haviam vivenciado quatro ou mais AVN. Segundo, os autores a vivência de AVN e, principalmente a sua frequência, durante a infância encontra-se significativamente relacionada à adoção de comportamentos de risco para a saúde e predisposição para a eclosão de doenças na idade adulta, tendendo a perceção de insanidade a aumentar em virtude do número de AVN vivenciados.

Floen e Elklit (2007) observaram igualmente no seu estudo, cuja amostra de 139 indivíduos foi retirada de um hospital psiquiátrico público da Noruega, que cerca de 91% dos participantes haviam vivenciado pelo menos um AVN no decorrer da sua vida e 69% diversos AVN por um longo período de tempo.

Tendencialmente, os AVN provocam níveis de elevada tensão e stresse no indivíduo e, funcionam como uma espécie de marcador, cuja influência se reflete, a curto e longo prazo, no seu ajustamento psicossocial (Pires & Moreira, 2005).

Por conseguinte, os indivíduos expostos a situações indutoras de stresse durante os primeiros ciclos de vida tendem a manifestar futuramente quadros psicopatológicos associados ao consumo de substâncias, ansiedade, depressão, défices ao nível da autoestima, autoconfiança e assertividade (Serra, 2000). Estes factos são sustentados por vários autores ao observarem que a vivência de AVN durante a infância se encontra significativamente relacionada ao desenvolvimento de problemas físicos e psicoemocionais na idade adulta (e.g. Kessler, Davis & Kendler, 1997; Felitti et al., 1998; Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007;

Zimmerman, et al., 2007; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Ramiro, Madrid, & Brown, 2010; Puig, Englund, Simpson & Collins, 2013). A título de exemplo, Felitti e colaboradores (1998) constataram, na sua investigação realizada a 9.508 adultos, que a probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco e desenvolvimento de problemas físicos e psicoemocionais é 4 a 12 vezes maior em indivíduos que na sua infância vivenciaram, direta ou indiretamente, quatro ou mais situações adversas em comparação com aqueles que não haviam vivenciado qualquer tipo de AVN. O estudo longitudinal, realizado ao longo de 32 anos, de Puig, Englund, Simpson e Collins (2013), similarmente, aferiu que os indivíduos cujos padrões familiares foram negligentes e disfuncionais foram igualmente mais propensos ao desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas.

De acordo com Jakson e Warren, (2000) o efeito cumulativo de AVN aumenta o risco de desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais (Jakson & Warren, 2000). Este pressuposto foi observado no estudo dos autores, cuja amostra foi constituída por 265 crianças dos 7 aos 13 anos, principalmente, ao nível da externalização, onde a vivência de AVN nos rapazes levou a que adotassem mais comportamentos externalizantes, mostrando assim níveis mais elevados de agressividade, hiperatividade e problemas de comportamento em comparação com as raparigas (Jakson & Warren, 2000).

Kee, Conger, Elder e Lorenz (2003) defendem também que a vivência de AVN potencia a adoção de comportamentos internalizantes e externalizantes. Os autores verificaram no seu estudo, decorrido ao longo de 6 anos e realizado a 348 adolescentes, discentes do 7º ao 12º ano, que a vivência de AVN maximiza o risco de internalizar e externalizar os problemas no decorrer do tempo, assim como, estes problemas aumentam a probabilidade de experienciar futuramente mais AVN. Atendendo aos resultados obtidos, Kee, Conger, Elder e Lorenz (2003) sugerem que os AVN vivenciados no início da adolescência reforçam emoções como a tristeza, medo e comportamentos antissociais que, poderão refletir-se mais tarde ao nível do desajustamento do indivíduo.

Aseltine, Gore e Gordon (2000) observaram igualmente no seu estudo, realizado em três momentos a 939 adolescentes (do 9º ao 11º ano), que comportamentos delinquentes e humor depressivo se encontravam associados à vivência de AVN. Os indivíduos que adotaram condutas delinquentes, no período de um ano, apresentaram níveis mais elevados de conflitos familiares e de AVN.

De acordo com Ge, Lorenz, Conger, Elder e Simons (1994) são as raparigas quem mais reporta sintomatologia depressiva, principalmente após os 13 anos de idade. Os autores verificaram no seu estudo que decorreu ao longo de 4 anos, cuja amostra foi constituída por 376 adolescentes, que equiparando ambos os sexos as raparigas manifestaram em maior número sintomas depressivos, sendo este resultado mais acentuado após os 13 anos de idade. Foi ainda observado que a sintomatologia depressiva se encontra associada às mudanças geradas pelos acontecimentos de vida stressantes, quer nos rapazes quer nas raparigas, estando a sua oscilação, apenas no sexo feminino, dependente da tipologia destes acontecimentos (Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons, 1994).

Segundo Schilling, Aseltine e Gore (2008), quer a frequência quer o impacto dos AVN são aspetos que devem requerer uma atenção especial por parte dos investigadores, uma vez que, se encontram subjacentes ao desenvolvimento e evolução de psicopatologias. No seu estudo, os autores, verificaram que a frequência e a intensidade dos AVN estavam significativamente relacionadas ao desenvolvimento de perturbações de humor e de comportamento e, consumo de substâncias, tendendo a evolução destas a piorar à medida que a frequência e a intensidade dos AVN aumentaram (Schilling, Aseltine & Gore, 2008).

Ainda que a vivência de AVN durante a adolescência possa acarretar repercussões negativas ao nível do percurso desenvolvimental, a exposição a situações de elevado risco psicossocial não se constitui como um fator absolutista na etiologia do desenvolvimento disfuncional do indivíduo havendo, neste sentido, adolescentes expostos a díspares situações de elevado risco psicossocial que se desenvolvem de forma normativa e funcional (McGloin & Widom, 2001; citado por Lemos, 2009). Nem todos os AVN resultam em psicopatologias, podendo assim, uma situação stressante ser entendida como um desafio, um processo de aprendizagem e de evolução (Compas, 1987).

A heterogeneidade de respostas e os diferentes graus de impacto emocional das adversidades encontram-se dependentes da natureza dos próprios acontecimentos de vida (e.g. mudança de localidade, ingresso numa nova escola, o término de uma relação, divórcio dos pais, conflitos intergrupais, maus-tratos, morte de um familiar próximo etc), do significado que lhes é atribuído, do suporte familiar e sociocultural para lidar com os mesmos e, das características individuais e estratégias de enfrentamento utilizadas (Aggarwal, Prabhu, Anand & Kotwal, 2011).

Segundo as conclusões do estudo de Jakson e Warren (2000), as crianças que reportaram elevados níveis de suporte social apresentaram níveis mais elevados de ajustamento psicossocial e vivenciaram em maior número acontecimentos de vida positivos manifestaram, de igual forma, reduzidos níveis de comportamentos sintomáticos externalizantes. Os resultados obtidos sugerem que a avaliação das mudanças e dos acontecimentos de vida como positivos predizem níveis mais elevados de ajustamento. Ainda de acordo com os mesmos, as crianças que reportaram baixos níveis de suporte global mas que continham muitos acontecimentos de vida positivos revelaram ser bastante funcionais. Baseando-se nos resultados obtidos, Jakson e Warren (2000), inferem que a vivência e avaliação de acontecimentos de vida como positivos poderá compensar reduzidos níveis de suporte global, atuando como fatores protetores perante ambientes adversos.

Atendendo à discrepância de acontecimentos de vida que medeiam o curso da vida humana, torna-se prudente diferenciar o impacto dos acontecimentos ditos normativos dos acontecimentos não normativos (Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008).

Os acontecimentos de vida normativos caracterizam-se como eventos anódicos, comuns e partilhados maioritariamente por um grupo de indivíduos numa determinada fase do ciclo de vida (e.g. preocupações e dificuldades cotidianas, ingresso na escola, casamento, reforma, promoção ou desemprego, etc) (Ribeiro, 1998). Por outro lado, os acontecimentos de vida não – normativos são definidos como situações anómalas e inesperadas que, possuem um grande impacto na vida dos indivíduos (e.g. morte ou divórcio dos progenitores, prisão ou acidente de um familiar próximo, maus - tratos, catástrofes naturais, guerras, receber um prémio de reconhecimento, etc) (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Com base em evidências, através do estudo de Coddington (1972, citado por Compas, 1987) realizado, em Ohio, a 3.617 crianças e adolescentes é possível constatar que ao longo do tempo a ocorrência de situações stressantes tendeu a aumentar, sendo mais frequente, de acordo com a investigação de Compas, Davis e Forsythe (1985), realizada a 658 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, a presença de acontecimentos normativos comparativamente a acontecimentos não normativos. Os autores observaram ainda que as raparigas experienciavam em maior número quer, acontecimentos normativos quer, acontecimentos não normativos, fazendo-se notar, nas mesmas proporções, a vivência de situações negativas, ou seja, o sexo feminino tende a vivenciar em maior número acontecimentos normativos e não –

normativos e, em menor número eventos positivos em comparação com o sexo masculino.

Na mesma linha de orientação, Jiménez, Menéndez e Hidalgo (2008) concluíram através da sua investigação, realizada a 623 adolescentes sevilhanos entre os 11 e os 17 anos de idade, que a acumulação de AVN decorrida ao longo da vida tenderá a maximizar o impacto sentido pelos mesmos. As autoras verificaram que os adolescentes cujo reportório de AVN era maior tendiam a percecionar, emocionalmente, a ocorrência dos mesmos no decorrer da vida de forma cada vez mais impactante. Comparando ambos os sexos, as raparigas apresentaram valores ao nível do impacto emocional significativamente superiores, sendo esta carga emocional mais intensa, quer nos rapazes quer nas raparigas, quando as situações stressantes envolviam o contexto familiar e o próprio indivíduo. Por outro lado, a predominância de AVN durante esta etapa desenvolvimental encontrou-se essencialmente relacionada com o meio escolar e grupo de pares. Segundo os autores, os AVN experienciados pelas raparigas eram maioritariamente acontecimentos de índole interpessoal (por exemplo rutura de amizades) mostrando-se estas mais vulneráveis em termos emocionais, enquanto que, os eventos stressantes vivenciados pelos rapazes encontravam-se, particularmente, relacionados com problemas de comportamento, especificamente, em contexto escolar.

As raparigas, em comparação com os rapazes, revelaram ser mais propensas ao desenvolvimento de problemas internalizantes, nomeadamente do foro depressivo e ansiogénico, sendo esta diferença mais acentuada entre os 11 e os 16 anos (Angold & Rutter, 1992). Segundo se tem constatado na literatura o sexo feminino revela ser mais vulnerável a acontecimentos de carácter interpessoal e vivência de eventos stressantes e, necessita de mais suporte social e familiar para enfrentar adversidades (Gore, Aseltine, & Colten, 1993; Zahn- Waxler, 1993; Leadbeater, Blatt & Quinlan, 1995, citado por Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007).

O sistema nervoso e imunológico, a reatividade ao stresse e a dor constituem-se como outras temáticas pela qual a ciência tem revelado bastante interesse. Estudos realizados neste âmbito demonstram que a presença de AVN em idade precoce não só condiciona o estado de saúde do indivíduo como também o torna mais vulnerável e reativo ao stresse perante situações adversas (Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett, & Hernandez, 2009).

Para além dos problemas físicos e psicológicos que a vivência de AVN em idade precoce possa vir originar, os indivíduos expostos a adversidades durante esta fase de

ciclo de vida tendem ainda a utilizar estratégias de enfrentamento desajustadas – como a regressão, a negação, a repressão e a dissociação, na resolução dos problemas (Kessler, 2000).

Na literatura encontra-se então fundamentada quer, a capacidade inerente aos adolescentes no que respeita ao enfrentamento de acontecimentos de vida normativos (Seiffge-Krenke, 1995, citado por Seiffge-Krenke, 2000) quer, a sua incapacidade em utilizar estratégias de enfrentamento funcionais perante acontecimentos de vida não normativos, utilizando-se como justificação a imaturidade cognitiva e emocional dos adolescentes (Seiffge-Krenke, 2000).

De acordo com as conclusões retiradas do estudo de Estévez, Oliva e Parra (2011) realizado, ao longo de seis anos, a 90 adolescentes entre os 15 e os 22 anos de idade, a vivência de AVN e a utilização de estratégias de enfrentamento disfuncionais, como a evitação, encontrou-se significativamente associada à presença de comportamentos sintomáticos de índole internalizante e externalizante. Os autores concluíram ainda que, embora o evitamento cognitivo e o evitamento comportamental se tenham revelado estratégias de enfrentamento disfuncional, na presença de múltiplos AVN o evitamento cognitivo atuou como fator protetor ao nível do ajustamento comportamental. No que toca à tipologia de estratégias de enfrentamento adotadas, as raparigas utilizaram em maior número o apoio social em comparação com os rapazes, o que vai ao encontro de outros estudos realizados (e.g. Heredia et al., 2008; Washburn, 2000; Hunter & Boyle, 2004, citado por Estévez, Oliva e Parra, 2011). Gaspar e colaboradores (2012), corroboram também este facto ao fundamentarem que o sexo feminino recorre com maior frequência ao suporte social como estratégia de enfrentamento de adversidades, enquanto que os rapazes tendem a evitar os problemas, exteriorizando as suas emoções (ex.: agressões) e refugiando-se em comportamentos de adição (ex.: consumo de substâncias).

Apesar da escassez de estudos relativos à análise da eficácia do evitamento no enfrentamento de adversidades vários autores defendem que na presença de diversos AVN, principalmente severos, o evitamento poderá revelar-se como uma estratégia de enfrentamento funcional (Armistead et al., 1990; Codega et al., 1990; Gonzales et al., 2001, Brodzinsky et al., 1992; Grant et al., 2006; Halama & Bakosová, 2009, citado por Estévez, Oliva & Parra, 2011).

Não obstante, tal como já foi supracitado na presente investigação, tem vindo a ser evidenciado também pela literatura a importância do papel familiar e social na

vivência de AVN, enfatizando-se assim, que os adolescentes que usufruem de um bom suporte social e familiar, interpretam os AVN de forma menos catastrófica, utilizam estratégias de enfrentamento mais assertivas e funcionais (Jose & Kilburg, 2007) e, percebem a sua qualidade de vida (QV) de modo mais satisfatório ao nível da saúde física, psicológica, emocional e social (Gaspar & Matos, 2008). A título de exemplo, diversos estudos (e.g. Holmbeck, 1996; Laible & Carlo, Jackson et al., 2005, citado por McKinney, Donnelly & Renk, 2008) demonstram que a existência e a qualidade de relações interpessoais, como uma vinculação segura, estilos parentais firmes e padrões familiares funcionais, repletos de compreensão e apoio, contribuem para que o adolescente se desenvolva funcionalmente.

Oliva, Jiménez e Parra (2009) corroboram tais factos, tendo assim, verificado no seu estudo realizado em três momentos (início, meio e final da adolescência), a 100 adolescentes espanhóis com idades compreendidas entre os 13 e 19 anos que o suporte familiar poderá atuar como moderador face ao efeito das adversidades no desenvolvimento dos adolescentes. Os autores observaram que a qualidade da relação entre os pais e os adolescentes (dotada de afeto, comunicação, coesão e acompanhamento) revelou ser um fator protetor no desenvolvimento de comportamentos sintomáticos externalizantes quando em contato com AVN. Na presença de AVN, nos adolescentes que usufruíam de um bom suporte familiar, não foi constatado qualquer aumento de sintomatologia externalizante entre a idade média da adolescência e o seu término, porém, quando a qualidade desta relação era média ou reduzida os autores observaram um aumento dos comportamentos externalizantes como consequência de AVN. No entanto, no que respeita aos comportamentos internalizantes como resultado da vivência de AVN, Oliva, Jiménez e Parra (2009) não observaram resultados significativos, inferindo assim, que estes resultados poderão ser devidos ao caráter estável dos comportamentos internalizantes entre os 13/15 anos e, pelo facto dos mesmos poderem depender de outras variáveis, utilizadas como estratégias de regulação emocional no enfrentamento de AVN.

O papel protetor do suporte familiar e de competências na resolução de problemas interpessoais na presença de stresse e de desajustamentos é também evidenciado por Quamma e Greenberg (1994). Segundo o estudo dos autores realizado a 322 crianças, do quarto e sexto ano, em regime de ensino regular e ensino especial, o contexto escolar e a relação com os pares revelaram ser os preditores de stresse mais relevantes quando comparados com os níveis totais de stresse percebido noutras dimensões de vida, tendo

sido ainda, associados a comportamentos sintomáticos externalizantes e estados ansiogênicos. Foi verificado, de igual forma, que elevados níveis de stresse e reduzidos níveis de suporte familiar e de competências percebidas na resolução de problemas sociais se encontravam associados ao desajustamento das crianças. Contudo, o suporte familiar e as competências percebidas na resolução de problemas sociais atuaram como moderadores, verificando-se assim, que as crianças que vivenciaram elevados níveis de stresse mas que perceberam o seu suporte familiar como elevado relataram sentir-se menos ansiosos e manifestaram, segundo os professores inquiridos, menos comportamentos externalizantes quando comparados com as crianças que haviam vivenciado elevados níveis de stresse e percebido o seu suporte familiar como reduzido.

Murberg e Bru (2004) defendem também que a vivência de AVN, de problemas emocionais e o apoio social se encontram interrelacionados. Os autores constataram no seu estudo realizado a 1.053 adolescentes do oitavo ano que a presença de AVN estava fortemente relacionada com o eclodir de problemas emocionais tanto nos rapazes como nas raparigas, atuando o suporte familiar e o apoio provindo dos professores como moderadores desta relação.

Dubois, Felner, Meares e Krier (1994) sublinham igualmente o papel protetor do suporte familiar e escolar na presença de fatores de risco (como a vivência de AVN, comportamentos delinquentes e baixo nível socioeconómico), enfatizando que a qualidade das relações interpessoais estabelecidas entre o docente e o adolescente e a existência de um bom suporte emocional contribuem para a redução de comportamentos de risco, nomeadamente consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Os autores verificaram no seu estudo realizado a 339 adolescentes durante sete meses que, os indivíduos cujos recursos socioeconómicos eram reduzidos apresentaram níveis inferiores de sucesso escolar e problemas de comportamento em maior número, mostrando-se ainda mais vulneráveis face à presença de AVN. A qualidade da relação para com os contextos familiar e social revelou ser um fator bastante significativo na redução dos níveis de stresse e ajustamento psicológico. Curiosamente, Dubois e colaboradores (1994) verificaram que a qualidade da relação estabelecida entre o adolescente e o professor mostrou ser mais influente nos alunos cujo suporte familiar era reduzido comparativamente aos adolescentes que ostentavam de elevado suporte familiar, na medida em que, foi observado um decréscimo de stresse e de desajustamento mais acentuado nos primeiros. O suporte social e familiar têm então,

vindo a ser considerados contextos cujo papel e influência é bastante pertinente no processo de adaptação e reajustamento psicossocial do indivíduo (Oliva, Jiménez & Parra, 2009). Tal como Seiffge-Krenke (2000) enfatiza existem estratégias de *coping* que atuam como moderadores na avaliação e exteriorização de emoções negativas perante AVN, assim como atenuam os efeitos nefastos de fatores de risco.

Em suma, a vivência de AVN ao longo do curso da vida é inevitável, eles são parte integrante da identidade do ser humano. Ainda que possam influir negativamente sobre o desenvolvimento humano, os AVN poderão constituir-se como desafios e aprendizagens que, serão mais facilmente ultrapassados e assimilados quantos mais recursos e fatores de proteção existam no ambiente do indivíduo. Neste sentido, o investimento e implementação de medidas qualitativas que, visem a otimização dos recursos patentes nos subsistemas em que o indivíduo se insere, deverá constituir-se como estratégia primordial na promoção do desenvolvimento positivo e QV dos indivíduos.

## Capítulo II. Qualidade de Vida

### 2.1 – Definição de Qualidade de Vida

O foco de interesse entre os teóricos das mais diversas áreas e, a proliferação de estudos acerca da qualidade de vida (QV) tem vindo nas últimas décadas a aumentar, assumindo deste modo um papel fundamental na análise global da saúde e bem-estar do ser humano.

Devido à sua complexidade e dinamismo, as tentativas de operacionalização do conceito QV são vastas e muito abrangentes, dificultando assim, a existência consensual entre os teóricos quanto à sua conceptualização (Rodríguez, Picabia, & Gregório, 2002). No entanto, características como multidimensionalidade e subjetividade são consensuais na maioria das suas definições (Henrich & Herschbach, 2000).

O carácter multidimensional da QV reflete o seu grau de amplitude que, se encontra circunscrito não só ao bem-estar físico do ser humano, mas também a outras dimensões como o nível psicológico, sociocultural, espiritual, financeiro, etc. É importante reconhecer que uma melhoria de sintomas, por exemplo, num indivíduo com uma determinada doença não resulta obrigatoriamente em satisfação e bem-estar nas restantes dimensões da sua vida podendo, deste modo, o indivíduo possuir sentimentos negativos face à doença, preocupações ao nível de futuras recaídas, insatisfação com os serviços médicos e apoio social recebido, entre outros.

No que concerne à subjetividade, entende-se que a QV deve ser analisada e compreendida através da opinião pessoal do indivíduo, ou seja, deve transmitir a perceção do próprio indivíduo acerca de vários aspetos não materiais da sua vida, considerados por ele como importantes, por exemplo amor, felicidade, realização pessoal, entre outros (WHOQOL, 1995).

Numa fase inicial, o constructo QV surge, através de Pigou (1920), associado a fatores de carácter meramente extrínseco, enfatizando assim, a importância de bens materiais, salário e sucesso profissional no curso de vida do indivíduo (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992 citado por Pais-Ribeiro, 2009). Atualmente, sugere-se que os fatores intrínsecos como a satisfação e a realização pessoal, as relações interpessoais, a acessibilidade a serviços de ação social e de saúde, as oportunidades de lazer e a

liberdade possuem um impacto mais significativo na QV dos indivíduos (Timossi, 2009).

Segundo Nahas (2006, citado por Timossi, 2009, p. 23) a QV caracteriza-se particularmente pelo “estado de saúde saudável, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer e relações interpessoais consistentes”, isto é, caracteriza-se pela junção quer de fatores extrínsecos quer de fatores intrínsecos ao indivíduo, estando estes dependentes da unicidade de cada ser humano, na medida em que, cada indivíduo possui as suas próprias prioridades, princípios, crenças, expetativas e objetivos de vida.

Para Ogden (2004), a QV consigna-se como o valor atribuído ao curso da vida, sujeito a diversas modificações resultantes de incapacidades, estados funcionais, perceções e oportunidades sociais influenciadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas.

De acordo com o grupo Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) a QV reflete-se tanto ao nível da perceção do indivíduo acerca da sua saúde física, bem-estar psicológico, grau de independência, como das relações interpessoais e contextuais (WHOQOL, 1995). A QV é então definida como “a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405).

A QV caracteriza-se então como uma “noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural” (Minayo, Hartz & Buss, 2000, p.8).

Simplificando a operacionalização do constructo QV, Netto considera (1994, citado por Minayo, Hartz & Buss, 2000, p. 8) “como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes”.

Neste sentido, o conceito QV é entendido como um constructo multidimensional e multifatorial, sujeito a múltiplas interpretações que, se encontram dependentes dos diversos contextos a que o indivíduo pertence e das suas características individuais (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). A operacionalização e análise da QV deverá então ter em consideração a perspetiva histórica e cultural vigente e padrões de bem-estar estratificados entre as diferentes classes sociais (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

Dada a importância atribuída à percepção do próprio sujeito, é comum encontrar-se na literatura o termo qualidade de vida percebida (QVP) que, segundo Néri (2000, citado por Albuquerque, 2003), representa a dimensão subjetiva da QV. Ainda em concordância com a perspetiva do autor supracitado a QVP encontra-se, particularmente, associada às avaliações individuais dos indivíduos referentes ao seu funcionamento físico, psicológico, social e comportamental sob influência de estados de saúde física, recursos financeiros, suporte social e expectativas (Albuquerque, 2003). A QVP transmite assim a verdadeira essência das experiências dos indivíduos, o verdadeiro significado das suas vivências.

A avaliação da QV deve incluir medidas de saúde física, medidas relacionadas com o funcionamento psicológico, social e espiritual (WHOQOL, 1998). Para que se efetue uma avaliação precisa e meticulosa da QV é importante ter em conta o carácter bipolar do constructo, ou seja, não só as avaliações globais e percepções do indivíduo acerca das suas competências, eficácia e satisfação para com os ambientes em que se encontra inserido, como também a vertente negativa, que aborde o grau de insatisfação e de dependência do indivíduo, os seus sentimentos negativos, a fadiga e a dor que vivência (WHOQOL, 1997).

Resumidamente, a QV poderá ser compreendida como a sensação de bem-estar pessoal procedente da satisfação ou insatisfação para com áreas da vida valorizadas pelo próprio indivíduo (Ferrans & Powers, 1992).

Analisando as mudanças conceptuais ocorridas ao longo do tempo, verifica-se que atualmente a avaliação da QV pressupõe, essencialmente, o carácter subjetivo, a opinião, a percepção e os sentimentos dos próprios indivíduos, enquanto que, em tempos passados, priorizava a objetividade e a opinião de profissionais, ou seja, era dado mais valor a bens materiais e àquilo que os profissionais percebiam e sentiam sobre a vida dos indivíduos (Campbell Converse & Rodgers, 1976, citado por Pais-Ribeiro, 2009).

Não menosprezando variáveis e, embora possam existir algumas de peso superior na promoção da QV, é importante ter em conta a articulação entre a percepção de bem-estar objetivo e subjetivo nas mais diversas dimensões da vida, consideradas importantes de acordo com a perspetiva espaço-temporal vigente (Wallander & Schmitt, 2001).

## 2.2 – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Recentemente o termo QV tem vindo a ser relacionado com a saúde, adotando um papel pertinente na literatura científica focalizada, cada vez mais, na promoção e otimização do desenvolvimento humano funcional.

Utilizado por vezes como sinónimo de QV, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) encontra-se mais associada a enfermidades e intervenções terapêuticas, enquanto que, o primeiro conceito assume um sentido mais amplo (Seidl & Zannon, 2004).

Segundo os autores Cleary, Wilson e Fowler, (1995, p. 92, citado por Seidl & Zannon, 2004, p. 583), a QVRS caracteriza-se pelos “vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

Para Patrick e Erickson (1993, citado por Seidl & Zannon, 2004, p. 583) a QVRS reflecte “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento, ou políticas de saúde”.

O estudo deste novo conceito permite, em termos clínicos, dar ênfase a um continuum de bem-estar, onde a extinção e redução de sintomas passam a partilhar o seu grau de prioridade com a promoção da QV. A título de exemplo, poderão ser ministrados fármacos cujos efeitos secundários não influam sobre a funcionalidade de áreas determinantes na QV do indivíduo, ou poderão ainda, ser desenvolvidas estratégias que contribuam para a QV de indivíduos com doenças específicas (Lepore, Helgeson, Eton & Schulz, 2003). Em termos socioculturais, uma medida ilustrativa implementada recentemente em Portugal são os circuitos de manutenção que procuram combater o sedentarismo, tornar a população mais ativa, promover a prática de exercício físico e, assim, a adoção de estilos de vida mais saudáveis, a socialização, a partilha de momentos prazerosos entre gerações, o bem-estar psicológico, entre outros aspetos positivos.

A QVRS refere-se então à saúde física, psicológica, emocional e social percebida quer, pelo próprio indivíduo quer, por aqueles que o rodeiam indo, portanto, para além dos aspetos que visem simplesmente a ausência de doença ou incapacidade (Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008). Neste sentido, existem indivíduos saudáveis fisicamente que percecionam níveis baixos de QV e, indivíduos insanos

fisicamente que alegam elevados níveis de QV (Huebner Suldo, Smith & McKnight, 2004, citado por Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008).

### 2.3 – Qualidade de Vida nos Adolescentes

Dentro das pesquisas realizadas no âmbito da QVP pelos adolescentes é notória a importância atribuída à adaptação psicossocial, felicidade, satisfação, bem-estar, estilos de  *coping*  e stresse vivenciado pelos mesmos. O estudo destes indicadores é bastante pertinente, podendo atuar como medida de prevenção e promoção de saúde ao sinalizar adolescentes em risco (Harding, 2001, citado por Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008).

Para tal, é necessário conhecer a percepção do próprio adolescente acerca do mundo que o rodeia, e que dimensões valoriza como mais significativas e preditivas de níveis elevados de QV que, tal como apurado, pelo European KIDSCREEN Group, Ravens-Sieberer e colaboradores (2001) a QVP é influenciada pela idade e sexo em função das prioridades, expectativas e objetivos de vida dos indivíduos.

Dada a relevância do contexto familiar, social e escolar na vida dos adolescentes é consensual que o estudo da QV na adolescência englobe estas mesmas dimensões, no entanto, é necessário uma maior abrangência e complexidade, não menosprezando variáveis como saúde física e psíquica percebida, autoestima, estilos de  *coping* , estilo de vida, comportamentos de saúde e de risco, lazer, situação económica, acesso a serviços de saúde e educacionais, envolvimento social, stresse, espiritualidade, condições habitacionais, entre outras.

Segundo Gaspar e colaboradores (2009) o impacto de variáveis psicossociais, como a saúde física e psicológica, a autoestima, o otimismo, as emoções positivas e negativas, a autonomia, a coesão familiar e social e os comportamentos de saúde são fundamentais na promoção e otimização do desenvolvimento dos jovens. Por conseguinte as carências socioeconómicas, o isolamento e a ausência de apoio social, os conflitos e estado de saúde dos familiares, a presença de AVN e de níveis de stresse elevados estabelecem-se como fatores de risco, cujas repercussões se encontram geralmente associadas a problemas de saúde e disfuncionalidades comportamentais (Gaspar, et al., 2009). De acordo com o estudo dos mesmos autores, numa amostra de 3.195 adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, concluiu-se que aqueles que continham níveis socioeconómicos mais elevados

percecionavam a sua QV de forma mais satisfatória. Analisando as diferenças entre sexo verificou-se, como evidenciado pela literatura, que as raparigas manifestam níveis mais reduzidos de QVP e de baixa autoestima, exceto no contexto escolar (relação com os pares e professores e competências de aprendizagem). Quanto às diferenças de idade, as crianças (10/11 anos) têm uma percepção de QV mais elevada em comparação com os adolescentes (12/16 anos), porém apresentam índices de satisfação mais reduzidos ao nível da dimensão provocação/*bullying*. A variável autoestima, para além do sexo, mostrou ainda estar relacionada com a idade e o nível socioeconómico, apresentando assim as crianças de 10/11 anos e os indivíduos de nível socioeconómico médio/alto índices superiores.

A QV na adolescência poderá ser caracterizada como “a satisfação dos adolescentes no contexto familiar e escolar, associada a saúde, segurança física, mental e social, e possibilidade de desenvolvimento, sob uma perspetiva individual e de carácter subjetivo” (Francisco, Assumpção & Kuczynski, 2010). O objetivo último da QV é então o estabelecimento de equilíbrio entre as várias dimensões de vida do ser humano.

Com o intuito de contribuir para a avaliação metódica da QV, vários modelos de avaliação têm sido sugeridos por diversos autores.

Segundo Lindstrom (1994, citado por Francisco, Assumpção & Kuczynski, 2010), a avaliação da QV deve incluir quatro dimensões: (1) a esfera global, referente à sociedade e ao macroambiente; (2) a esfera externa, associada às condições socioeconómicas; (3) a esfera interpessoal, concernente à estrutura das redes sociais, e (4) a esfera pessoal, relativa às condições físicas, mentais e espirituais.

O modelo de QV da OMS, por sua vez, estabelece como domínios: (1) o físico que abrange aspetos como dor, energia, fadiga, sono e repouso; (2) o psicológico, relacionado com os sentimentos positivos e negativos, faculdades cognitivas – pensamento, memória, concentração e aprendizagem, autoestima e aparência; (3) o nível de independência, associado à mobilidade, atividades cotidianas, dependência de fármacos ou tratamentos e funcionalidade laboral; (4) as relações sociais, respeitante às relações interpessoais, ao apoio social e atividade sexual; (5) o ambiente, que reporta aspetos como segurança, recursos financeiros, sociais e de saúde, oportunidades de recreação, lazer e ambiente físico – poluição, ruído, clima, trânsito e transporte, e, por último, (6) a espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL, 1998).

Á luz do projeto Aventura Social, a QV dos adolescentes consiste na satisfação e bem-estar sentido ao nível da (1) saúde física; (2) sentimentos; (3) estado de humor global; (4) auto-percepção; (5) autonomia / tempo livre; (6) família e ambiente familiar; (7) recursos financeiros; (8) relações interpessoais e apoio social; (9) ambiente escolar e aprendizagem e (10) provocação/*bullying* (Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008).

Face aos elevados resultados de comportamentos de risco - consumo de substâncias ilícitas e lícitas; violência; suicídio; gravidez na adolescência; distúrbios alimentares; doenças sexualmente transmissíveis; etc, em prol dos estilos de vida adotados, desejabilidade social e influências intergrupais (Jessor, 1991), o estudo da QV nos adolescentes procura desenvolver e implementar medidas interventivas e preventivas que minimizem e, se possível, extingam estes comportamentos promovendo, por conseguinte, o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos, e a adoção de estilos de vida mais saudáveis que contribuam para a saúde e bem-estar físico, psíquico, social e espiritual dos adolescentes (Matos et al., 2006).

Considerado a adoção de comportamentos de saúde como desprestigiantes e desinteressantes, a fase da adolescência, é como tal, considerada um período crítico (Matos et al., 2006). Sensibilizar e capacitar a sociedade, o contexto familiar e educacional para esta problemática poderá revelar-se uma mais-valia na promoção da QV dos adolescentes.

Uma das características inerentes à adolescência é a individualização e autonomia. Nesta fase o adolescente constrói a sua própria identidade, procura a sua independência ao distanciar-se do núcleo familiar e aproximar-se do grupo de pares (Goldbeck, Schmitz, Beiser, Herschbach & Henrich, 2007).

A reciprocidade das relações estabelecidas entre o adolescente e o seu grupo de pares tem vindo a ser enfatizada como determinante nas suas escolhas e competências sociais, estando evidenciado pela literatura uma forte relação entre assertividade social, bem-estar emocional, desempenho escolar (Buhs & Ladd, 2001; Wentzel, 2003 citado por McCarroll, Lindsey, Mackinnon-Lewis, Chambers & Frabutt, 2009) e ajustamento psicossocial (Hymel et al., 1990, Ladd & Tropea-Gordon, 2003, citado por McCarroll, Lindsey, Mackinnon-Lewis, Chambers & Frabutt, 2009). A restritividade do contacto social poderá então, ser entendida como preditor de ansiedade social e reduzidos índices de satisfação (McCarroll, Lindsey, Mackinnon-Lewis, Chambers & Frabutt, 2009). Por outro lado níveis elevados de autoestima poderão reduzir a vivência de sentimentos

negativos, assim como, o estabelecimento de padrões comportamentais e inter-relacionais desajustados (McCarroll, Lindsey, Mackinnon-Lewis, Chambers & Frabutt, 2009).

Para além do suporte social, ambientes familiares disfuncionais e dificuldades económicas têm sido ressaltadas como fatores bastante pertinentes na QVP dos adolescentes (Magklara et al., 2010).

A título de exemplo o estudo de Nunes, Bodden, Lemos, Lorence e Jiménez (2014) cuja amostra foi constituída por 168 adolescentes portugueses e 155 adolescentes holandeses com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos verificou que as práticas parentais influem sobre a QVP dos adolescentes. Os resultados obtidos sugerem que as mães dos adolescentes portugueses utilizam mais frequentemente práticas parentais positivas (elogios, demonstrações de carinho como beijos e abraços), controlo psicológico e comportamental comparativamente às mães dos adolescentes holandeses. Por sua vez, os pais dos adolescentes holandeses revelaram ser mais severos, enquanto que, os pais dos adolescentes portugueses exerceram um maior controlo psicológico. Baseando-se nas suas pesquisas e análises, e embora não tenham sido observadas diferenças significativas na QVP entre os jovens portugueses e holandeses, exceto no contexto escolar onde os adolescentes holandeses relataram estar mais satisfeitos, as autoras sugerem que as práticas parentais positivas e o controlo comportamental influem significativa e positivamente na QVP, contribuindo assim para a otimização do bem-estar geral dos adolescentes. Grolnick e Pomerantz (2009) partilham a mesma opinião, ao defenderem que a parentalidade positiva e o controlo comportamental contribuem para o ajustamento e desenvolvimento funcional das crianças.

A adoção de um estilo parental firme, que se reja pela compreensão, apoio, respeito e flexibilidade (Holmbeck, 1996; Laible & Carlo, 2004; Jackson et al., 2005, citado por McKinney, Donnelly & Renk, 2008) e o papel protetor da vinculação, da coesão familiar e das relações interpessoais na procura de apoio, utilização de estratégias de enfrentamento funcionais e saúde geral têm vindo então a ser bastante evidenciadas pela literatura como importantes indicadores na adaptação psicossocial dos adolescentes (Cohen & Wills, 1985; Holahan, Moss, Holahan, & Brennan, 1997; Tao, Dong, Pratt, Hunsberger, & Pancer, 2000; Calvete & Connor-Smith, 2006, citado por Oliva, Jiménez & Parra, 2009).

Outras pesquisas realizadas sugerem ainda que, adolescentes institucionalizados, provindos de ambientes disfuncionais e economicamente desfavorecidos apresentam

maior probabilidade em se desenvolverem desajustadamente (Van der Linden, Durkker, Gunther, Feron & Van Os, 2003, citado por Carbone, Sawyer, Searle & Robinson, 2007).

Neste sentido a investigação realizada por Tarren-Sweeney e Hazell a 347 adolescentes em regime de cuidados domiciliários concluiu que, cerca de 57% da amostra apresentava problemas ao nível da sua saúde mental (Kawachi, Kennedy & Wilkinson, 1999, citado por Drukker, Kaplan, Schneiders, Feron & Van Os, 2006). Corroborando este pressuposto, surge o estudo de Serrayer e colaboradores realizado a 326 crianças em regime de cuidados domiciliários, que evidencia uma percentagem bastante elevada de adolescentes com problemas psicológicos - 61% da amostra manifestava problemas ao nível da saúde mental.

Segundo as conclusões de Carbone, Sawyer, Searle e Robinson (2007), a presença de perturbações do foro psicoemocional e comportamental influi negativamente sobre a QVP dos adolescentes, conclusões estas, fundamentadas através do seu estudo realizado a 326 crianças, entre os 6 e os 17 anos, institucionalizadas e não institucionalizadas. Segundo os autores, as crianças institucionalizadas, apresentaram índices mais elevados de baixa autoestima, ansiedade e depressão, de problemas físicos e psíquicos, problemas comportamentais, dificuldades socioeconómicas e conflitos familiares o que, por sua vez, se refletia através de níveis mais reduzidos de QVP, em comparação com as crianças não inseridas neste regime.

Relativamente aos recursos socioeconómicos, Von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, e Ravens-Sieberer (2006) enfatizam que os níveis reduzidos de recursos socioeconómicos são evidenciados frequentemente como fatores predisponentes na eclosão de sintomatologia depressiva nos adolescentes e de problemas de saúde aquando o alcance da sua adultez. No seu estudo realizado em seis países (Alemanha, Áustria, França, Espanha, Suíça e Reino Unido) a 754 crianças e 1.142 adolescentes, entre os 8 e os 18 anos, socioeconomicamente desfavorecidos, os autores verificaram que a estabilidade dos recursos socioeconómicos das famílias e as habilitações literárias dos pais se constituíram como fatores preditivos na perceção de níveis mais elevados de QV, quer nas crianças quer nos adolescentes. Esta relação assumiu maior significância nos recursos financeiros, mostrando assim, que esta variável assumiu maior relevância na perceção da QV, principalmente nos adolescentes que percecionaram o seu bem-estar psicoemocional, suporte social, relações com os pais e pares, autoconceito, autonomia e ambiente escolar de forma mais deficitária. Por sua vez, embora não tão significativa

como os recursos financeiros, as habilitações literárias também se encontraram associadas a níveis mais elevados de QVP, sendo esta relação maior nas crianças, no sentido em que, evidenciaram níveis mais reduzidos de saúde física e psíquica e mais emoções negativas. As crianças e os adolescentes, cujas condições socioeconómicas (que tinham ao seu dispor carro, quarto individual, férias em família e acesso a meios de comunicação, como o computador) eram melhores relataram uma QVP superior.

A presença de um elevado número de fatores protetores e elevados níveis de saúde física, emocional e social permitirão ao adolescente perceber e avaliar a sua vida como tendo bastante qualidade (Lawfor & Eiser, 2001; Morgan, 2007, citado por Gaspar & Matos, 2008), assim, poderá inferir-se que adolescentes inseridos em meios familiares e sociais conflituosos, portadores de doenças físicas e mentais tenderão a perceber a sua qualidade de vida como reduzida.

Ainda que o estudo da HBSC realizado em 2010, em 139 escolas públicas de ensino regular distribuídas por todo continente Português e Madeira, tenha verificado um aumento na adoção de estilos de vida mais saudáveis pelos adolescentes portugueses, em prol do decréscimo percentual do consumo de tabaco e álcool, da violência no meio escolar, aumento do uso de preservativo e a manutenção da prática de exercício físico, concluiu igualmente, que o sedentarismo, o tempo que os adolescentes permanecem sentados (ao computador ou na televisão), a ausência de informação ao nível da saúde sexual e reprodutiva junto dos pré-adolescentes (cerca dos 12 anos), o consumo de substâncias ilícitas - haxixe, o excesso de peso e a violência interpessoal provinda das novas tecnologias tendem a aumentar (Matos, et al., 2010). Foi ainda apurado através deste projeto que teve como amostra 5.050 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos que as raparigas reportam mais comportamentos internalizantes, apresentando em maior número défices ao nível do bem-estar físico e psíquico, e os rapazes mais comportamentos externalizantes, estando envolvidos em maior percentagem em diversas formas de comportamentos violentos, consumo de tabaco, álcool e drogas, prática desportiva e tempo de ecrã – televisão e computador. Em relação à idade os adolescentes mais velhos manifestam mais comportamentos de risco, especificamente no que toca ao consumo de substâncias e diminuta adoção de comportamentos de saúde, como a comunicação com os pais. No geral, concluiu-se que o sexo feminino apresenta valores de satisfação para com a vida mais reduzidos em comparação com o sexo masculino, que cerca de 30% da amostra fuma por mais de um dia na semana, 2,8% consomem semanalmente bebidas alcoólicas,

8,8% consomem drogas ilícitas – haxixe e 21,8% refere ter dado início atividade sexual. Especificamente, no Algarve os resultados obtidos demonstram que dos 245 inquiridos, 22,5% relatam já ter consumido tabaco, 3,3 consomem álcool semanalmente, 10,9% consomem haxixe e 23,2% iniciaram atividade sexual (Matos, et al., 2010).

Gaspar, Matos, Batista-Foguet, Ribeiro e Leal, (2010) com o objetivo de analisar os níveis de QVP em função da idade e sexo dos indivíduos, assim como verificar as dissemelhanças desta perceção (QV) entre pais e filhos, verificaram no seu estudo transversal realizado a 3.195 crianças, dos 10 aos 16 anos, e respetivos pais, que no geral os indivíduos de sexo feminino e de idade mais avançada relataram índices de QVP inferiores aos das crianças e do sexo masculino. As raparigas apenas apresentaram maior satisfação e bem-estar no contexto escolar, e níveis semelhantes ao sexo oposto nas dimensões contexto social/pares e recursos socioeconómicos. Por sua vez, os adolescentes mostraram uma QVP mais elevada ao nível da provocação/*bullying* em comparação com as crianças. No que concerne à perceção parental relativa à QV dos filhos, equiparando ambas as perceções constatou-se que os pais tendem a percecionarem a QV dos filhos de forma mais satisfatória, exceto nas dimensões saúde, desporto, emoções, provocação/*bullying* (onde não se observaram relações significativas), recursos financeiros e relação com os pares (onde os pais percecionaram níveis mais reduzidos que os próprios filhos). Em termos de diferenças entre sexo, os pais consideram que as filhas reportam índices mais elevados de QV no contexto escolar, provocação/*bullying* e recursos financeiros, e que os filhos apresentam uma QV mais elevada ao nível da saúde física, desporto, auto-perceção e autonomia/tempo livre. Os progenitores percecionaram, ainda, as crianças como tendo níveis de QV superiores aos dos adolescentes, excetuando nas dimensões autonomia/tempo livre, contexto social/pares (não foram observadas relações significativas) e provocação/*bullying* (índice de QV mais reduzido). O estudo internacional da HBSC (2010) realizado em 39 países da Europa e América do Norte, a cerca de 200.000 adolescentes entre os 11 e os 15 anos, verificou que no geral os adolescentes manifestam um elevado grau de satisfação para com a vida, bons índices de saúde e de comportamentos saudáveis, relações familiares e intergrupais positivas e bom suporte social (Currie et al., 2010). Contudo, foram verificadas diferenças entre sexos, idades e nível socioeconómico, constatando-se um decréscimo na perceção de boa saúde e satisfação com a vida com o avançar da idade e em adolescentes socioeconomicamente desfavorecidos. Com o avançar da idade e em contextos socioeconómicos mais carenciados foi, similarmente, observado uma redução

na adoção de comportamentos de saúde, principalmente, nos rapazes, ao nível do consumo de tabaco e álcool e baixo consumo de frutas e legumes. A perceção de stress assumiu maior significância nos adolescentes mais velhos e do sexo feminino, mostrando-se estas, ainda, mais insatisfeitas com a sua saúde e relação com os pares. Os adolescentes mais carenciados apresentaram também níveis inferiores de satisfação na relação com os pares e familiares, sendo esta última relação (comunicação disfuncional com os familiares) mais significativa nos adolescentes mais velhos. No geral 21% dos adolescentes de 15 anos fumam mais do que um dia na semana, 32% referiram ter-se embriagado, até à data, pelo menos duas vezes, 17% consomem drogas ilícitas e 26% proferem ter iniciado atividade sexual.

Michel, Bisegger, Fuhr, Abel e o Grupo Kidscreen (2009) verificaram também no seu estudo realizado em doze países (Áustria, Suíça, República Checa, Alemanha, Grécia, Espanha, França, Hungria, Países Baixos, Polónia, Suécia, e Reino Unido) a 21.590 crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos, que a QVP é influenciada por fatores como a idade, sexo, recursos socioeconómicos e padrões culturais. Como resultados significativos, os autores constataram que as crianças apresentam níveis de QVP mais elevados em comparação com os adolescentes. Embora as crianças do sexo feminino e masculino tenham apresentado níveis de QVP semelhantes, nos adolescentes verificou-se que com o avançar da idade as raparigas tendiam a perceber a sua QV e saúde de forma mais reduzida, exceto nas dimensões provocação/*bullying* e relação com os pares. Todavia, no que respeita às subescalas recursos financeiros e provocação/*bullying* verificaram-se índices mais elevados nos adolescentes, independentemente do seu sexo. Os adolescentes em comparação com as crianças relataram ainda uma maior QVP ao nível da provocação/*bullying*.

No sentido de analisar comparativamente a QVP dos adolescentes portugueses e holandeses o estudo, acima explanado, de Nunes, Bodden, Lemos, Lorence e Jiménez (2014) concluiu que no geral não existem diferenças significativas entre a amostra, exceto no contexto escolar, onde os adolescentes holandeses apresentaram níveis de bem-estar e sucesso escolar mais elevados.

No estudo de Lima – Serrano, Lemos e Nunes (2013) que pretendeu comparar a QVP e os comportamentos de saúde de 319 adolescentes, entre os 15 e os 17 anos, oriundos do sul de Portugal (Faro) e do sul Espanha (Sevilha), verificou-se que no geral os adolescentes de ambos os países percebem a sua QV de forma bastante satisfatória, sendo esta relação mais significativa nos jovens espanhóis ao apresentarem,

no geral, níveis mais elevados de QVP, nomeadamente o sexo masculino que reportou valores mais elevados que o sexo oposto nas dimensões bem-estar físico e psíquico. Nos adolescentes portugueses as diferenças entre sexo foram apenas observadas no bem-estar físico, onde as raparigas manifestaram índices de satisfação menores. Quanto aos comportamentos de saúde os adolescentes espanhóis consomem em maior número tabaco, enquanto que os adolescentes portugueses consomem mais vinho, cerveja e drogas legais, não existindo diferenças significativas entre os dois países quanto ao uso global de substâncias ilícitas. Embora não tenham sido identificadas diferenças significativas entre sexo nos adolescentes espanhóis relativamente à idade, início de atividade sexual, consumo de tabaco, álcool e de substâncias ilícitas, nos adolescentes portugueses as diferenças entre sexo foram constatadas, verificando-se um menor consumo de álcool (principalmente de cerveja) e início de atividade sexual mais tardio nas raparigas. Como conclusão geral, as autoras sugerem ser necessário investir em medidas interventivas e preventivas direcionadas ao consumo de substâncias nos jovens, uma vez que, se constituem como comportamentos de risco indicadores de menor QVP e bem-estar.

Numa perspetiva intercultural, Hernando, Nunes, Torres, Lemos e Valadas (2013) pretenderam analisar quais os fatores que colocam em causa o bem-estar e QVP de adolescentes imigrantes, tendo para tal recorrido a uma amostra de 108 adolescentes, entre os 10 e os 17 anos, residentes em Portugal (Algarve) e Espanha (Huelva). Os autores verificaram que excetuando o bem-estar físico, onde os rapazes apresentam valores estatisticamente mais elevados, não se encontram diferenças significativas na QVP pelos adolescentes, percecionando quer os adolescentes que residem em Portugal quer os que habitam em Espanha o seu bem-estar físico, psíquico e social de forma bastante satisfatória. Uma outra relação significativa observada é relativa à formação académica das mães, estado de humor e bem-estar psicológico, constatando-se assim, que os adolescentes cujas mães reportavam habilitações literárias mais baixas e recursos socioeconómicos reduzidos manifestavam estados de humor e bem-estar psicológico inferiores. Os adolescentes residentes em Espanha apresentaram ainda níveis de bem-estar físico e psicológico superiores e mais problemas de inserção social em comparação com os adolescentes residentes em Portugal, que se destacaram dos anteriores por percecionarem de modo mais satisfatório os seus recursos financeiros.

A corroborar as conclusões explanadas nas investigações anteriores, Lemos, Nunes e Nunes (2013) no seu estudo, cuja amostra consistiu em 172 adolescentes

imigrantes em Portugal (Algarve) de primeira e segunda geração, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, verificaram que os adolescentes mais novos apresentavam níveis de QVP mais elevados somente nas dimensões bem-estar físico e humor. Ao contrário do que tem sido evidenciado pela literatura (e.g. Michel, Bisegger, Fuhr, Abel & Grupo Kidscreen, 2009; Matos, et al., 2010; Lima – Serrano, Lemos & Nunes, 2013), as raparigas no estudo em questão mostraram-se mais satisfeitas ao nível do bem-estar físico, assim como do humor e auto-perceção (Lemos, Nunes e Nunes, 2013). Quanto às diferenças entre adolescentes de primeira e segunda geração (nascidos no país de residência) observou-se uma QVP mais elevada nos primeiros, principalmente no que concerne ao bem-estar psicológico, autonomia, recursos financeiros e contexto escolar. De acordo com Sam, Vedder, Liebkind, Neto e Virta, (2008) este facto poderá ser explicado através de um maior envolvimento em comportamentos de risco por parte dos adolescentes de segunda geração, o que se repercutirá não só no seu ajustamento psicossocial mas também na sua QVP. Os autores com base no seu estudo realizado em cinco países - Finlândia, Holanda, Noruega, Portugal e Suécia, cuja amostra consistiu em 2.700 adolescentes imigrantes e 1.400 adolescentes nativos, defendem que os emigrantes de primeira geração tendencialmente demonstram padrões de adaptação mais ajustados comparativamente aos adolescentes de segunda geração.

Em síntese, os estudos realizados evidenciam a necessidade de continuar a investir nas medidas que se têm revelado eficazes na redução de comportamentos de risco, e desenvolver outras que atuem diretamente nos comportamentos de risco que tendem a aumentar, a fim de contribuir para o bem-estar e qualidade de vida quer dos próprios adolescentes quer da própria sociedade.

# II Parte

## Capítulo III. Parte Empírica

### 3.1 – Objetivo Geral

A presente investigação possui como objetivo descrever e analisar os acontecimentos de vida negativos experienciados durante a adolescência e sua respectiva relação com a qualidade de vida percebida.

### 3.2 – Objetivos específicos

- Descrever e analisar a frequência dos acontecimentos de vida negativos.
- Analisar o impacto emocional que os diferentes acontecimentos de vida negativos causam nos adolescentes.
- Descrever e analisar as diferentes dimensões da qualidade de vida (1) Saúde e Atividade Física; (2) Sentimentos; (3) Estado de Humor Geral; (4) Auto-Percepção; (5) Autonomia/Tempo Livre; (6) Família/Ambiente Familiar; (7) Questões Económicas; (8) Amigos; (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem e (10) Provocação/*Bullying*.
- Analisar as relações existentes entre os acontecimentos de vida negativos e a qualidade de vida percebida.

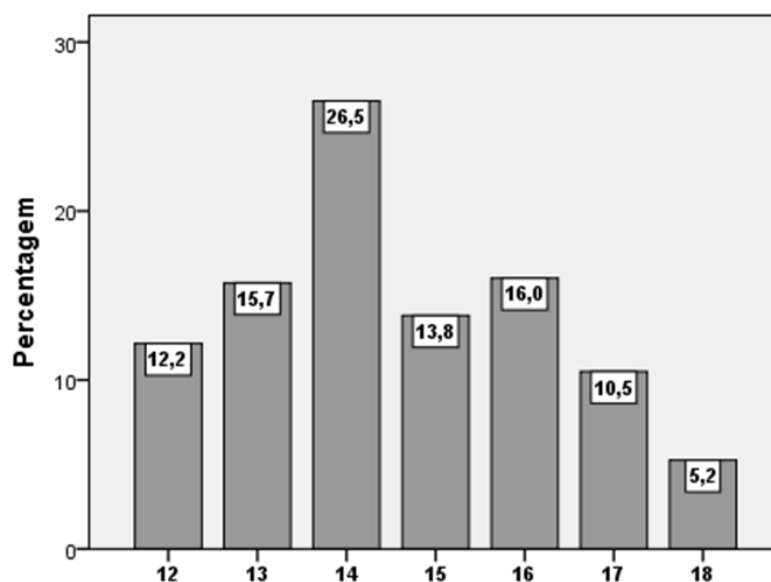
## Capítulo IV. Metodologia

### 4.1 – Desenho do Estudo

O estudo em questão caracteriza-se pelo seu carácter quantitativo, de desenho transversal e plano descritivo-correlacional (Ribeiro, 1999), no sentido em que se pretende descrever e analisar as relações entre variáveis. O método correlacional permite descrever e estabelecer relações entre variáveis, quantificando comumente estas mesmas relações, apesar de não possibilitar inferir causalmente (Almeida e Freire, 2003).

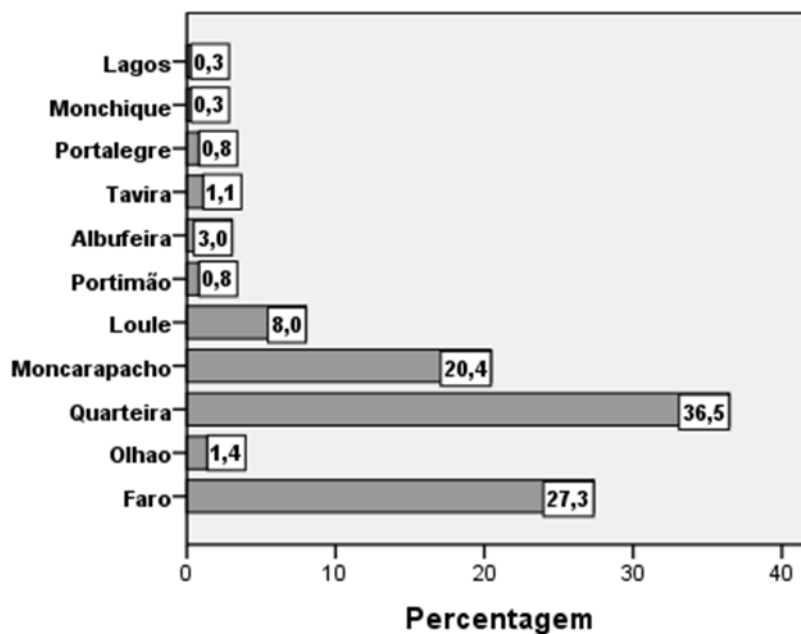
### 4.2 – Caracterização Geral da Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 364 adolescentes residentes no Algarve, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ( $M= 14,58$ ,  $DP= 1,70$ ), dos quais 55,5% ( $n= 202$ ) eram do sexo feminino. Maioritariamente dos participantes viviam em famílias biparentais (72%). Os pais tinham em média 44,97 anos de idade ( $DP= 6,62$ ) e as mães 41,61 ( $DP= 5,61$ ). A maioria dos pais tinha um nível de estudos e qualificação laboral baixos.



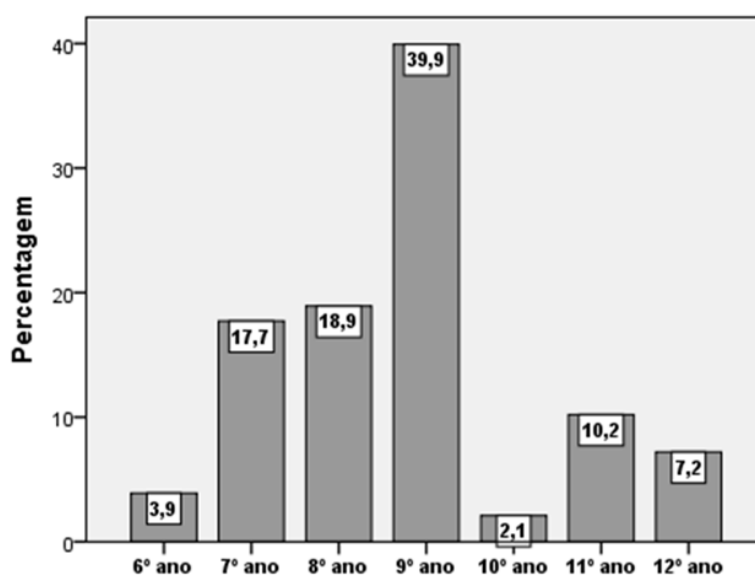
*Figura 1 - Diagrama de barras da idade dos participantes.*

No que respeita ao local de residência, tal como se pode observar na Figura 2, a amostra foi recolhida em 10 localidades diferentes do Algarve, sendo Quarteira (36,5%;  $n= 132$ ), Faro (27,3%;  $n= 99$ ) e Moncarapacho (20,4%;  $n= 74$ ) as mais representadas.



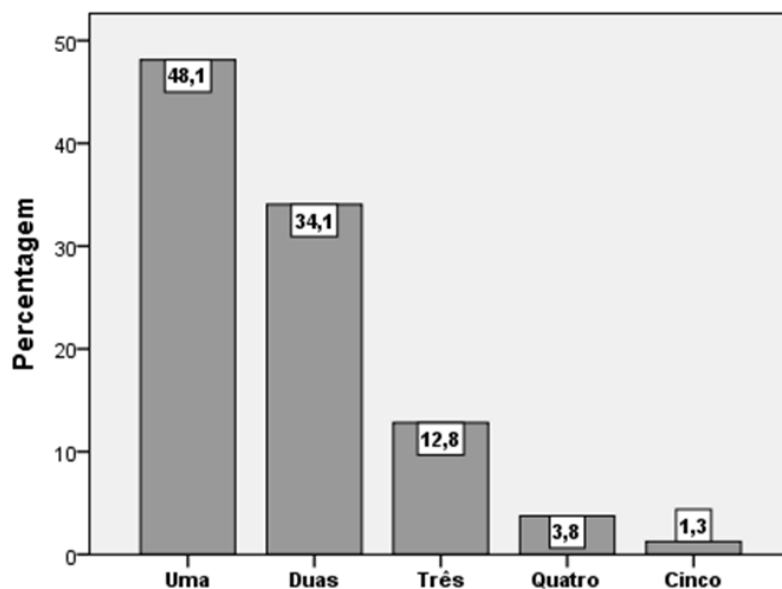
*Figura 2 - Diagrama de barras do local de residência dos participantes.*

Quanto ao grau académico, o ano escolar mais representado pelos inquiridos foi o 9º ano (39,9%;  $n= 133$ ), sendo por sua vez o 10º (2,1%;  $n= 7$ ) e o 6º ano (3,9%;  $n= 6$ ) os menos representados.



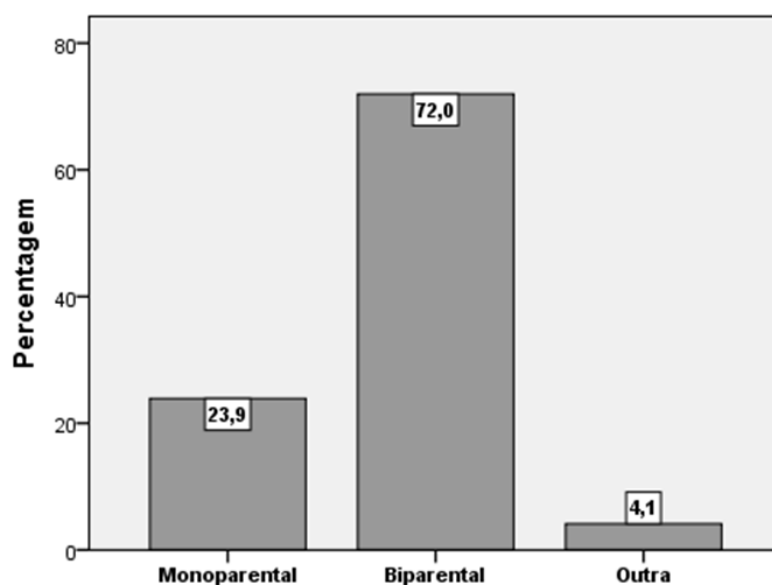
*Figura 3 - Diagrama de barras do ano escolar frequentado pelos participantes.*

Em termos de características do agregado familiar verificou-se que, aproximadamente, metade dos participantes vivem numa família onde são a única criança presente – filhos únicos (48,1%;  $n= 154$ ) encontrando-se, no outro extremo, quatro inquiridos que vivem numa família com cinco crianças (Figura 4).



*Figura 4 - Diagrama de barras do número de crianças no agregado familiar.*

Tal como se verifica na Figura 5, a maioria dos adolescentes vive inserido numa família biparental (72,0%;  $n= 262$ ).



*Figura 5 - Diagrama de barras da tipologia familiar.*

Procedendo-se à análise das características sociodemográficas dos pais dos participantes (Tabela 1), verifica-se que apresentam uma idade média de 44,97 ( $DP=6,62$ ) idade média esta relativamente superior à das mães ( $M=41,64$ ;  $DP=5,61$ ). Em Quanto ao estatuto marital, a maioria dos pais encontrava-se casado ou a viver em união de facto (69,9%;  $n=251$ ). Relativamente ao grau académico, as mães apresentam níveis de escolarização mais elevados do que os dos pais (e.g. 27,2% e 17,0% das mães possuem, respetivamente, o ensino secundário e formação universitária, enquanto, tais habilitações nos pais uma percentagem de 19,4% para o ensino secundário e 11,3% para a formação universitária). Cerca de 77,9% ( $n=271$ ) das mães encontra-se a exercer algum tipo de atividade profissional, correspondendo 48,7% ( $n=146$ ) a uma atividade não qualificada. À semelhança das mães, a maioria dos pais encontra-se a exercer algum tipo de atividade profissional (85,8%;  $n=289$ ), sendo também neste caso o trabalho não qualificado aquele que assume uma maior percentagem (41,5%;  $n=151$ ).

	<i>n</i>	%
<b>Estatuto Marital</b>		
Casado/União de facto	251	69,9
Divorciado/Separado	67	18,7
Solteiro	2	0,6
Viúvo	8	2,2
Família reconstruída após divórcio	30	8,4
Família reconstruída após viuvez	1	0,3
<b>Grau de Escolarização</b>		
Mãe		
Inferior ao 1º Ciclo	95	27,8
1º Ciclo	96	28,1
2º Ciclo a Ensino Secundário	93	27,2
Ensino Superior	58	17,0
Pai		
Inferior ao 1º Ciclo	128	38,2
1º Ciclo	104	31,0
2º Ciclo a Ensino Secundário	65	19,4
Ensino Superior	38	11,3
<b>Situação Profissional da Mãe</b>		
Desempregada	77	22,1
Empregada	271	77,9
<b>Tipologia da Ocupação da Mãe</b>		
Trabalho não qualificado	146	48,7
Trabalho semiqualficado	98	32,7
Trabalho qualificado	56	18,7

<b>Situação Profissional do Pai</b>		
Desempregado	48	14,2
Empregado	289	85,8
<b>Tipologia da Ocupação do Pai</b>		
Trabalho não qualificado	151	41,5
Trabalho semiqualficado	123	33,8
Trabalho qualificado	38	10,4

*Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Pais dos Participantes.*

### 4.3 – Técnica de Amostragem

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística, uma vez que, os participantes foram selecionados por conveniência, de acordo com a disponibilidade dos docentes e das escolas que autorizaram a recolha de dados.

### 4.4 – Instrumentos

Para a realização da investigação em questão foram utilizados como instrumentos de recolha de dados o *Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares*, a *Escala de Situações de Vida Stressantes* e o *questionário Kidscreen-52*.

#### 4.4.1 – Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares é um instrumento de auto-preenchimento constituído por 30 questões de resposta fechada que, consistem na recolha de informação acerca de (1) dados pessoais (ex: data de nascimento, habilitações literárias e residência); (2) familiares (ex: idade dos progenitores, habilitações literárias e situação laboral); (3) relacionados com o meio escolar (ex: número de matriculas, comportamentos face aos estudos/notas e assiduidade) e (4) direccionados a indivíduos imigrantes (nacionalidade e naturalidade do próprio e dos seus progenitores, número de anos que reside em Portugal e adaptação).

#### 4.4.2 – Escala de Situações de Vida Stressantes

A Escala de Situações de Vida Stressantes, é a versão portuguesa traduzida por Nunes e Lemos (2010) do questionário Inventário de *Acontecimientos Vitales Estresantes* (AVE) de Oliva, Jiménez, Parra e Sánchez-Queija (2008). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento constituído por 25 itens que remetem para

acontecimentos de vida negativos vividos nos contextos familiar, escolar e social/grupo de pares (Oliva, Jiménez & Parra, 2009).

A Escala de Situações de Vida Stressantes pretende avaliar em termos de quantidade e de impacto emocional os acontecimentos de vida negativos vivenciados nos últimos cinco anos. Através deste instrumento é então possível estimar e analisar, em termos quantitativos (relacionado com o número de vezes que o indivíduo experienciou o acontecimento) e qualitativos (associado ao impacto emocional causado por tal acontecimento) a forma como determinados acontecimentos de vida negativos influem sobre o ajustamento psicossocial do adolescente. Relativamente à cotação, a escala tem dois formatos de resposta, isto é, num primeiro momento é pedido ao respondente que identifique os acontecimentos de vida negativos que vivenciou nos últimos cinco anos (onde é atribuído um ponto por cada acontecimento de vida negativo selecionado) e, num segundo momento é-lhe pedido que quantifique, numa escala de zero a dez, o impacto emocional que tais acontecimentos tiveram (Oliva, Jiménez & Parra, 2009).

#### **4.4.3 – Kidscreen-52**

O Kidscreen-52 é um instrumento transcultural desenvolvido pela Comissão Europeia com base no Projecto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective”, cuja tradução e adaptação foi realizada pela equipa do Projecto Aventura Social em Portugal (Gaspar & Matos, 2008).

Este instrumento pretende, essencialmente, medir, monitorizar e avaliar a qualidade de vida percebida pelas crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, e respectivos progenitores. . Esta escala é constituída por 52 itens com um formato de resposta ordinal de cinco pontos (codificação de 1 a 5), que varia, nalguns casos, entre “nada”, “pouco”, “moderadamente”, “muito” e “extremamente”, enquanto noutros varia entre “nunca”, “raramente”, “algumas vezes”, “frequentemente” e “sempre”. Os 52 itens estão organizados em dez subescalas (Gaspar & Matos, 2008):

Saúde e Atividade Física (5 itens) – Pretende avaliar a capacidade, energia e aptidão da criança/adolescente praticar atividades desportivas e de lazer (por exemplo, item 1: em geral, como descreves a tua saúde?);

- Sentimentos (6 itens) – Pretende avaliar as emoções positivas, bem-estar psicológico e satisfação para com a vida (por exemplo, item 3: sentiste-te satisfeito (a) com a tua vida?);
- Estado de Humor Geral (7 itens) - Pretende avaliar sentimentos e emoções negativas e a forma como são interpretados (por exemplo, item 2: sentiste-te triste?);
- Sobre ti Próprio (5 itens) – Pretende avaliar a perceção que a criança/adolescente possui de si mesmo( item 1: sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?);
- Autonomia/Tempo Livre (5 itens) – Pretende avaliar a gestão de tempo, liberdade de escolha, tomada de decisão e oportunidades concedidas relativamente ao papel social que crianças/adolescentes desempenham (por exemplo, item 1: tiveste tempo suficiente para ti próprio?);
- Família, Ambiente e Vida em Família e Vizinhança (6 itens) – Pretende avaliar a qualidade das interações que a criança estabelece com os seus familiares e os sentimentos que reflete pelos mesmos (por exemplo, item 3:sentiste-te feliz em casa?);
- Questões Económicas (3 itens) – Pretende avaliar a quantidade e qualidade dos recursos financeiros disponíveis, assim como a perceção da criança/adolescente face aos mesmos (por exemplo, item 2: tiveste tempo suficiente para as tuas despesas?);
- Amigos (6 itens) – Pretende avaliar em termos qualitativos as relações interpessoais e o apoio social que a criança/adolescente possui, assim como os sentimentos e perceção que tem das mesmas (por exemplo, item 3: Divertiste-te com os teus amigos(as)?);
- Ambientes Escolar e Aprendizagem (6 itens) – Pretende avaliar a qualidade e a forma como a criança/adolescente percebe as relações que mantém com os docentes, o seu desempenho, as suas capacidades cognitivas e de aprendizagem, assim como a sua perceção acerca das mesmas (por exemplo, item 1 Sentiste-te feliz na escola?);
- Provocação/*Bullying* (3 itens) – Pretende avaliar a existência de sentimentos de rejeição e de índole ansiogénica relativamente ao grupo de pares (por exemplo, item 1: Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?) .

O cálculo das pontuações relativas ao total da escala, assim como das dez subescalas é realizado através de uma média aritmética simples, pelo que independentemente do número de itens que as compõem, as suas pontuações variam sempre entre um e cinco. Deste modo, realça-se que pontuações mais elevadas na

totalidade desta escala, assim como em qualquer das suas subescalas são indicadores de uma perceção de qualidade de vida mais satisfatória (Gaspar & Matos, 2008).

## **4.5 – Procedimentos**

### **4.5.1 – Procedimentos de Recolha de dados**

A recolha dos dados deste estudo foi efetuada de Outubro de 2011 a Abril de 2012, por vários colaboradores no projeto de investigação “Quality of life of immigrant and native adolescents. A comparative study between Portugal, Spain, Russia, Byelorussia, and Ukraine”, coordenado pela Doutora Cristina Nunes.

Após a obtenção das autorizações da Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) e dos Conselhos Executivos das escolas, foram obtidos os consentimentos informados dos encarregados de educação. Os questionários foram aplicados coletivamente, em sala de aula, na presença de um investigador.

Aos participantes, foi dada uma breve explicação acerca dos objetivos do estudo, tendo sido enfatizado o aspeto voluntário e anónimo dos dados recolhidos, assim como o facto de ser necessária alguma concentração no preenchimento dos mesmos, de modo a minimizar possíveis omissões. O tempo de preenchimento dos questionário foi aproximadamente 30 minutos.

### **4.5.2 – Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados**

Após ter sido efetuada a recolha dos dados, procedeu-se à sua análise e tratamento através do SPSS versão 21 - *Statistical Package for the Social Sciences*. Para tal utilizou-se um nível de significância de 5% ( $\alpha = ,05$ ), recorrendo-se inicialmente a (1) medidas descritivas, médias, desvios-padrões, valores mínimos, valores máximos, sempre que se pretendeu caracterizar e descrever a amostra; (2) diagramas de barras; e posteriormente a medidas de estatística inferencial como (3) medidas de contraste de médias - testes t: sempre que se pretendeu averiguar se a média de uma variável quantitativa diferia entre dois grupos independentes; (4) coeficientes de correlação de Pearson, sempre que se pretendeu averiguar se duas variáveis quantitativas estavam significativamente associadas e (5) coeficientes de correlação de Spearman, sempre que se pretendeu averiguar se uma variável quantitativa e outra ordinal estavam significativamente associadas.

## Capítulo V. Resultados

### 5.1 – Qualidade de Vida Percebida (Kidscreen-52)

Na Tabela 2 podem observar-se os resultados obtidos através do questionário Kidscreen-52, evidenciando-se como subescalas cujos valores médios são mais elevados na subescala Provocação/*Bullying* ( $M= 4,55$ ;  $DP= 0,63$ ), Amigos ( $M= 4,08$ ;  $DP= 0,77$ ) e Estado de Humor Geral ( $M= 4,04$ ;  $DP= 0,73$ ). Por outro lado, a subescala que apresenta uma média claramente inferior às restantes é relativa à Escola e Aprendizagem ( $M= 2,97$ ;  $DP= 0,61$ ). Quanto à média da totalidade da Escala, isto é, a QVP Total, o valor foi de 3,91 ( $DP= 0,50$ ). Tanto na totalidade da escala como nas 10 subescalas a dispersão dos dados é pouco acentuada.

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Qualidade de Vida Total</b>	329	2,51	4,90	3,91	0,50
Provocação	360	2,33	5,00	4,55	0,63
Amigos	358	1,00	5,00	4,08	0,77
Estado Humor Geral	355	1,86	5,00	4,04	0,73
Família, Ambiente Familiar e Vizinhança	357	1,00	5,00	4,01	0,80
Questões Económicas	357	1,00	5,00	4,01	1,01
Sentimentos	360	1,50	5,00	4,00	0,74
Tempo Livre	361	1,40	5,00	3,93	0,84
Sobre Ti Próprio	356	1,40	5,00	3,75	0,72
Saúde, Atividade Física	360	1,80	5,00	3,72	0,77
Escola e Aprendizagem	358	1,17	4,17	2,97	0,61

*Tabela 2 - Medidas Descritivas: Qualidade de Vida (Kidscreen-52 - Crianças e Adolescentes).*

### 5.2 – Escala de Situações de Vida Stressantes

Tal como se pode verificar na Tabela 3, quando se analisa a frequência dos diversos AVN considerados na Escala de Situações de Vida Stressantes, encontram-se entre os mais frequentes a: mudança de colegas de turma (61,5%); morte de um familiar (45,9%); mudança de escola (38,7%); zangas (35,2%) e; doença de familiar (34,3%).

Por sua vez, entre os AVN menos frequentes encontram-se o: assédio, abuso sexual (3,6%); gravidez (3,8%); problemas de justiça (5,8%); prisão de familiar (8,5%) e; dependências pessoais (9,9%). Finalmente, verificou-se que o valor médio de AVN é de aproximadamente seis ( $M= 5,77$ ;  $DP= 3,97$ ).

	<i>N</i>	%
Mudança colegas de turma	224	61,5
Morte de familiar	167	45,9
Mudança de escola	141	38,7
Zangas	128	35,2
Doença de familiar	125	34,3
Zanga com namorado	122	33,5
Repetição de curso	116	31,9
Rutura com namorado	106	29,1
Dificuldades económicas	101	27,7
Mudança de casa	99	27,2
Engano, isolamento	97	26,6
Problemas com colegas turma	86	23,6
Divórcio	80	22,0
Brigas de pares	75	20,6
Mudança familiar	73	20,1
Engano do namorado	57	15,7
Nova união dos pais	50	13,7
Dependências familiares	50	13,7
Problemas com professores	48	13,2
Doença, acidente pessoal	41	11,3
Dependência pessoal	36	9,9
Prisão de familiar	31	8,5
Problemas de justiça	21	5,8
Gravidez	14	3,8
Assédio, abuso sexual	13	3,6

*Tabela 3 - Frequências dos AVN.*

Complementarmente, na Tabela 4, é possível verificar que em termos da perceção do impacto emocional dos AVN vivenciados, nem todos apresentam a mesma magnitude. Deste modo, entre aqueles que foram relatados como tendo um maior impacto emocional evidenciam-se a: doença de familiar ( $M= 6,53$ ;  $DP= 3,25$ ); morte de

familiar ( $M= 6,47$ ;  $DP= 3,40$ ); engano do namorado ( $M= 6,35$ ;  $DP= 3,46$ ); doença/acidente pessoal ( $M= 5,71$ ;  $DP= 3,28$ ). Pelo contrário, entre os acontecimentos que menos impacto parecem ter encontram-se o: assédio/abuso sexual ( $M= 2,46$ ;  $DP= 3,71$ ); mudança de colegas de turma ( $M= 3,02$ ;  $DP= 2,71$ ); brigas com pares ( $M= 3,17$ ;  $DP= 2,97$ ); mudança de escola ( $M= 3,35$ ;  $DP= 3,03$ ) e; mudança de casa ( $M= 3,36$ ;  $DP= 2,78$ ). Note-se ainda que a variabilidade destes dados é acentuada, tendo tendência a aumentar à medida que o impacto emocional relatado vai diminuindo. Por fim, observou-se que o impacto emocional médio dos AVN é de 4,52 ( $DP= 2,31$ ).

	<i>N</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Doença de familiar	125	0	10	6,53	3,25
Morte de familiar	167	0	10	6,47	3,40
Engano do namorado	57	0	10	6,35	3,46
Doença, acidente pessoal	41	0	10	5,71	3,28
Dependências de familiares	50	0	10	5,46	3,36
Zangas	128	0	10	5,41	3,03
Engano, isolamento	97	0	10	5,30	2,85
Zanga com namorado	122	0	10	5,24	3,33
Rutura do namorado	106	0	10	5,24	3,38
Dificuldades económicas	101	0	10	5,21	3,01
Divórcio	80	0	10	5,19	3,04
Gravidez	14	0	10	5,00	4,74
Mudança familiar	73	0	10	5,00	3,35
Problemas com a justiça	21	0	10	4,81	3,60
Nova união dos pais	50	0	10	4,48	3,65
Prisão de familiar	31	0	10	4,42	3,99
Repetição do curso	116	0	10	4,31	3,20
Problemas com professores	48	0	10	4,02	3,13
Problemas com colegas turma	86	0	10	3,77	2,62
Dependência pessoal	36	0	10	3,44	3,35
Mudança de casa	99	0	10	3,36	2,78
Mudança de escola	141	0	10	3,35	3,03
Brigas com pares	75	0	10	3,17	2,97
Mudança de colegas turma	224	0	10	3,02	2,71
Assedio, abuso sexual	13	0	10	2,46	3,71

**Tabela 4 - Impacto Emocional dos AVN.**

### 5.3 – Qualidade de Vida Percebida e Acontecimentos de Vida Negativos

O estudo correlacional entre as Escalas de QVP e AVN, apresentado na Tabela 5, permite considerar que apesar de todas as subescalas relativas à QVP se encontrarem significativamente correlacionadas entre si, como seria de esperar, algumas apresentam associações mais significativas que outras. Deste modo, entre as subescalas que parecem contribuir de modo mais notório para uma maior QVP (magnitudes estatisticamente significativas) encontram-se os Sentimentos ( $r= 0,81$ ), o Estado do Humor Geral ( $r= 0,76$ ), o Tempo Livre ( $r= 0,75$ ) e, a Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça ( $r= 0,73$ ), sendo que, qualquer destas subescalas se encontra positivamente associada à QVP total. Por outro lado, a subescala relativa à Provocação/*Bullying* ( $r= 0,39$ ) é a que apresenta uma associação com a QVP total menos significativa (magnitude de efeito fraca).

Embora exista uma associação estatisticamente significativa entre o total de AVN e seu impacto emocional, esta é de fraca magnitude ( $r= 0,17$ ). Em suma, apesar de se poder predizer que tendencialmente à medida que a acumulação de AVN é maior também o seu impacto emocional aumenta, ou vice-versa, tal associação é pouco expressiva.

Tanto o total como o impacto emocional dos AVN encontram-se negativamente associados à QVP total ( $r= -0,23$  e  $r= -0,13$  respetivamente). Apesar das associações estatisticamente significativas encontradas, realça-se que ambas são de magnitude fraca. Não obstante, os resultados obtidos sugerem que o total AVN parece conseguir explicar um pouco mais da variabilidade da QVP total comparativamente ao seu impacto emocional, na medida em que a associação entre a frequência de AVN e QVP total assumiu um valor mais significativo ( $r= -0,23$ ).

No que concerne à QVP, a maioria das subescalas do Kidscreen-52 (Sentimentos; Estado de Humor Geral; Sobre Ti Próprio; Tempo Livre; Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça; Questões Económicas e; Escola e Aprendizagem) encontra-se significativa e negativamente associadas ao total de AVN, sendo estas associações de magnitude fraca. Somente duas subescalas do Kidscreen-52 - Sentimentos e Sobre Ti Próprio ( $r= -0,13$  e  $r= -0,11$  respetivamente) se revelaram significativa e negativamente associadas ao impacto emocional dos AVN, sendo também neste caso associações de fraca magnitude.

	<b>Qualidade de Vida Total</b>	<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>
<i>r</i>			
<b>Qualidade de Vida Total</b>	-	-0,23**	-0,13*
<b>Saúde, Atividade Física</b>	0,597**	-0,10	-0,09
<b>Sentimentos</b>	0,81**	-0,22**	-0,13*
<b>Estado Humor Geral</b>	0,76**	-0,13*	-0,10
<b>Sobre Ti Próprio</b>	0,59**	-0,14**	-0,11*
<b>Tempo Livre</b>	0,75**	-0,14**	-0,08
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	0,73**	-0,19**	-0,10
<b>Questões Económicas</b>	0,65**	-0,14**	-0,07
<b>Amigos</b>	0,68**	-0,08	-0,03
<b>Escola e Aprendizagem</b>	0,52**	-0,18**	0,02
<b>Provocação</b>	0,39**	-0,06	0,04
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	-0,23**	-	0,17**

*Tabela 5 - Correlações de Pearson entre o questionário Kidscreen-52 e a Escala de Situações de Vida Stressantes.*

*Nota. \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001*

## **5.4 – Efeito das Diferenças Sociodemográficas na Qualidade de Vida Percebida e nos Acontecimentos de Vida Negativas**

### **5.4.1 – Sexo**

A análise relativa à frequência dos AVN e respetivo impacto emocional de acordo com o sexo dos adolescentes (tabela 6.) permitiu verificar que os AVN mais relatados pelas raparigas foram as mudanças de colegas de turma (61,4%); zangas (43,1%); morte de um familiar (42,1%); mudança de escola (41,6%) e zanga com o namorado(a) (37,6%). No caso dos rapazes, os AVN mais frequentemente relatados foram: mudança de colegas de turma (61,7%); morte de familiar (50,6%); repetição de curso (37,7%); mudança de escola (35,2%) e doença de um familiar (34,6%). Quanto aos AVN menos

frequentes, encontramos em ambos os sexos os assédios/abusos sexuais (3% das raparigas e 4,3% dos rapazes), os problemas com a justiça (apenas 3,5% das raparigas e 8,6% dos rapazes), e a gravidez (4% das raparigas e 3,7% dos rapazes). É também possível observar-se que em termos do impacto emocional dos AVN, as raparigas relataram como acontecimentos mais impactantes: o engano do namorado(a) ( $M= 6,97$ ); morte de familiar ( $M= 6,87$ ); doença de familiar ( $M= 6,84$ ); rutura com o namorado ( $M= 6,31$ ); doença ou acidente pessoal ( $M= 6,27$ ); gravidez ( $M= 6,25$ ); e problemas com a justiça ( $M= 6,14$ ). No caso dos inquiridos masculinos, o maior impacto sentido foi observado na: doença de um familiar ( $M= 6,14$ ); morte de um familiar ( $M= 6,05$ ); dependências de familiares ( $M= 5,78$ ); engano da namorada(o) ( $M= 5,50$ ); doença ou acidente pessoal ( $M= 5,05$ ) e engano/isolamento ( $M= 4,94$ ).

	Feminino				Masculino			
	Frequências		Impacto Emocional		Frequências		Impacto Emocional	
	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Divórcio	48	23,8	5,65	3,01	33	20,4	4,50	3,01
Zangas	87	43,1	6,02	2,91	41	25,3	4,12	2,90
Nova união dos pais	26	12,9	6,00	3,42	24	14,8	2,83	3,21
Engano, isolamento	66	32,7	5,47	2,67	31	19,1	4,94	3,22
Mudança de casa	60	29,7	3,57	2,66	39	24,1	3,05	2,96
Dificuldades económicas	58	28,7	5,84	2,82	43	26,5	4,35	3,08
Morte de familiar	85	42,1	6,87	3,31	82	50,6	6,05	3,46
Doença de familiar	69	34,2	6,84	2,99	56	34,6	6,14	3,53
Mudança familiar	44	21,8	5,64	3,35	29	17,9	4,03	3,18
Dependências de familiares	27	13,4	5,19	3,22	23	14,2	5,78	3,55
Mudança de escola	84	41,6	3,74	3,17	57	35,2	2,77	2,74
Problemas com colegas de turma	44	21,8	4,12	2,48	42	25,9	3,42	2,74
Repetição de curso	55	27,2	4,49	3,10	61	37,7	4,15	3,31
Mudança de colegas de turma	124	61,4	3,47	2,88	100	61,7	2,47	2,38
Problemas com professores	26	12,9	4,96	3,33	22	13,6	2,91	2,52
Rutura com namorado	64	31,7	6,31	3,06	42	25,9	3,60	3,19
Engano do namorado	33	16,3	6,97	3,25	24	14,8	5,50	3,61
Zanga com namorado	76	37,6	5,96	3,10	46	28,4	4,04	3,39
Brigas com pares	40	19,8	3,70	3,10	35	21,6	2,57	2,73
Assédio/abuso sexual	6	3,0	3,33	5,16	7	4,3	1,71	1,98

Gravidez	8	4,0	6,25	4,30	6	3,7	3,33	5,16
Doença/acidente pessoal	22	10,9	6,27	3,06	19	11,7	5,05	3,49
Dependência pessoal	18	8,9	3,67	3,29	18	11,1	3,22	3,49
Prisão familiar	14	6,9	4,29	3,67	17	10,5	4,53	4,35
Problemas com justiça	7	3,5	6,14	3,53	14	8,6	4,14	3,57

**Tabela 6** Escala de Situações de Vida Stressantes por Sexo.

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Comparado-se os resultados obtidos no questionário Kidscreen-52 e Escala de Situações de Vida Stressantes em função do sexo dos inquiridos (Tabela 7), verifica-se a inexistência de relações estatisticamente significativas quanto às suas diferenças. Assim, no Kidscreen-52, unicamente se encontraram diferenças estatisticamente significativas na subescala Amigos ( $p = 0,02$ ) e na subescala Escola e Aprendizagem ( $p = 0,06$ ) – magnitude fraca, sendo que em ambos os casos os inquiridos femininos apresentaram médias superiores ( $M = 4,16$ ;  $DP = 0,72$  e  $M = 3,02$ ;  $DP = 0,62$  respetivamente) aos masculinos ( $M = 3,97$ ;  $DP = 0,83$  e  $M = 2,90$ ;  $DP = 0,59$  respetivamente). Quanto à Escala de Situações de Vida Stressantes, verifica-se que a média do impacto emocional dos AVN do sexo feminino ( $M = 4,94$ ;  $DP = 2,16$ ) é estatisticamente superior ( $p = 0,000$ ) à apresentada pelos rapazes ( $M = 3,99$ ;  $DP = 2,39$ ).

	Sexo	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	Feminino	183	3,93	0,51	0,51	0,61
	Masculino	146	3,90	0,50		
<b>Saúde, Atividade Física</b>	Feminino	200	3,70	0,80	-0,59	0,56
	Masculino	160	3,75	0,73		
<b>Sentimentos</b>	Feminino	200	4,01	0,74	0,35	0,73
	Masculino	160	3,98	0,75		
<b>Estado Humor Geral</b>	Feminino	196	4,06	0,70	0,69	0,49
	Masculino	159	4,01	0,77		
<b>Sobre Ti Próprio</b>	Feminino	194	3,73	0,73	-0,72	0,47
	Masculino	162	3,78	0,71		
<b>Tempo Livre</b>	Feminino	200	3,90	0,85	-0,86	0,39
	Masculino	161	3,97	0,84		
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	Feminino	200	3,98	0,81	-0,81	0,42
	Masculino	157	4,05	0,79		

<b>Questões Económicas</b>	Feminino	197	4,05	0,99	0,75	0,46
	Masculino	160	3,97	1,04		
<b>Amigos</b>	Feminino	198	4,16	0,72	2,37	0,02*
	Masculino	160	3,97	0,83		
<b>Escola e Aprendizagem</b>	Feminino	199	3,02	0,62	1,87	0,06*
	Masculino	159	2,90	0,59		
<b>Provocação</b>	Feminino	200	4,59	0,59	1,34	0,18
	Masculino	160	4,50	0,68		
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	Feminino	202	5,90	3,80	0,66	0,52
	Masculino	162	5,62	4,19		
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	Feminino	194	4,94	2,16	0,07	0,000
	Masculino	155	3,99	2,39		

*Tabela 7 - Testes t: Kidscreens-52 e Escala de Situações de Vida Stressantes por Sexo.*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

#### 5.4.2 – Idade

A Tabela 8 sugere que a variável idade se encontra de certa forma associada a alguns aspetos relacionados com a QVP, assim como, aos AVN. Deste modo, observaram-se correlações estatisticamente significativas e negativas, entre a idade e as subescalas de Saúde, Atividade Física ( $r = -0,11$ ), Sentimentos ( $r = -0,13$ ), Estado de Humor Geral ( $r = -0,11$ ), Escola e Aprendizagem ( $r = -0,13$ ) e, Provocação/Bullying ( $r = 0,13$ ), tratando-se neste último caso de uma associação positiva. Apesar do realçado, é de salientar que tais associações apresentam magnitudes de efeito insignificantes. Por fim, pôde ainda observar-se correlações estatisticamente significativas entre a idade e o total de AVN, assim como, com o seu impacto emocional. Embora os resultados obtidos reflitam magnitudes estatisticamente pouco significativas, os dados sugerem que com o avançar da idade os adolescentes poderão encontrar-se expostos a AVN em maior amplitude sendo, por isto, também a sua acumulação maior e, conseqüentemente, o impacto causado pelos mesmos mais intenso.

	<b>Idade</b>
	<i>r</i>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	-0,10
<b>Saúde, Atividade Física</b>	-0,11*
<b>Sentimentos</b>	-0,13*
<b>Estado Humor Geral</b>	-0,11*
<b>Sobre Ti Próprio</b>	-,003
<b>Tempo Livre</b>	-0,04
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	-0,05
<b>Questões Económicas</b>	-0,07
<b>Amigos</b>	0,00
<b>Escola e Aprendizagem</b>	-0,13*
<b>Provocação</b>	0,13*
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	0,31**
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	0,26**

*Tabela 8 - Correlações de Pearson entre o Kidscreen-52 e a Escala de Situações de Vida Stressantes e a Idade.*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

### 5.4.3 – Tipologia Familiar

Na análise comparativa do *Kidscreen-52* e da Escala de Situações de Vida Stressantes em função da tipologia familiar - família monoparental ou biparental, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 9). Relativamente ao *Kidscreen-52*, apenas se observaram diferenças, cujo valor é estatisticamente insignificante, na subescala Autonomia/Tempo Livre ( $p = 0,73$ ), sugerindo os dados que os adolescentes que vivem em famílias biparentais apresentam níveis de QVP mais elevados ( $M = 3,98$ ;  $DP = 0,83$ ) do que os adolescentes que vivem famílias monoparentais ( $M = 3,79$ ;  $DP = 0,88$ ). Quanto à Escala de Acontecimentos de Vida Stressantes, verifica-se que a média do Total de Situações de Vida Stressantes dos

adolescentes que vivem em famílias monoparentais ( $M= 7,23$ ;  $DP= 3,96$ ) se revelou significativamente superior ( $p= 0,000$ ) à dos adolescentes que vivem em famílias biparentais ( $M= 5,19$ ;  $DP= 3,77$ ), propondo assim que os adolescentes que vivem em famílias monoparentais vivenciam em maior número AVN. No que concerne ao impacto dos AVN não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes que vivem em famílias biparentais e os adolescentes que vivem em famílias monoparentais.

	<b>Tipologia Familiar</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	Monoparental	79	3,85	0,50	-1,33	0,19
	Biparental	236	3,94	0,50		
<b>Saúde, Atividade Física</b>	Monoparental	86	3,68	0,83	-0,87	0,39
	Biparental	259	3,76	0,74		
<b>Sentimentos</b>	Monoparental	87	3,92	0,81	-1,41	0,16
	Biparental	258	4,05	0,71		
<b>Estado Humor Geral</b>	Monoparental	86	3,95	0,76	-1,28	0,20
	Biparental	255	4,07	0,73		
<b>Sobre Ti Próprio</b>	Monoparental	86	3,76	0,68	0,08	0,93
	Biparental	255	3,76	0,74		
<b>Tempo Livre</b>	Monoparental	86	3,79	0,88	-1,80	0,07
	Biparental	260	3,98	0,83		
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhaça</b>	Monoparental	86	3,94	0,76	-1,00	0,32
	Biparental	256	4,04	0,82		
<b>Questões Económicas</b>	Monoparental	86	3,95	1,06	-0,59	0,56
	Biparental	256	4,03	1,01		
<b>Amigos</b>	Monoparental	86	4,00	0,80	-1,17	0,24
	Biparental	257	4,11	0,76		
<b>Escola e Aprendizagem</b>	Monoparental	86	2,93	0,60	-0,66	0,51
	Biparental	257	2,98	0,61		
<b>Provocação</b>	Monoparental	86	4,64	0,53	1,76	0,19
	Biparental	259	4,52	0,66		
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	Monoparental	87	7,23	3,96	4,31	0,000***
	Biparental	262	5,19	3,77		
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	Monoparental	87	4,59	2,09	0,56	0,57
	Biparental	247	4,43	2,42		

**Tabela 9** - Testes t: Kidscreen-52 e Escala de Situações de Vida Stressantes por Tipologia Familiar.

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

#### 5.4.4 – Situação profissional dos pais

Na Tabela 10, analisando-se a QVP em função da situação laboral dos pais, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes cujas mães se encontram profissionalmente no ativo daqueles em que as mães não estão exercer qualquer tipo de atividade profissional remunerada. Concretamente, pôde concluir-se que a média da QVP total dos adolescentes em que as mães não trabalham ( $M= 4,07$ ;  $DP=0,46$ ) é significativamente superior ( $p= 0,00$ ) à média dos adolescentes em que as mães trabalham ( $M= 3,87$ ;  $DP=0,50$ ). Complementarmente, observou-se tendências semelhantes e igualmente significativas em 4 das 10 subescalas do Kidscreen-52, concretamente na Saúde e Atividade Física ( $p= 0,04$ ), Tempo Livre ( $p= 0,00$ ), Amigos ( $p= 0,01$ ) e, Escola e Aprendizagem ( $p= 0,05$ ).

Por outro lado, a situação profissional das mães dos inquiridos não sugeriu qualquer influência sobre as médias de QVP total e impacto emocional dos AVN ( $p= 0,65$  e  $p= 0,91$  respetivamente).

	Situação Profissional da Mãe	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	Não trabalha	70	4,07	0,46	3,02	0,00**
	Trabalha	245	3,87	0,50		
<b>Saúde, Atividade Física</b>	Não trabalha	77	3,88	0,74	2,07	0,04*
	Trabalha	267	3,67	0,78		
<b>Sentimentos</b>	Não trabalha	76	4,14	0,68	1,77	0,08
	Trabalha	268	3,98	0,74		
<b>Estado Humor Geral</b>	Não trabalha	75	4,15	0,72	1,52	0,13
	Trabalha	265	4,01	0,72		
<b>Sobre Ti Próprio</b>	Não trabalha	76	3,87	0,75	1,63	0,10
	Trabalha	264	3,71	0,71		
<b>Tempo Livre</b>	Não trabalha	77	4,21	0,78	3,36	0,00**
	Trabalha	268	3,85	0,84		
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	Não trabalha	74	4,11	0,79	1,19	0,23
	Trabalha	268	3,99	0,80		
<b>Questões Económicas</b>	Não trabalha	76	4,15	1,00	1,31	0,19
	Trabalha	266	3,98	1,01		
<b>Amigos</b>	Não trabalha	77	4,27	0,75	2,48	0,01**
	Trabalha	265	4,03	0,77		
<b>Escola e Aprendizagem</b>	Não trabalha	77	3,09	0,62	1,99	0,05*
	Trabalha	265	2,93	0,61		

<b>Provocação</b>	Não trabalha	77	4,54	0,63	-0,07	0,95
	Trabalha	267	4,55	0,64		
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	Não trabalha	77	5,87	4,05	0,46	0,65
	Trabalha	271	5,65	3,71		
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	Não trabalha	71	4,52	2,62	0,12	0,91
	Trabalha	262	4,48	2,15		

*Tabela 10 - Testes t: Kidscreen-52 e Escala de Situações de Vida Stressantes de acordo com a situação profissional da mãe.*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Relativamente à situação profissional dos pais, à semelhança das análises anteriores realizadas às mães, os resultados obtidos sugerem, embora não tão significativa, que a QVP dos adolescentes que têm pais que não se encontram profissionalmente ativos ( $M = 4,08$ ;  $DP = 0,56$ ) é significativamente superior ( $p = 0,02$ ) à média apresentada pelos adolescentes cujos pais se encontram a trabalhar ( $M = 3,89$ ;  $DP = 0,49$ ). Comparando as médias das 10 subescalas resultantes do Kidscreen-52 entre os dois grupos em análise, unicamente se encontram diferenças significativas relativas à Saúde e Atividade Física ( $p = 0,04$ ).

A situação profissional dos pais dos inquiridos não sugeriu qualquer influência significativa sobre as médias do Total de Situações de Vida Stressantes e Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes ( $p = 0,09$  e  $p = 0,91$  respetivamente).

	<b>Situação Profissional do Pai</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	Não trabalha	42	4,08	0,56	2,28	0,02*
	Trabalha	265	3,89	0,49		
<b>Saúde, Atividade Física</b>	Não trabalha	48	3,94	0,70	2,08	0,04*
	Trabalha	286	3,69	0,78		
<b>Sentimentos</b>	Não trabalha	48	4,16	0,72	1,58	0,12
	Trabalha	285	3,98	0,73		
<b>Estado Humor Geral</b>	Não trabalha	48	4,13	0,83	1,11	0,27
	Trabalha	282	4,00	0,72		
<b>Sobre Ti Próprio</b>	Não trabalha	47	3,90	0,55	1,78	0,08

	Trabalha	282	3,73	0,74		
<b>Tempo Livre</b>	Não trabalha	48	4,12	0,89	1,65	0,10
	Trabalha	287	3,91	0,82		
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	Não trabalha	47	4,15	0,81	1,20	0,23
	Trabalha	284	4,00	0,81		
<b>Questões Económicas</b>	Não trabalha	47	4,17	1,12	1,11	0,27
	Trabalha	284	3,99	0,99		
<b>Amigos</b>	Não trabalha	47	4,26	0,75	1,69	0,09
	Trabalha	284	4,06	0,76		
<b>Escola e Aprendizagem</b>	Não trabalha	46	3,02	0,68	0,60	0,55
	Trabalha	285	2,96	0,60		
<b>Provocação</b>	Não trabalha	47	4,62	0,54	0,83	0,41
	Trabalha	286	4,53	0,65		
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	Não trabalha	48	6,54	3,94	1,69	0,09
	Trabalha	289	5,51	3,93		
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	Não trabalha	46	4,61	2,05	0,30	0,76
	Trabalha	276	4,50	2,31		

*Tabela 11 - Testes t: Kidscreen-52 e Escala de Situações de Vida Stressantes de acordo com a situação profissional do pai.*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

#### 5.4.5 – Grau de escolarização dos pais

A análise relativa ao grau de formação académica dos pais dos adolescentes inquiridos e respetiva QVP não apresenta relações estatisticamente significativas (tabela 12). Por outro lado, embora de magnitude fraca, o grau de escolarização das mães com o total de AVN ( $r = -0,16$ ) e, o impacto emocional dos AVN ( $r = -0,17$ ) encontram-se estatisticamente relacionados. Tais dados sugerem que uma maior escolarização das mães poderá levar a uma diminuição da ocorrência de AVN, assim como, a níveis inferiores de impacto emocional vivenciado na presença dos mesmos. Os resultados obtidos na análise do grau académico dos pais foram semelhantes aos observados nas mães dos adolescentes, porém, de magnitude inferior, observando-se apenas relação significativa com total de AVN ( $r = -0,12$ ).

	Grau de Escolarização da Mãe	Grau de Escolarização do Pai
	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>Qualidade de Vida Total</b>	0,00	-0,04
<b>Saúde, Atividade Física</b>	-0,10	-0,03
<b>Sentimentos</b>	0,07	0,06
<b>Estado Humor Geral</b>	-0,06	-0,03
<b>Sobre Ti Próprio</b>	-0,03	-0,05
<b>Tempo Livre</b>	-0,03	-0,01
<b>Família, Ambiente Familiar e Vizinhança</b>	0,04	0,00
<b>Questões Económicas</b>	0,07	0,02
<b>Amigos</b>	-0,02	-0,06
<b>Escola e Aprendizagem</b>	0,04	-0,07
<b>Provocação</b>	0,08	0,06
<b>Total de Situações de Vida Stressantes</b>	-0,16**	-0,12*
<b>Impacto Emocional dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	-,166**	-,090

*Tabela 12 - Correlações de Pearson: Kidscreen-52, Escala de Situações de Vida Stressantes e Grau de Escolarização dos Pais.*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

## Capítulo VI. Discussão de resultados

Em jeito de síntese, no presente estudo ao analisar o número de AVN ao qual os adolescentes estiveram expostos, concluiu-se que, de um modo geral, essa exposição foi relativamente baixa. Tal como observado neste estudo e em anteriores, os contextos em que os AVN ocorrem com maior frequência e têm maior impacto emocional são a família e a escola (e.g. Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008; Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008). De igual forma, relativamente às situações de vida stressantes, a família e a escola constituem-se como os contextos onde o maior número de AVN eclode, resultado este encontrado também nos estudos de Kristensen, Leon, D’Incao e Dell’Aglío, 2004, Schilling, Aseltine e Gore, 2007, Oliva, Jiménez, Parra e Sánchez-Queija, 2008 e Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008. Embora os resultados sugiram o contexto escolar e familiar como os mais susceptíveis à ocorrência de AVN, é de salientar que o impacto emocional dos AVN não parece ter o mesmo peso nestes dois contextos, encontrando-se os AVN relacionados com a escola entre aqueles que menor impacto emocional possuem. Este facto poderá estar associado à crescente insatisfação que se vive dentro das escolas, tendo seguramente um potencial não desprezível de influenciar negativamente o ofício de aluno sob a forma de um certo laxismo estudantil. Nos estudos de Oliva et al., 2008; e Jiménez et al., 2008 observou-se ainda que a morte de um familiar foi o AVN com maior impacto emocional para os adolescentes o que, embora não sendo o primeiro AVN com maior impacto, se encontra em consonância com os resultados obtidos na presente investigação

As consequências resultantes da exposição a AVN estão, em certa parte, diretamente relacionadas com as normas e valores socioculturais, refletindo a resposta do indivíduo, implicitamente, as aprendizagens adquiridas socialmente e padrões culturais vigentes numa determinada altura/época. Não obstante, tal como enfatizado por Hobfoll (2001), existem alguns AVN, como a morte de uma pessoa emocionalmente muito próxima, cujo impacto emocional parece ser universal, não significando que a instrumentalização das reações e respostas psicocomportamentais a tais acontecimentos possuam contornos universais, no sentido em que a diversidade de respostas dos indivíduos é inúmera e bastante dispersa, encontrando-se similarmente dependente de vários fatores (personalidade, idade, sexo, suporte social e familiar, recursos socioeconómicos, cultura, etc).

Na presente investigação, ao contrário de Compas, Davis e Forsythe (1985) não se encontraram diferenças, entre rapazes e raparigas, quanto ao número de AVN vivenciados. No entanto, consistentemente com os resultados encontrados por Jiménez e colaboradores (2008), os inquiridos do sexo feminino relataram um impacto emocional, resultante da vivência de AVN, superior ao apresentado pelos rapazes. À primeira vista, tal parece sugerir que o sexo feminino, comparativamente com o sexo masculino, poderá estar sujeito a maiores níveis de distress quando exposto a AVN, nomeadamente, sob a forma do aumento dos níveis de ansiedade e sentimentos depressogénicos conforme evidenciado pela literatura (e.g. Kee, Conger, Elder & Lorenz, 2003; Ge, Lorenz, Conger, Elder e Simons, 1994; Angold & Rutter, 1992; Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008). Segundo Schwarzer e Schulz (2003), alguns fatores culturais poderão ainda ser responsáveis por alguma da variabilidade encontrada neste tipo de análises, na medida em que, tradicionalmente, nas sociedades ocidentais, encontra-se enraizado a crença de que os homens devem ser física e psicologicamente mais resilientes do que as mulheres, pelo que a admissão de algum tipo de sofrimento entra de alguma forma em conflito com a imagem de homem socialmente idealizada. Ora, dado que a maioria deste tipo de estudos utiliza questionários de auto-resposta e, que ao contrário dos homens, existem evidências consistentes fundamentadas na literatura de que as mulheres têm uma maior tendência para internalizar os seus problemas, manifestando índices mais elevados de dor, humor disfórico, depressão e ansiedade (e.g. Kee, Conger, Elder & Lorenz, 2003; Ge, Lorenz, Conger, Elder e Simons, 1994; Angold & Rutter, 1992; Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008), facilmente se percebe a prudência necessária quando se analisam este tipo de dados. Complementarmente, tal como realçado por Simon (1995), o suporte social reportado pelo sexo feminino é outro fator a ser tido em conta. Sendo a perceção, a disponibilidade e a ativação do suporte social fatores bastante relevantes no enfrentamento funcional de AVN, e necessitando, o sexo feminino, do mesmo em maiores proporções quando exposto a adversidades (Gore, Aseltine, & Colten, 1993; Zahn- Waxler , 1993; Leadbeater , Blatt , e Quinlan, 1995, citado por Mendle, Turkheimer, & Emery, 2007), compreende-se que este fator poderá em parte ser responsável e explicar as diferenças existentes entre sexo quanto ao impacto emocional sentido. Para além do mais, tal como evidenciado por Hobfoll (1998, cit. por Schwarzer & Schulz, 2003), as experiências e perceções, relativamente ao suporte social, entre o sexo feminino e o sexo masculino são dissemelhantes, existindo uma tendência para os

rapazes se percecionarem como independentes e autosuficientes, e as mulheres recorrem e/ou disponibilizarem apoio a terceiros. De acordo com Graber e Strong (2004) a diferença do impacto emocional sentido pelas raparigas face aos rapazes poderá ainda ser justificado através da precocidade em termos de desenvolvimento físico, emocional e moral das raparigas, acontecimento este que, por si só, implica a mobilização de maiores recursos psicoemocionais, que só serão necessários aos rapazes num período mais tardio de suas vidas. Para além disto, comparativamente aos rapazes, experienciando as raparigas a fase de adolescência primeiramente, e sendo por isso, expostas a situações stressantes e ansiogénicas precocemente, a acumulação de AVN e possível esgotamento de estratégias de enfrentamento (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970, citado por Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008) poderão comumente justificar a existência de níveis mais elevados de impacto emocional nas raparigas.

No que respeita à QVP, os adolescentes amostrados manifestam índices de QVP bastante satisfatórios, apresentando os seus indicadores (da QVP) valores relativamente elevados, sendo que os mais elevados e mais baixos foram respetivamente encontrados nas subescalas de Provocação/*Bullying* ( $M= 4,55$ ) e Escola e Aprendizagem ( $M= 2,97$ ). As subescalas Sentimentos ( $r= 0,81$ ); Estado de Humor Geral ( $r= 0,76$ ); Tempo Livre ( $r= 0,75$ ) e Família, Ambiente Familiar e Vizinhança ( $r= 0,73$ ), constituíram como aquelas cujas relações foram mais significativas com a QVP total. Tal conclusão parece estar em consonância com o estudo internacional da HBSC (2010), cuja amostra foi de 200.000 adolescentes, oriundos de 39 países da Europa e América do Norte, ao ter-se verificado que no geral os adolescentes manifestaram um elevado grau de satisfação para com a vida, bons índices de saúde e de comportamentos saudáveis, relações familiares e intergrupais positivas e um bom suporte social (Currie et al., 2010).

À semelhança dos resultados observados por Gaspar e Matos (2008) e Ravens-Sieberer e colaboradores (2005), as subescalas relativas à Escola/Aprendizagem e Saúde/Atividade Física são as que apresentam valores mais reduzidos de satisfação. Se por um lado se assiste em Portugal, há alguns anos, a reformas educativas, com resultados pouco consensuais que, por conseguinte, têm vindo a gerar tensões sociais crescentes, assim como a insatisfação de discentes e docentes, por outro lado, embora os avanços importantes no campo da saúde tenham vindo a permitir uma generalização e uma maior qualidade dos cuidados de saúde, é também verdade que algumas das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas têm contribuindo para a adoção de

estilos de vida diferentes, por parte dos jovens (muitas vezes menos saudáveis), daqueles que se observavam num passado recente.

De um modo geral, o sexo dos inquiridos não parece estar relacionado com a QVP. Ao contrário do que alguns estudos sugerem (e.g. Gaspar et al., 2009; Matos et al., 2010; Currie et al., 2010; Ge et al., 1994), no estudo em questão, não se observou uma QVP inferior nas raparigas. As raparigas apresentaram na subescala Amigos valores estatisticamente superiores aos dos rapazes, indo deste modo ao encontro de outros estudos (Gaspar e Matos, 2008; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2012; Michel, Bisegger, Fuhr, Abel & Grupo Kidscreen, 2009; Ravens-Sieberer et al., 2005). Segundo Gaspar e colaboradores (2012) este facto poderá ser explicado através da maturação intelecto-emocional ser mais precoce nas raparigas e pelo facto das mesmas recorrerem com mais frequência e eficácia ao suporte social para fazerem face às adversidades com que se deparam, enquanto que os rapazes tendem a fugir dos seus problemas, exteriorizando as suas emoções (e.g. agressões) e refugiando-se em comportamentos de adição (Gaspar et al., 2012).

No que respeita à relação existente entre QVP e os recursos socioeconómicos, verificou-se um resultado bastante curioso ao considerar-se a situação profissional dos pais dos adolescentes inquiridos. Em concreto, observou-se que os adolescentes com pais e/ou mães que não se encontravam a exercer qualquer atividade profissional, percecionaram-se como tendo uma QV superior aos adolescentes cujos pais se encontravam a trabalhar. Ora, considerando-se que existem evidências na literatura muito convincentes e claras de que a QVP está associada significativa e positivamente ao nível socioeconómico das pessoas – níveis socioeconómicos mais elevados predizem níveis mais elevados de QVP (Fahey, Whelan & Maître, 2005), os resultados obtidos são contraditórios, não indo deste modo ao encontro das evidências científicas fundamentadas na literatura. Em Portugal, onde o rendimento médio das famílias se encontra claramente abaixo do da maioria dos países da Comunidade Europeia e, onde existe cada vez mais uma certa imperatividade de ambos os membros do casal terem que ser profissionalmente ativos, este resultado é um pouco surpreendente e inesperado. No entanto, é de salientar que, para além de não se terem recolhido dados relativos ao rendimento das famílias dos adolescentes inquiridos, tampouco foram controladas quaisquer variáveis sociodemográficas. O facto dos adolescentes que têm pelo menos um dos pais sem estar a trabalhar relatarem níveis de QVP superiores, não significa que tais diferenças se devam a tal característica. Para além do mais, existe também a

possibilidade de alguns desses jovens serem oriundos de famílias com um nível socioeconómico elevado, situação esta que tornaria perfeitamente compatível um dos membros do casal não exercer qualquer atividade profissional.

Quanto à variável idade verificou-se que se encontrava significativa e negativamente ( $r = -0,10$ ) relacionada com QVP, apesar desta relação ser estatisticamente fraca, e se manifestar apenas em determinadas subescalas do Kidscreen-52, como Saúde, Atividade Física ( $r = -0,11$ ), Sentimentos ( $r = -0,13$ ), Estado de Humor Geral ( $r = -0,11$ ) Escola e Aprendizagem ( $r = -0,13$ ) e Provocação/Bullying ( $r = -0,13$ ). Por outro lado, a frequência de AVN ( $r = 0,31$ ), assim como o seu impacto emocional ( $r = 0,26$ ) encontraram-se significativa e positivamente relacionado à idade. Relativamente à tendência observada quanto à diminuição da QVP e aumento do impacto emocional causado pelos AVN à medida que a idade dos adolescentes avança, é possível constatar na literatura estudos cujos resultados são semelhantes (e.g. Kristensen et al., 2004; Michel, Bisegger, Fuhr, Abel & Grupo Kidscreen, 2009; Currie et al., 2010). Sob a perspectiva da influência que o aumento da idade possa vir a ter na forma como os indivíduos se comportam perante a ocorrência de AVN e na perceção QV, uma vez mais, estes resultados poderão ser compreendidos à luz do papel cumulativo de AVN e possível esgotamento de estratégias de enfrentamento (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970, citado por Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008), bem como, a exposição a mais contextos, não só ao nível do seu número mas também da sua diversidade. Durante a adolescência o indivíduo explora novos contextos, estabelece novas relações, experimenta e assume diversos papéis (que exigem diferentes responsabilidades) em busca da sua identidade e autonomia, estando por isso sujeito a mais influências, experiências, alterações e reajustamentos (Moksnes, Espnes & Lillefjell, 2011).

A tipologia familiar (monoparental ou biparental) por sua vez não parece influir sobre a QVP dos adolescentes ( $r = 0,19$ ). Contrariamente, a frequência de AVN revelou estar significativamente associada à monoparentalidade, sugerindo assim que os adolescentes que vivem em famílias monoparentais experienciam em maior número AVN. Este resultado poderá então ser compreendido, como evidenciado na literatura, com base nas repercussões negativas da monoparentalidade para com o ajustamento psicossocial dos adolescentes (Vandervalk, Spruijt, De Goede, Meeus, & Maas, 2004), que associada a outros fatores de risco, como reduzidos recursos socioeconómicos, relações interpessoais e estilos parentais disfuncionais, maximiza a probabilidade de o

adolescente se desenvolver desajustadamente (Feijó e Assis, 2005). Neste sentido, Galo e Williams (2005) sugerem que a monoparentalidade não se estabelece como o factor único e assim, principal responsável no desajustamento dos adolescentes, podendo contribuir para o mesmo quando associada a outros factores de risco.

Por fim, não se verificou qualquer associação entre a QVP dos adolescentes e o grau de escolarização dos seus pais, assumindo esta relação um valor positivo quanto ao grau académico das mães e negativo nos pais. Observou-se ainda uma relação negativa e estatisticamente insignificante entre a frequência de AVN e o grau de escolaridade de ambos os pais ( $r = -0,16$  para as mães;  $r = -0,12$  para os pais), assim como, entre o impacto emocional dos AVN e o grau de escolaridade das mães ( $r = -0,16$ ).

Os dados apurados permitiram ainda aferir a existência de uma associação significativa e negativa entre a QVP e os AVN (frequência de AVN  $r = -0,23$  e impacto emocional de AVN  $r = -0,13$ ), embora de magnitude fraca. A frequência e o impacto emocional dos AVN encontram-se então negativa e significativamente associados à percepção da QV pelos adolescentes o que, se encontra corroborado pela literatura ao ser evidenciado a vulnerabilidade dos adolescentes face à presença de fatores de risco, como os AVN (e.g. Gaspar & Matos, 2008).

Ao contrário do apresentado pelos estudos de vários autores que sugerem relações de magnitude elevada entre os AVN e a QVP (e.g. Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons, 1994; Jakson e Warren, 2000; Kee, Conger, Elder e Lorenz, 2003; Schilling, Aseltine & Gore, 2008; Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008), os resultados observados no estudo em questão, como supracitado, sugerem que quer, o número quer, o impacto dos AVN influem de forma pouco significativa na QVP dos adolescentes, sendo o número de AVN a variável que maior peso tem. Similarmente, verificou-se a existência de uma relação positiva entre o número de AVN e o seu impacto, ainda que se revelasse estatisticamente pouco significativa ( $r = 0,17$ ). Estes resultados vão de encontro com a literatura, ao ser enfatizado o efeito nefasto dos AVN na QVP pelos adolescentes, assim como a vivência massiva de AVN e o crescente impacto emocional experienciado pelos mesmos. Tal como Jiménez, Menéndez e Hidalgo (2008) proferem a ocorrência de inúmeros AVN no decorrer da vida leva a que estes acontecimentos sejam percebidos de forma cada vez mais impactante. De acordo com Kee, Conger, Elder e Lorenz (2003) a vivência de AVN não só maximiza a probabilidade de internalizar e externalizar os problemas no decorrer do tempo, como também, hipoteticamente, estes problemas poderão maximizar a ocorrência de AVN. Jakson e Warren (2000)

ênfaticamente, semelhantemente, que o efeito cumulativo dos AVN aumenta o risco de desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais. Schilling, Aseltine e Gore (2008) observaram também no seu estudo que a frequência e a intensidade dos AVN estavam significativamente relacionados com o desenvolvimento de perturbações de humor, de comportamento e, com o consumo de substâncias, tendendo a evolução destas a piorar à medida que a frequência e a intensidade dos AVN aumentava. Semelhantemente Felitti e colaboradores (1998) verificaram no estudo realizado a 9.508 adultos que, comparativamente aos os indivíduos que não tinham sido expostos, durante a infância, a quaisquer AVN, aqueles que tinham, direta ou indiretamente, vivenciado quatro ou mais AVN apresentavam uma probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco e desenvolvimento de problemas físicos e psicoemocionais 4 a 12 vezes superior.

A relação negativa encontrada entre os AVN e a QVP encontra-se amplamente documentada na literatura (e.g. Brannon & Feist, 1997; Ader, 2001; McMahon, Grant, Compas, Thurn & Ey, 2003; Schilling et al., 2007). Maioritariamente, os estudos que corroboram esta facta evidenciam claramente as repercussões da vivência de AVN no ajustamento psicossocial e QVP dos adolescentes, dando ênfase, essencialmente, aos efeitos adversos dos AVN para com a saúde física e psicoemocional dos indivíduos (e.g. Holmes & Rahe, 1967; Kessler, Davis & Kendler, 1997; Felitti et al., 1998; Simmons et al., 1987, citado por Seiffge – Krenke, 2000; Serra, 2000; Sandín, 2003; Oliva, 2003; Pires & Moreira, 2005; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007; Zimmerman, et al. , 2007; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Ramiro, Madrid, & Brown, 2010; Puig, Englund, Simpson & Collins, 2013).

## Capítulo VII. Conclusões e Limitações do Estudo

Chegado o término da presente investigação, é de salientar que os objetivos que estiveram na sua gênese foram, de uma maneira geral, alcançados. Sintetizando, verificou-se a existência de uma relação negativa entre a ocorrência de AVN e QVP pelos adolescentes, assim como o facto de, embora de forma ténue, alguns resultados obtidos sugerirem que certas variáveis sociodemográficas poderão influir sobre a QVP, frequência e impacto emocional causado pelos AVN.

No que toca à qualidade de vida, desde a década de 60 do século passado, que esta emergiu enquanto área de interesse para a investigação. A esse respeito, por exemplo, já em 1964, Lyndon Johnson, Presidente dos EUA, mencionava o seguinte:

“A tarefa subjacente à grande sociedade consiste em garantir ao nosso povo que o ambiente, as capacidades e as estruturas sociais que lhe permitirão uma oportunidade significativa de prosseguir a sua felicidade individual. Assim, a grande sociedade preocupa-se não com a quantidade mas com a qualidade - não com a quantidade de bens mas com a qualidade das suas vidas” (Campbell, 1981 citado por Markides, 2000).

"os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, (The WHOQOL Group, 1998).

Em suma, a emergência da ideia de que, enquanto pessoas, devemos debruçarmo-nos sobre a qualidade das nossas vidas - preferencialmente, para além dos seus aspetos mais quantitativos, por forma a potenciarmos a felicidade e bem-estar subjetivo, já existe há algum tempo. Apesar do conceito de qualidade de vida já ter algumas décadas de estudo, convém também evidenciar que, segundo Markides (2000) a dimensão dos estudos realizados neste âmbito tem vindo a diminuir, na medida em que, enquanto os anos 70 parecem ter sido os mais prolíficos, em meados do século seguinte assiste-se a uma inflexão do seu estudo.

No mesmo sentido, o crescente interesse pelo estado de stresse encontra-se também ele, visivelmente patenteado na literatura, tendo deste modo um historial bastante assinalável, e como tal os seus efeitos nefastos não são desconhecidos pela comunidade científica (Schwarzer & Schulz, 2003).

Assim, é hoje comumente aceite que os AVN são dotados de um potencial, não depreciável, em afetar negativamente a QVP. No entanto, por esclarecer, para além de qualquer dúvida, parece subsistir uma questão: serão as próprias características dos AVN que provocam o declínio da QVP ou, porventura, será esse declínio resultante das mudanças que ocorrem depois dos AVN?

Posto isto, no que concerne às limitações do presente estudo é de salientar que o facto de os dados terem sido recolhidos através de questionários de auto-preenchimento, poderá, por si só, envolver um certo ruído nas respostas obtidas. A necessidade de se ser aceite - grau de desejabilidade social, principalmente durante a adolescência, poderá, por vezes, condicionar as respostas, levando o inquirido a responder de forma distorcida a determinadas questões, mesmo tratando-se de questionários anónimos. Por outro lado, tal como acontece na generalidade dos estudos realizados no âmbito das ciências sociais, o desenho transversal do estudo e o processo de amostragem não probabilístico utilizado, torna-se desaconselhável quanto à generalização dos resultados obtidos, sendo válidos somente para a amostra em questão que, por motivos variados, poderá ter características particulares que, por sua vez, poderão influenciar a precisão dos resultados. O carácter exclusivamente quantitativo deste estudo acaba também por ser uma limitação, no sentido em que, seria mais proveitoso e vantajoso o estudo de fenómenos bastante complexos através de abordagens metodológicas mistas. Complementar o presente estudo com medidas de carácter qualitativo, utilizando-se por exemplo entrevistas estruturadas, seria bastante interessante a fim de explorar determinados aspetos subjetivos dos adolescentes, assim como recorrer a outros interlocutores (como professores e amigos).

Apesar das temáticas em estudo se constituírem como fenómenos há muito investigados, existindo na atualidade um corpo relativamente vasto e consistente de investigações dentro do âmbito da QV e dos AVN, é prudente afirmar-se que ainda parece existir um trabalho substancial a realizar quanto à forma como tais estudos possam vir a ser mais eficientes e úteis na promoção da QV das populações.

Como realçado por Markides (2000), Schwarzer e Schulz (2003), apesar dos avanços e da crescente quantidade de informação disponível dentro desta área do saber, parece persistir alguma falta de consenso quanto à conceptualização dos construtos QV, e AVN, assim como, dos métodos de avaliação mais adequados e respetivos procedimentos, e metodologias mais eficazes em termos de mitigação dos efeitos dos AVN.

Destaca-se ainda que, apesar de existir uma variedade considerável de variáveis que têm consistentemente sido associadas à QV, parece prudente levantar-se a hipótese que uma parte da variabilidade da QV ainda se encontre por explicar, ora não se tratasse de um construto de extrema complexidade. Dada a importância que a QVP e os AVN representam, no geral, para a psicologia e, em particular, para a psicologia da saúde, seria bastante vantajoso realizar-se outro tipo de investigações, especificamente em Portugal, com metodologias mais robustas, nomeadamente: onde possam ser controlados os efeitos de algumas variáveis concomitantes, onde se utilizem amostras mais representativas dos universos estudados, onde sejam consideradas variáveis moderadoras, tais como os traços de personalidade, os estilos de *coping* e o suporte social. Por outro lado, a realização de estudos de caráter misto (preferencialmente longitudinais), ou seja, onde as metodologias quantitativas e qualitativas se complementem, deverá ser outro aspeto a considerar no futuro, pois, talvez se necessite de uma riqueza de dados maior, por forma a conseguir-se contextualizar mais adequadamente as experiências dos adolescentes. Outro aspeto interessante a investigar e, tal como referido anteriormente, inesperado no presente estudo, subsiste na situação profissional dos pais que, como indicado pela literatura deveria refletir-se através de recursos financeiros mais escassos e assim predizer níveis de QVP inferiores. Por fim, realça-se ainda que, as intervenções clínicas e comunitárias dentro deste âmbito tenham, de forma mais ou menos progressiva, começado a surgir, os seus resultados carecem ainda de avaliações sistemáticas que permitam e contribuam para a sua melhoria. Investigar este âmbito seria de igual modo bastante interessante e relevante em termos interpessoais e sociais.

Quanto aos especialistas de saúde mental, entre os quais se encontram os psicólogos, serão com certeza atores com um importante papel social a desempenhar, devendo para o efeito “equipar-se” com toda a informação disponível, de modo a poderem estruturar as suas intervenções, quer sejam preventivas ou remediativas, da forma mais eficaz possível.

## Capítulo VIII. Referências

- Ader, R. (2001). *Psychoneuroimmunology*. In N. Smelser & P. Baltes (Eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 18). (pp. 12422-12428). Oxford: Elsevier.
- Aggarwal, S., Prabhu, A. R. H., Anand, A., & Kotwal, A. (2007). Stressful life events among adolescents. The development of a new measure. *Indian Journal of Psychiatry, 49*(2), 96-102.
- Albuquerque, S. M. L. (2003). *Qualidade de Vida do Idoso*. (p. 61). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Angold, A., & Rutter, M. (1992). The effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and psychopathology, 4*, 5-28.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist, 54*(5), 317-326.
- Aseltine, R. H., Gore, S., & Gordon, J. (2000). Life Stress, Anger and Anxiety, and Delinquency: An Empirical Test of General Strain Theory. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(3), 256-275.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology: an introduction to behavior and health*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. (2004) *Models of Quality of Life*. Sheffield: European Forum on Population Ageing Research.
- Canavarro, M. C., Morgado, L., Pereira, M., & Barahona, F. (2004) *A Adolescência, a Mulher e a SIDA*. (p.113). SIDAnet: Associação Lusófona.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da Adolescência*. (p. 8). Lisboa: Editorial Verbo.
- Carbone, J. A., Sawyer, M. G., Searle, A. K., & Robinson, P. J. (2007). The Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents in Home-Based Foster Care. *Quality Life Research, 16*, 1157-1166.
- Coleman, J. S., & Husén, T. (1985). *Becoming Adult in a Changing Society*. Paris: OECD.
- Compas, E. B. (1987). *Stress and life events during childhood and adolescence*. *Clinical Psychology Review, 7*, 275-302.
- Compas, B. E. (2004). Processes of risk and resilience: Linking contexts and individuals. In R. Lerner, & L. Steinberg. *Handbook of Adolescent Psychology* (2a ed.) (pp. 271-272). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Compas, E., Davis, G. E., & Forsythe, C. J. (1985). Characteristics of life events during adolescence. *American Journal of Community Psychology, 13*, 677-691.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., & Barnekow, V. (2010). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents, no.6.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012.
- Drukker, M., Kaplan, C., Schneiders, J., Feron, F., & Van, O. J. (2006, May). The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the transition from late childhood to early adolescent: a cohort study. *BMC Public Health, 17*(6), 133.
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Meares, H., & Krier, M. (1994). Prospective investigation of the effects of socioeconomic disadvantage, life stress, and social support on early adolescent adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 511-522.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., Harold, R., & Blumenfeld, P. B. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development, 64*, 830-847.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, 2*(2).
- Estévez, R. M. C., Oliva, A. D., & Parra, A. J. (2011). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología, 4*(2), 39-53.
- Fahey, T., Whelan, C., & Maître, B. (2005). *First European quality of life survey: income inequalities and deprivation.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Feijó, M. C., & Assis, S. G. (2005). O contexto e de exclusão social e de vulnerabilidade de jovens infratores e suas famílias. *Estudos em Psicologia, 9*, 157-166.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*, 607-619.

- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research Nursing Health*, 15(1), 29-38.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3a ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149–166.
- Floen, S. K., & Elklit, A. (2007). Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*, 6(12), 1-8.
- Francisco, B., Assumpção, J., & Kuczynski, E. (2010). *Qualidade de vida na infância e na adolescência: guia para pediatras e profissionais de saúde mental*. (p.40). Artemed: Porto Alegre.
- Galo, A. E. & Willians, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: Uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Revista Psicologia. Teoria e Prática*, 7, 81-96.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Versão Portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Pais Ribeiro, J., Leal, I., & Ravens-Sieberer, U. (2008). *Qualidade de vida nas crianças e nos adolescentes: aspetos teóricos e proposta de um instrumento de intervenção transcultural*. In: Tânia Gaspar & Margarida Gaspar de Matos (coord.). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. (pp-21-46). Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Pais, R., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais, R., José, L., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents and Associated Factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. P., Matos, M. G., Leal, I. & Ferreira, A. (2012). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: Subjective Well Being. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 177-186.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Batista –Batista-Foguet, J., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2010). Parent–child perceptions of quality of life: Implications for health intervention. *Journal of Family Studies*, 16(2), 143–154.
- Ge, X. Lorenz, F. O. Conger, R. D. Elder, G. H. J., & Simmons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467-483.

- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety, 24*(4), 256-63.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Beiser, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life Satisfaction Decreases During Adolescence. *Quality of Life Research, 16*, 969-979.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças, 7*(1), 137 – 143.
- Graber, J.A. & Sontag, L. M. (2004). Internalizing problems during adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology*, (3a ed.) (pp. 643-646). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Grolnick, W. S., & Pomerantz, E. M. (2009). Issues and Challenges in Studying Parental Control: Toward a New Conceptualization. *Child Development Perspectives, 3*(3), 165–170.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM): A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological, 16*(3), 150-159.
- Hernando, A., Nunes, C., Cruz, M.C., Lemos, I., Valadas, S. (2013). A comparative study on the health and wellbeing of adolescent immigrants in Spain and Portugal. *Saúde e Sociedade, 22*(2), 342-350.
- Hobfoll, S. (2001). *Social support and stress*. In N. Smelser & P. Baltes (Eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences* (vol. 21, pp. 14461-14465). Oxford: Elsevier
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Jackson, Y., & Warren, J. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. *Child Development, 71*, 1441-1457.
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jiménez, L. G., Menéndez, S. A., & Hidalgo, M. V. G. (2008). Un Análisis de los Acontecimientos Vitales Estresantes durante la Adolescencia. *Apuntes de Psicología, 26*(3), 427-440.
- Jose, P. E. & Kilburg, D. F. (2007). Stress and coping in Japanese children and adolescents. *Anxiety, Stress & Coping, 20*, 283-298.

- Kee, J. K., Conger, R. D., Elder, G. H. J., & Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Child Development*, 74(1), 127–143.
- Kessler, R.C. (2000). *The Long-term Effects of Childhood Adversities on Depression and Other Psychiatric Disorders*. In HARRIS, T.O. (ed.). (pp. 227 – 244). *Where Inner and Outer Worlds Meet*: London, Routledge,
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-19.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1(1), 13-15.
- Lemos, I. T. (2009). *Bem-Estar e Qualidade de Vida Contributos da Psicologia da Saúde – Adversidade Psicossocial, Resiliência e Saúde Mental na Adolescência*. Tese de Doutoramento. Faro: Universidade do Algarve.
- Lemos, I., Nunes, C., & Nunes, L. (2013). Quality of life and stressful life events in first and second generation immigrant adolescents. *Journal of Spatial and Organizational Dynamics*, 1(3), 209-221.
- Lepore, S. J., Helgeson, V. S., Eton, D. T., & Schulz, R. (2003). Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*, 22(5), 443-452.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development: Past, present, and future. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent psychology*. (pp. 1-12). New York: Wiley.
- Lerner, R. M. (2005). *Promoting Positive Youth Development Theoretical and Empirical Bases*. Institute for Applied Research in Youth Develop. Tufts University.
- Lima-Serrano, M., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Adolescent quality of life and health behaviors: A comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 22(4), 893-900.
- Magklara, K., Skapinakis, P., Niakas, D., Bellos, S., Zissi, A., Stylianidis, S., & Mavreas, V. (2010). Socioeconomic Inequalities in General and Psychological Health Among Adolescents: A Cross-Sectional Study in Senior High Schools in Greece. *Journal for Equity in Health*, 9(3).
- Markides, K. (2000). *Quality of life*. In E. Borgatta & R. Montgomery (Eds.), *Encyclopedia of sociology* (vol. 4, pp. 2299-2309). New York: Macmillan Reference USA.

- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J. A., & Equipa Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório Preliminar HBSC 2006*. Lisboa: Aventura Social & Saúde.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reia, M., Diniz, J. A., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., & Equipa Aventura Social. (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social & Saúde.
- McCarroll, E. M., Lindsey, E. W., Mackinnon-Lewis, C., Chambers, J. C., & Frabutt, J. M. (2009). Health Status and Peer Relationships in Early Adolescence: The Role of Peer Contact, Self-Esteem, and Social Anxiety. *Journal Child Family Studies*, *18*, 473-485.
- McKinney, C., Donnelly, R., & Renk, K. (2008). Perceived parenting, positive and negative perceptions of parents, and late adolescent emotional adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, *13*, 66-73.
- Medeiros, M. T. (2000). *Conceito de adolescência*. In M. T. Medeiros & A. I. Serpa (Org.), *Adolescência: abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento*. (p. 24). Açores: Direção Regional da Educação.
- Mendes, T., Soares, I., Jongenelen, I., & Martins, C. (2004). Mães Adolescentes: Adaptação aos Múltiplos Papéis e a Importância da Vinculação. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *24*(2), 309-317.
- Mendle, J., Turkheimer, E. & Emery, R. E. (2007). Detrimental Psychological Outcomes Associated with Early Pubertal Timing in Adolescent Girls. *Developmental Review*, *27*(2): 151–171.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D., Abel, T., & The European Kidscreen Group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality of Life Research*, *18*, 1147-1157.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*(1), 7-18.
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A., & Lillefjell, M. (2011). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescents Health*, *35*(2), 433-41.
- Murberg, T., & Bru, E. (2004). Social support, negative life events and emotional problems among Norwegian adolescents. *School Psychology International*, *25*, 387-403.
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012). Polytraumatization and trauma symptoms in adolescent boys and girls: interpersonal and noninterpersonal events and moderating effects of adverse family circumstances. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(13), 2645-64.

- Nunes, C., Bodden, D.H.M., Lemos, I., Lorence, B., & Jiménez, L. (2014). Parenting practices and quality of life in Dutch and Portuguese adolescents: A cross-cultural study. *Journal of Psychodidactics*, 19(2), 327-346.
- Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1003-1014.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Oliva, A. (2003). Adolescencia en España a principios del siglo XXI. *Cultura y Educación*, 15(4), 1-11.
- Oliva, A., Jiménez, J. M. & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 137-152.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- (Papalia, D. E., Olds, S., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. (p. 59). (8ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Pires, C. & Moreira, P. (2005). *Acontecimentos de vida e psicopatologia*. In P. Moreira & A. Melo. (Eds.), *Saúde mental: do tratamento à prevenção* (pp.75-120). Porto: Porto Editora.
- Puig, J. I., Englund, M. M., Simpson, A. J., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: a prospective longitudinal study. *Health Psychology*, 32(4), 409 – 417.
- Quamma, J.P., & Greenberg, M.T. (1994). Children's experience of life stressors: The role of family social support and social problem-solving skills as protective factors. *Journal of Child Clinical Psychology*, 23, 295-305.
- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de Vida na Infância e Perceção de Stresse na Aduldez*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34, 842 – 855.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Dur, M., Power, M., Rajmil, L., & European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Preventivmed*, 46, 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rydell, A. (2010). Family factors and children's disruptive behavior: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 33-244.
- Rodríguez, A. G., Picabia, A. B. & San - Gregorio, A. Pérez. (2002). Illness behavior, coping, and health-related quality of life: Conceptual implications obtained from a study of patients with pulmonary disorders. *European Psychologist*, 7(2), 125-133.
- Sachs-Ericsson, N. K. C., Hernandez, A., & Kendall-Tackett, K. (2009). A Review of Childhood Abuse, Health, and Pain-Related Problems: The Role of Psychiatric Disorders and Current Life Stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 170-188.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2003). Stressful life events. In A. Nezu, C. Nezu & P. Geller (Eds.) *Handbook of psychology* (vol. 9, pp. 27-49) - Health psychology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sam, D., Vedder, P., Liebkind, K., Neto, F. and Virta, E. (2008). Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European Journal of Developmental Psychology*.5(2): 138-158.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. (p. 21). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sandin, B. (2003). El estres: Un analisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young: a longitudinal survey. *BioMed Central Public Health*, 7 (30), 1-10.
- Schilling, A., Aseltin, R.H., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, 66, 1140-1151

- Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome: da importância da afetividade na educação da adolescência*. (p. 21). Instituto de Inovação Educacional: Lisboa.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Simon, R. (1995). Gender, multiple roles, role meaning and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182 -194.
- Steinberg, L., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent: A parents' guide for ages 10 to 20*. New York: Harper Perennial.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*. (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa
- Timossi, L. S. (2009). *Correlações entre a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em colaboradores das indústrias de laticínios*. (p. 23). Tese de Mestrado publicada, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil.
- UNICEF (2011). *The State of The World's Children 2011 – Adolescence An Age of Opportunity*. United Nations Plaza: New York.
- Vandervalk, I., Spruijt, E., De Goede, M., Meeus, W. & Maas, C. (2004). Marital Status, Marital Process, and Parental Resources in Predicting Adolescents Emotional Adjustment: A Multilevel Analysis. *Journal of Family Issues*, 25(3), 291-317.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & The European Kidscreen Group (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 130-135.
- Wallander, J.L. & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology* 57(4), 571-585.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): *Position paper from the World Health Organization*. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-9.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): *Development an General Psychometric Properties*. *Social Science Medicine*, 46(12), 1569-85.

The WHOQOL Group. (1997). The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL): *Measuring Quality of Life. Social Science Medicine* (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF).

Zimmermann, P., Brückl, T., Lieb, R., Nocon, A., Ising, M., Beesbo, K., & Wittchen, H-U. (2007). The Interplay of Familial Depression Liability and Adverse Events in predicting the First Onset of Depression During a 10-Year Follow-up. *Society of Biological Psychiatry*, 63,206-414.

# Anexos

# **Anexo A: Consentimento Informado – Escolas**

**Exmo. Sr. Director Executivo da (Nome da escola)**

Faro, 3 de Outubro de 2010

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito da pesquisa empírica para a realização da tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade do Algarve, venho desta forma solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> que autorize a administração de um questionário a alunos do (especificar cursos) desta escola.

Este trabalho, cuja orientação científica é efetuada pela Prof. Dra. Cristina Nunes, da Universidade do Algarve, tem por objetivo estudar os acontecimentos de vida negativos e qualidade de vida percebida pelos adolescentes Pretende-se contribuir para a otimização do bem-estar e qualidade de vida que poderá ser útil na escolha das intervenções junto dos jovens.

A requerente compromete-se, por sua honra:

- a) A garantir a preservação da confidencialidade dos dados recolhidos;
- b) A não recolher a identidade dos alunos;
- c) A não utilizar os dados pessoais obtidos para fins diversos dos que determinaram o acesso.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

Andreia Pereira

Aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde  
na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

# **Anexo B: Consentimento Informado – Encarregados de Educação**

Gambelas, Outubro de 2010

Exm.º (ª) Sr.(a) Encarregado de Educação

No âmbito de uma investigação sobre os acontecimentos de vida negativos e a qualidade de vida percebida pelos adolescentes, foi efetuado um pedido de autorização ao Conselho Executivo da Escola que o seu filho frequenta para que os alunos preencham alguns questionários sobre variáveis sociodemográficas, acontecimentos de vida negativos e qualidade de vida percebida. Na medida em que para este estudo necessitamos de dados relativos ao aluno, vimos desta forma, solicitar a sua autorização para que o seu filho(a) colabore como participante. **O presente trabalho é orientado pela Prof. Doutora Cristina Nunes da Universidade do Algarve.**

Desde já, está garantida a preservação de confidencialidade da informação recolhida e não será revelado qualquer dado que possibilite a identificação dos jovens.

Se no entanto **não autorizar** o preenchimento do questionário pelo seu educando, **peço-lhe que devolva**, na próxima semana, esta carta ao seu diretor de turma, bastando para isso preencher a parte inferior da folha com o nome e número do seu filho e assinando por baixo.

Grata pela sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

(Nome e assinatura da Aluna)

---

EU, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno  
\_\_\_\_\_ (aluno nº \_\_\_\_ da turma \_\_\_\_ do \_\_\_\_ ano)  
NÃO AUTORIZO o meu educando a participar neste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Encarregado de Educação)

**Anexo C: Questionário  
de Dados  
Sociodemográficos e  
Famíliares**

## QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E FAMILIARES

O presente questionário é **anónimo e confidencial**. Por favor responde com sinceridade.

Agradecemos a tua colaboração!

SOBRE TI			
Escola: _____	Ano de escolaridade: _____		
Sexo:    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data de Nascimento: __/__/__	Idade: _____	
Localidade onde vives: _____			

SOBRE A TUA FAMÍLIA	
Idade do teu Pai: _____ Profissão do teu Pai: _____ O teu pai encontra-se: <input type="checkbox"/> Empregado    ou <input type="checkbox"/> Desempregado	Estudos do teu Pai: <input type="checkbox"/> Sem estudos <input type="checkbox"/> Ensino Básico (1º ciclo) <input type="checkbox"/> Escolaridade obrigatória (9º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional <input type="checkbox"/> Ensino Superior (bacharelato/ licenciatura ou mais)
Idade da Mãe: _____ Profissão da Mãe: _____ A tua mãe encontra-se: <input type="checkbox"/> Empregada    ou <input type="checkbox"/> Desempregada	Estudos da tua Mãe: <input type="checkbox"/> Sem estudos <input type="checkbox"/> Ensino Básico (1º ciclo) <input type="checkbox"/> Escolaridade obrigatória (9º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º ano) ou Ensino Profissional <input type="checkbox"/> Ensino Superior (bacharelato/ licenciatura ou mais)

Assinala a situação que corresponde melhor à situação dos teus pais:

- O meu pai e a minha mãe estão casados ou vivem juntos
- O meu pai e a minha mãe estão separados ou divorciados
- O meu pai vive com outra pessoa
- A minha mãe vive com outra pessoa
- O meu pai já faleceu
- A minha mãe já faleceu

Onde vives?  Em casa  Num colégio ou instituição

Com quem vives em casa? (Por favor especifica quais as pessoas - por exemplo, pai ou padrasto, mãe ou madrasta, irmão, irmã, avó, colegas, etc.). \_\_\_\_\_

Tens irmãos?  Não  Sim → Quantos? \_\_\_ Idade do(s) irmão(s): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### SOBRE A ESCOLA

Já reprovaste algum ano?  Não  Sim → quantos anos: \_\_\_\_\_

Frequência às aulas:

Nas últimas 4 semanas...		<i>Nunca</i>	<i>1x</i>	<i>2x</i>	<i>3x</i>	<i>4x ou mais</i>
A	Faltei à escola com autorização dos meus pais (por ex. fui ao dentista ou estive doente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Faltei às aulas sem autorização dos meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quais foram as tuas notas no último período nas seguintes disciplinas:

Português: \_\_\_\_\_ Matemática: \_\_\_\_\_ Língua Estrangeira (ex: Inglês...): \_\_\_\_\_

Educação Física: \_\_\_\_\_ Ciências Natureza (2º/3º ciclo) ou Filosofia (Secundário): \_\_\_\_\_

OUTROS DADOS						
Se és <b>imigrante ou filho de pais imigrantes</b> , por favor responde às seguintes questões:						
Nasceste no estrangeiro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Em que País? _____						
Há quantos anos vives em Portugal? _____						
O teu <b>Pai</b> nasceu no estrangeiro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em que país? _____ Há quantos anos vive em Portugal? _____ Em que língua falas com o teu Pai? _____			A tua <b>Mãe</b> nasceu no estrangeiro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em que país? _____ Há quantos anos vive em Portugal? _____ Em que língua falas com a tua Mãe? _____			
Por favor indica em que medida achas que cada uma das frases se aplica melhor ao que tu pensas e ao que acontece contigo						
	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
Em Portugal os imigrantes são bem aceites	1	2	3	4	5	6
Em Portugal existem diferenças no modo como tratam as pessoas pelo facto de serem imigrantes ou filho de imigrantes	1	2	3	4	5	6
Não me sinto diferente aos outros pelo facto de ser imigrante ou filho de imigrantes	1	2	3	4	5	6
Ser imigrante ou filho de imigrantes é uma desvantagem em Portugal	1	2	3	4	5	6

Muito obrigada pela tua colaboração!

# **Anexo D: Escala de Situações de Vida Stressantes**

## SITUAÇÕES DE VIDA ESTRESSANTES

Para terminar, pedimos-te que nos digas se nos últimos 5 anos aconteceu na tua vida alguma das seguintes circunstâncias (à frente de cada uma das afirmações faz um círculo no sim ou no não). Em caso afirmativo, pedimos-te que nos digas quanto te afectou negativamente essa situação, numa escala de 1 a 10. Se o acontecimento te ocorreu em mais de uma ocasião pensa na ocasião que mais te afectou. Para responderes utiliza a seguinte escala:

De 1 a 10: 1 significa que não te afectou negativamente e 10 que te afectou muito, muito negativamente.

			AFFECTOU (1-10)
1. Divórcio ou separação dos teus pais nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
2. Zangas importantes e intensas entre os teus pais nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
3. Nova união dos teus pais (o novo namorado da tua mãe ou namorada do teu pai foi viver para a tua casa nos últimos 5 anos)	SIM	NÃO	
4. Engano, isolamento, rejeição ou humilhações frequentes por parte dos teus amigos ou traição por parte dos teus amigos nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
5. Mudança de casa (mudança de bairro, povoação) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
6. Dificuldades económicas importantes em casa nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
7. Morte de um familiar próximo nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
8. Doença ou acidente grave de um familiar próximo com quem tens convívio nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
9. Mudança de algum familiar (alguém que vivia na tua casa foi viver noutra sítio ou algum parente veio viver para a tua casa) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
10. Problemas de dependência (drogas, álcool, jogo...) de algum familiar próximo ou de algum dos teus melhores amigos nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
11. Mudança de escola nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
12. Problemas importantes com os teus colegas de turma (brigas, conflitos graves, agressões, assédio) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
13. Repetição de ano nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
14. Mudança de colegas de turma nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
15. Problemas importantes com os professores, directores de turma ou equipa de direcção (expulsão, conflitos graves)	SIM	NÃO	
16. Ruptura das relações com o teu namorado(a) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
17. Engano ou traição por parte do namorado(a) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
18. Zanga importante ou ruptura com um dos teus melhores amigos nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
19. Brigas ou conflitos importantes com pessoas da tua idade que não pertencem ao teu grupo de amigos nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
20. Assédio ou abusos sexuais nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
21. Gravidez (tua/da tua namorada) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
22. Sofreste alguma doença ou acidente importante nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
23. Sofreste algum problema de dependências (Álcool, jogos, tabaco, Internet...) nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
24. Alguém com quem convives ou convivia esteve ou está na prisão	SIM	NÃO	
25. Ter tido problemas com a Justiça nos últimos 5 anos.	SIM	NÃO	
Outro acontecimento stressante: _____			

# **Anexo E: Questionário Kidscreen-52 para crianças e adolescentes**



## KIDSCREEN-52

Questionário de Saúde para Crianças e Adolescentes

Versão para Crianças e Adolescentes

Dos 8 aos 18 anos

Data: \_\_\_\_\_  
          mês      ano

Olá,

Como és? Como te sentes? É isso que queremos que tu nos contes.

Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas. É importante que tu respondas a todas as questões e para nós conseguirmos perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta por favor pensa na última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém.  
E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

És rapariga ou rapaz?

- Rapariga  
 Rapaz

Que idade tens?

\_\_\_\_\_ anos

Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?

- Não  
 Sim                   Qual? \_\_\_\_\_

## 1. Saúde e Actividade Física

**Em geral, como descreves a tua saúde?**

1.  excelente  
 muito boa  
 boa  
 má  
 muito má

**Pensa na última semana ...**

	nada	pouco	moderada mente	multo	extrema mente
2. Sentiste-te bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estiveste fisicamente activo (ex: correr, escalada, andar de bicicleta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foste capaz de correr bem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Pensa na última semana...**

	nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
5. Sentiste-te cheio (a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Sentimentos

**Pensa na última semana...**

	nada	pouco	moderada mente	multo	extrema mente
1. A tua vida tem sido agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentiste-te bem por estar vivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentiste-te satisfeito (a) com a tua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
4.	Tiveste bom humor?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Sentiste-te alegre?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	Divertiste-te?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

### 3. Estado de humor geral

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Sentiste que fazeste tudo mal?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
2.	Sentiste-te triste?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
4.	Sentiste que tudo na tua vida estava a correr mal?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Tens-te alimentado bem?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	Sentiste-te sozinho (a)?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
7.	Sentiste-te debaixo de pressão?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

#### 4. Sobre ti próprio

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
2.	Sentiste-te contente com as tuas roupas?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Sentiste-te preocupado (a) com a tua aparência?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
4.	Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

#### 5. Tempo livre

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tiveste tempo suficiente para ti próprio?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
2.	Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Tiveste oportunidades suficientes para estar ao ar livre?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
4.	Tiveste tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos(as)?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Foste capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

## 6. Família, Ambiente e vida em Família, e vizinhança

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	multo	extrema mente
1.	Os teus pais compreendem-te?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sentiste-te amado (a) pelos teus pais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
3.	Sentiste-te feliz em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Os teus pais trataram-te com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Questões económicas

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tiveste dinheiro suficiente para fazeres as mesmas actividades que os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	multo	extrema mente
3.	Tiveste dinheiro suficiente para fazeres actividades com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Amigos (as)

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Passaste tempo com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fizeste actividades com outros rapazes e raparigas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Divertiste-te com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Tu e os teus/tuas amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sentiste-te capaz de falar sobre tudo com os teus/tuas amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sentiste que podes confiar nos(as) teus/tuas amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Ambiente escolar e aprendizagem

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada mente	multo	extrema mente
1.	Sentiste-te feliz na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Foste bom aluno (a) na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sentiste-te satisfeito (a) com os teus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
4.	Sentiste-te capaz de prestar atenção?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
5.	Gostaste de ir à escola?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
6.	Tiveste uma boa relação com os teus professores?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>

## 10. Provocação

Pensa na última semana ...		nunca	raramente	algumas vezes	frequente mente	sempre
1.	Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
2.	Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>
3.	Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?	nunca <input type="radio"/>	raramente <input type="radio"/>	algumas vezes <input type="radio"/>	frequente mente <input type="radio"/>	sempre <input type="radio"/>