



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

Departamento de Psicologia



***Saúde, Bem-Estar e Acontecimentos de Vida***

***Negativos em Adolescentes Imigrantes***



**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Sílvia Maria Tomé de Sousa Revés**

Faro, Novembro de 2011



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

Departamento de Psicologia



***Saúde, Bem-Estar e Acontecimentos de Vida  
Negativos em Adolescentes Imigrantes***



**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Sílvia Maria Tomé de Sousa Revés**

**Orientadora: Prof. Doutora Cristina Nunes**

**Faro, Novembro de 2011**



## **AGRADECIMENTOS**

***Oh Mãe...tu trabalhas no Hospital de Faro, vais à Universidade, estás a fazer o teu estágio em Tavira e Vila Real de Santo António, tens que estudar, tratas de mim e do mano, tens sempre tudo arrumado...e ninguém te ajuda...tu és uma SUPER MÃE.***

**Carolina, 8 anos, Dezembro de 2009**

***“Para cultivar a sabedoria, é preciso força interior. Sem crescimento interno, é difícil conquistar a autoconfiança e a coragem necessárias. Sem elas, nossa vida complica-se. O impossível torna-se possível com a força de vontade.”***

***Dalai Lama***

Não foi fácil chegar aqui...mas cheguei, mas não cheguei sozinha, e por isso devo e quero agradecer a todos aqueles, que de uma forma ou de outra, com maior ou menor intensidade ajudaram a que esta caminhada passasse de um sonho para algo concretizado.

Estes cinco anos de vida académica foram vividos de forma intensa, com muito trabalho, muito desespero e muitas lágrimas, mas se não fossem estas barreiras e contrariedades, penso que não era tão deliciosa a satisfação de chegar até aqui.

Não é fácil este percurso quando se é Mãe, trabalhadora e estudante e por isso antes de começar os meus agradecimentos, e desculpem a ousadia, tenho que me felicitar e agradecer-me a todo o esforço e luta a que me submeti e dizer que neste momento me sinto uma verdadeira VENCEDORA.

Um agradecimento muito especial aos jovens que participantes neste estudo, sem os quais este não teria sido possível.

Quero agradecer com especial carinho, toda a força, amizade, disponibilidade e profissionalismo demonstrados pela minha Orientadora Doutora Cristina Nunes.

Agradeço à Presidente do Agrupamento de Escolas do Concelho de São Brás de Alportel que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho.

Pela disponibilidade, agradeço à Professora Maria João Carvalho e aos Directores de Turma.

Um obrigada do tamanho do mundo à Cátia, minha companheira de “guerra”, pela ajuda, paciência, tolerância, compreensão, carinho e essencialmente pelo apoio no desespero (...tranquilo...).

Aos meus filhotes, um obrigada muito especial e um pedido de desculpas pelas ausências necessárias.

Aos meus pais, pela ajuda incondicional e por nunca duvidarem de mim.

À minha família pelo apoio e pelo orgulho que sempre demonstraram.

Quero agradecer, ainda, a todos os colegas e companheiros destes cinco anos académicos, pelo carinho, amizade e respeito que sempre demonstraram pela “Mãe”.

***Obrigada a Todos!***

## RESUMO

Este trabalho de investigação teve como principal objectivo o estudo descritivo e analítico da saúde, bem-estar e acontecimentos de vida negativos em adolescentes imigrantes e nativos. Pretendeu-se perceber a relação entre imigração, saúde, bem-estar e os acontecimentos de vida negativos.

Contou com a participação de 62 adolescentes, imigrantes e nativos residentes no Algarve, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de dados sócio-demográficos; o Kidscreen 52 - Versão portuguesa para crianças e adolescentes (Gaspar & Matos, 2008) e a versão portuguesa do *Acontecimientos Vitales Estresantes* (Oliva, Jiménez, Parra, & Sanchez-Queija, 2008). Os resultados sugerem que os jovens imigrantes apresentam uma pior qualidade de vida percebida, associada a um maior número acontecimentos de vida negativos inerentes ao processo migratório. O nível socioeconómico mais baixo, as precárias condições laborais e de habitação, os rendimentos reduzidos, a exclusão social e a ausência de redes de apoio, podem ser factores que contribuem para a situação desfavorável deste grupo. Neste sentido sugere-se a realização de estudos que possam contribuir com pistas para delinear programas de intervenção que promovam um maior apoio social por parte da comunidade no país de acolhimento.

**Palavras-chave:** Imigração, Saúde, Bem-Estar e Acontecimentos de Vida Negativos

## **ABSTRACT**

The main purpose of this research work was the descriptive and analytic study of health, well-being and negative life events in both native and migrant teenagers. The aim was to understand the relationship between immigration, health, well-being and negative life events.

This research relied on the participation of 62 teenagers aged 11 to 18 years, both immigrant and native, living in the Algarve.

We used the following tools: socio-demographic data survey; Kidscreen 52 – Portuguese version for children and teenagers (Gaspar & Matos, 2008) and the Portuguese version of *Acontecimientos Vitales Estresantes – Stressing Vital Events* (Oliva, Jiménez, Parra, & Sanchez-Queija, 2008). Results suggest that young migrants have a worse perceived quality of life, as a result of a greater number of negative life events inherent to the migration process. Lower socio-economic level, bad labor and housing conditions, reduced income, social exclusion and the absence of support networks may be factors that contribute for the unfavorable situation of this group. Hence, we suggest studies like these in order to find clues and outline intervention programs promoting greater social support by the community in the host country

**Keywords:** Migration, Health, Well-Being and Negative Life Events

# Índice

INTRODUÇÃO.....	1
Parte I Revisão da literatura.....	3
1. A SITUAÇÃO IMIGRATÓRIA EM PORTUGAL.....	3
2. A ADOLESCÊNCIA E A IMIGRAÇÃO .....	4
2.1 Saúde e Bem-Estar.....	6
2.2 Factores de Risco.....	9
2.3 Factores de Protecção .....	14
3. QUALIDADE DE VIDA NOS ADOLESCENTES /ADOLESCENTES IMIGRANTES .....	18
4. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS .....	20
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO .....	23
1. OBJECTIVOS: .....	23
2. METODOLOGIA .....	23
2.1. Participantes .....	23
2.2. Instrumentos .....	23
2.2.1 Questionário de Dados Sócio – Demográficos .....	23
2.2.2 Kidscreen 52 (Versão crianças e adolescentes).....	24
2.2.3 SVE - Situações de Vida Stressantes .....	26
2.3. Procedimentos.....	26
2.3.1 Recolha de Dados .....	26
2.3.2 Análise de Dados.....	27

3. RESULTADO .....	27
3.1. Caracterização Sócio Demográfica dos Participantes.....	27
3.2 Qualidade de vida percebida .....	33
3.3 Acontecimentos de vida Stressantes .....	35
3.4 Relação entre acontecimentos de vida stressantes e qualidade de vida percebida.....	36
PARTE III: DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	38
PARTE IV: CONCLUSÕES.....	40
ANEXOS	

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Anos de residência, dos jovens/pais, no nosso país.....	29
Tabela 2. Médias das Notas Escolares.....	33
Tabela 3. Distribuição das Médias da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Kidscreen) .....	34
Tabela 4. Distribuição das Médias de Frequência/Intensidade dos Acontecimentos de vida Stressantes .....	35
Tabela 5. Correlação Acontecimentos de Vida Negativos /Qualidade vida percebida .	36

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura Familiar.....	28
Figura 2. Nível Educativo das Mães.....	30
Figura 3. Nível Educativo dos Pais .....	31

## **INDICE DE ANEXOS**

ANEXO A. Questionário de Dados Sócio – Demográficos

ANEXO B. kidscreen 52 (Versão Crianças e Adolescentes)

ANEXO C. Situação de Vida Stressantes (SVE)

ANEXO D. Consentimento Informado Passivo

## INTRODUÇÃO

Tendo este estudo como principal objectivo compreender a saúde e o bem-estar associados aos acontecimentos de vida negativos dos jovens imigrantes, em comparação com os jovens portugueses, procedeu-se a uma recolha de dados junto de um grupo de alunos de duas escolas do Algarve, nomeadamente EB 2,3 Poeta Bernardo Passos e Secundária José Belchior Viegas em São Brás de Alportel.

Sendo o Bem-estar e a saúde dos jovens um tema de interesse e de preocupação na actualidade, revelou-se pertinente perceber a qualidade de vida relacionada com a saúde num grupo minoritário, cujo processo de imigração influencia o ambiente familiar, tornando-o um risco para a saúde física e mental destes jovens (Topa, Nogueira, & Neves, 2010).

É importante perceber os factores de risco inerentes ao processo imigratório, para assim implementar programas de promoção e desenvolvimento, criando oportunidades facilitadoras de uma boa qualidade de vida e consequente saúde mental. Não descurando o apoio junto da família, uma vez que esta influência e ajusta os comportamentos das crianças, que transpõem para o contexto escolar todos os problemas e dificuldades que vivenciam no contexto familiar. Um contexto familiar vulnerável, causado muitas vezes pela falta de informação e isolamento destas famílias, sem o apoio da sua comunidade gera sentimentos de exclusão com grandes riscos para a sua saúde e desenvolvimento (Anes, 2006).

Esta investigação está estruturada em quatro capítulos, no primeiro será feita uma revisão da literatura, onde se efectuará uma breve descrição da situação imigratória em Portugal, será feita uma abordagem à adolescência associada com a imigração (saúde e bem-estar, factores de risco, factores de protecção), será ainda realizada uma perspectiva sobre a qualidade de vida nos adolescentes em geral e nos

imigrantes em particular, por fim, exploram-se os acontecimentos de vida negativos associados à imigração.

O segundo capítulo diz respeito à parte empírica do estudo, onde são descritos os objectivos e a metodologia usada, seguido da apresentação dos resultados. No terceiro capítulo são discutidos os resultados finais, por fim, um quanto capítulo dedicado às principais conclusões do estudo, limitações e sugestões a aplicar em futuras investigações.

## **Parte I Revisão da literatura**

### **1. A SITUAÇÃO IMIGRATÓRIA EM PORTUGAL**

“Historicamente Portugal esteve sempre marcado pelo contacto entre povos, tendo este alcançado uma grande expressão no período designado por Descobrimientos, nos séculos XV e XVI, no qual o povo português se dispersou por várias terras e continentes, criando um espaço de comércio, evangelização e cultura muito influente” (Miranda, 2002, cit. in Botas, 2010, p.6).

Fomos durante muitos séculos um país que viu muita da sua população emigrar para outros países em busca de melhores condições de vida e melhores oportunidades de emprego.

Durante muitas dezenas de anos Portugal foi um país de partidas: do Norte e do Sul, do interior e do Litoral foram muitos os portugueses que se dirigiram para o Brasil, Venezuela, Estados Unidos, Canadá ou já na primeira metade do século xx, para França, Alemanha, Suíça, Luxemburgo, entre muitos outros destinos (Castro, 2008).

Ainda de acordo com Castro (2008), a experiência de Portugal como país de imigração é um fenómeno ainda muito recente, somente a partir de meados dos anos setenta que passou de abastecedor de mão-de-obra à Europa desenvolvida, a país de acolhida de um largo número de trabalhadores estrangeiros. O processo de descolonização que se lhe seguiu levou a um aumento da população estrangeira, à taxa anual média de 12,7%, aumento este que se confirmou nos anos seguintes.

Até 1980, a imigração nunca atingiu valores superiores a 50 mil residentes. Entre 1986 e 1997 o número de estrangeiros duplicou, passando de 87 mil para 175 mil, segundo dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2010).

Ainda de acordo com o SEF (2010), como resultado das alterações políticas e económicas, assistiu-se a um crescimento contínuo, desde os meados dos anos

oitenta, do número de estrangeiros a residir em Portugal, aumentado o número de pessoas oriundas de muitos países africanos e asiáticos, bem como naturais de países latino-americanos e de países europeus, nomeadamente de Leste, estes últimos relacionados com a separação da antiga União Soviética e da situação precária em que viviam.

## **2. A ADOLESCÊNCIA E A IMIGRAÇÃO**

A adolescência é um dos períodos de desenvolvimento que apresenta grandes desafios. A natureza das relações interpessoais muda sobretudo nas relações com os pares e com a família. Estas transformações têm consequências no bem-estar do adolescente (Pinto, 2009). Importa no entanto referir que nem todas estas mudanças afectam de igual modo os adolescentes, uma vez que existem diferenças individuais na forma como lidam com os problemas, como interagem com factores contextuais, com as expectativas, com o apoio dos pais e o com o contexto escolar.

No que se refere aos adolescentes imigrantes, em primeiro lugar há que referir que realizam o seu desenvolvimento num contexto de aculturação. Este processo de aculturação pode, ou não, permitir-lhes desenvolver a sua identidade, relacionar-se com os pares, identificar-se com um grupo social e transitar para o mundo do trabalho ou para a universidade (Fry, 2007; Fuligni & Hardway, 2004). As desvantagens específicas com que se confrontam alguns destes adolescentes são o baixo nível de escolaridade, pobreza e precariedade laboral dos pais, barreiras linguísticas, discriminação e racismo e falta de apoio institucional eficaz. Estes factores gerais afectam dum modo mais ou menos severo a maioria dos grupos de imigrantes. No entanto, existe uma variabilidade substancial de recursos e carências entre os imigrantes dos diferentes países e classes sociais de origem. As características individuais e familiares, as razões para a imigração e o contexto social com o qual se

deparam as famílias aquando da sua chegada, jogam um papel importante na génese dessas diferenças (Feliciano, 2005; Pong & Hao, 2007).

Assim, podemos afirmar que o processo de integração dos imigrantes e dos seus filhos e o seu êxito depende não só de factores individuais mas também das decisões políticas e económicas, das atitudes e condutas da comunidade do país de acolhimento, das políticas educativas e das práticas pedagógicas. “Na estratégia de assimilação, o sujeito perde a identidade cultural de origem e interioriza a cultura da sociedade de acolhimento. No caso da separação, dá-se um afastamento dos outros grupos no sentido da preservação da identidade cultural de origem. Se a estratégia utilizada for a marginalização, o sujeito perde a identidade cultural de origem e não participa na sociedade de acolhimento” (Gaspar, 2008, p.112). Vários estudos realizados sobre a integração dos filhos dos imigrantes nas escolas portuguesas observaram uma forte associação entre o estatuto socioeconómico de origem e o sucesso escolar, assim como referenciam a importância da etnicidade nas dificuldades do processo de integração escolar dos filhos dos imigrantes (Miroshnik, 2008). No artigo “Understanding Cultural Diversity and Learning” (1992), John Ogbu, falou da existência de falhas na educação escolar e nomeadamente no currículo, tendo em conta que os alunos de minorias étnicas são os que revelam maiores dificuldades de integração e piores resultados académicos, pois na maioria das vezes a escola ignora a proveniência destes alunos, que revelam grandes dificuldades em ultrapassar as barreiras culturais impostas pela própria escola. Apesar da redução expressiva do abandono escolar em Portugal e de o acesso à educação ser declarado como um direito fundamental para todos, independentemente da sua nacionalidade e situação legal, o abandono escolar é expressivo no caso dos jovens europeus de Leste, em especial, dos romenos e dos moldavos. (Valente Rosa 2005, cit. in Pires 2009)

As opiniões são no entanto controversas, num estudo realizado por Martins (2008), com o objectivo perceber a forma como os filhos dos imigrantes da Europa de Leste se tinham integrado nas escolas, concluiu-se que estes iniciaram de forma

rápida a escolarização em Portugal e que apesar de muitos terem frequentado aulas apoio educativo de Português, a maioria apresentava uma representação positiva em relação ao domínio da língua. A aprendizagem da língua foi percebida como um factor de promoção social. Estes alunos foram considerados pela maioria dos professores como “alunos inteligentes e aplicados nas actividades escolares” (Martins, 2008, p181). Neste estudo foi ainda possível verificar que ao contrário da maioria dos alunos, estes jovens revelaram ser a disciplina de matemática a que mais gostavam e na qual apresentavam menos dificuldades. “*Os alunos tendencialmente exprimiram opiniões muito positivas em relação à escola, assim como em relação aos restantes elementos da comunidade escolar e às relações que aí estabelecem*” (Martins, 2008, p.182).

Noutro estudo realizado por Araújo (2008), relativamente à integração da criança estrangeira na sala de aula, os professores referiram que a “a maioria das crianças estrangeiras integraram-se e inseriram-se bem na turma, sem problemas de adaptação aos colegas e ao ensino de português”, assim como referiram também que os “*alunos não têm tido dificuldade na aprendizagem, atingindo um médio ou bom aproveitamento, mesmo no caso dos alunos oriundos de países do Leste Europeu que se iniciaram há pouco na Língua Portuguesa*” (Martins, 2008, p.163). Ainda de acordo com o mesmo estudo, os professores consideraram o rendimento escolar dos alunos estrangeiros como médio/bom, não revelando dificuldades de aprendizagem.

## **2.1 Saúde e Bem-Estar**

“*Os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os factores ambientais, os hábitos alimentares, o tabagismo, o uso e abuso de álcool e drogas, a actividade sexual insegura, factores que condicionam um desenvolvimento saudável*” (Gaspar, Matos, Gonçalves, & Ramos, 2008, p.182).

“Prestar cuidados à população imigrante pressupõe, não apenas reduzir os factores de risco e tratar a doença, mas, igualmente promover o suporte social

necessário tanto a estes doentes como às suas famílias, de modo a que, efectivamente, se consigam eliminar as disparidades encontradas quando se comparam os cuidados de saúde prestados a estas populações com os dispensados à população autóctone” (Estrela, 2009, p.45)

“O processo saúde – doença, para além do contexto biológico e individual é determinado e manifesta-se de forma decisiva no contexto socioeconómico e cultural em que nascem, crescem e vivem as pessoas. Dessa forma, é importante também conhecer o contexto em que vivem os imigrantes e o modo de resolução dos seus problemas nos diversos níveis, num dado momento das suas vidas, passaram a viver em outro contexto cultural, diferenciado do seu, com outras normas estabelecidas culturalmente que terão que reaprender e que, de alguma forma, poderão influenciar a sua saúde” (Reis & Ramos, 2010, p.3).

De acordo com Ramos (2006) o processo de imigrar é um fenómeno que causa uma série de mudanças, mudanças essas que passam por experiências de rupturas a diversos níveis, psicológico, físico, familiar ou social, quer no indivíduo quer na família. Estas mudanças incluem uma necessidade de adaptação por parte destes indivíduos e das famílias a um novo contexto e a uma nova realidade. Quando dessas mudanças resultam melhorias, por exemplo das condições económicas, as mesmas são vividas de forma positiva, no entanto, podem também produzir um impacto negativo, quando ocorrem dificuldades de adaptação.

Antes da partida, este grupo passa por um processo de preparação, com expectativas e sonhos (Reis & Ramos, 2010). Chegados aos países de acolhimento inicia-se um processo de adaptação ao novo ambiente, a uma nova cultura, uma nova língua e a regras culturais completamente desconhecidas, são confrontados com um contexto novo que inclui diferenças do meio ambiente físico e social, choque de culturas e estilos de vida, barreiras linguísticas, diferenças nos sistemas administrativos e legais, entre outros, situações que podem gerar problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao

próprio indivíduo e ao país de origem (Carballo & Nerukar, 2001, cit. por Dias & Gonçalves, 2007).

“A falta de recursos económicos ou de informação, as más condições de habitabilidade, ampliadas pela não legalização e pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde pela barreira linguística, deixam os imigrantes em situação de grande vulnerabilidade” (Machado, 2007, p.198). Nos imigrantes, e de acordo com Bäckström (2009), tem sido dispensada maior atenção aos factores genéticos, biológicos, culturais e comportamentais e dado pouca relevância a estreita ligação entre desvantagem ambiental e uma saúde «pior» entre os grupos étnicos. No entanto, não é ignorado que a fixação destes grupos, nas sociedades de acolhimento, se faz em contextos com infra-estruturas precárias e com más condições de higiene, fazendo crescer os riscos que se somam aos da discriminação, proveniente das precárias condições de trabalho e dos fracos recursos económicos.

O processo migratório pode constituir um factor de risco para a saúde, podendo acarretar uma maior vulnerabilidade em relação a problemas de saúde em geral e de saúde mental em particular, devido não só à dureza do processo migratório, mas também à exposição quotidiana de formas de discriminação (Topa, Nogueira, & Neves, 2010). Para além das desvantagens no acesso aos cuidados primários de saúde, muitas vezes por desconhecimento ou medo (ilegalidade), este grupo enfrenta ainda as dificuldades linguísticas e discriminação por parte dos profissionais de saúde. (Fonseca, Esteves, McGarrigle & Silva, 2007). *“Os profissionais de saúde, em Portugal, não possuem formação específica na área da multiculturalidade, tendem por isso, a responder de forma inadequada às situações que se lhes deparam, decorrentes da heterogeneidade da composição cultural e étnica das populações a que prestam cuidados”* (Estrela, 2009, p. 47). Este grupo apresenta os mesmos problemas de saúde e necessita dos mesmos cuidados que todos os outros indivíduos, no entanto, face às maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, são vistos como um grupo de risco acrescido (Estrela, 2009). Diversos

factores, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, stress psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuem para a situação desfavorável deste grupo (Fonseca, Esteves, McGarrigle & Silva, 2007).

*“A vulnerabilidade do indivíduo e da família, causada pelo isolamento, falta de informação, a situação de pobreza com carências sanitárias, alimentares, habitacionais e de saúde (...) sem apoio da “sua” comunidade e tendo de sobreviver sozinhos num mundo do qual desconhecem elementos como a língua, a cultura, a organização social, política, laboral e burocrática e quais os recursos de saúde disponíveis, os imigrantes sentem-se ameaçados e desenraizados, excluindo-se e sendo excluídos pela sociedade de acolhimento, com grandes riscos para o desenvolvimento e para a saúde do indivíduo e da sua família” (Anes, 2006, p.72).*

## **2.2 Factores de Risco**

“Nascer, crescer, viver em situação de pobreza, de migração, de doença, constitui um risco, um trauma e um desafio para a criança e para a sua família” (Ramos, 2006, p. 67).

Considera-se que uma criança ou um adolescente está em situação de risco quando o seu desenvolvimento não acontece da forma aguardada para a sua faixa etária e de acordo com as normas do seu contexto cultural. *“Referem-se a acções ou actividades realizadas por indivíduos que aumentam a probabilidade de consequências adversas para o seu desenvolvimento ou funcionamento psicológico ou social, ou ainda, que favorecem o desencadeamento ou agravamento de doenças ou riscos externos” (Hutz & Silva, 2002, p.73).*

“Os factores de risco parecem ter um efeito não apenas aditivo, mas multiplicativo, de tal modo que a possibilidade de desenvolver uma perturbação emocional ou

comportamental aumenta consideravelmente quando aumenta o número de factores de risco que afectam o jovem” (Matos & Spencer, 2008, p.60). De entre os vários factores de risco, devemos falar dos factores genéticos e biológicos, sendo que os filhos de pais portadores de psicopatologia apresentam maiores probabilidades de perturbações emocionais e comportamentais.” *Para além dos factores genéticos há um leque de factores biológicos associados com a psicopatologia do jovem, que incluem influências do período pré-natal, nascimento, e a primeira infância, tais como cuidados pré-natais deficitários (incluindo consumo de tabaco, droga e álcool das mães), nascimento prematuro, complicações do parto e toxinas”* (Matos & Spencer, 2008, p.61). Ao nível familiar, e ainda de acordo com Matos e Spencer (2008), existe uma forte ligação entre as diferentes formas de psicopatologia nos jovens e as desvantagens económicas, uma vez que a estas desvantagens se encontram associados outros factores de risco, como as fracas condições de habitação, baixos recursos educacionais, desemprego e monoparentalidade. É necessário ainda ter em consideração as características individuais dos adolescentes, características ligadas por exemplo ao temperamento, que quando caracterizado como irritável poderá estar ligado a perturbações de externalização.

O isolamento social, tabus, e prescrições religiosas, desigualdades de género, conflitos intergeracionais, pressões familiares sobre os jovens para a obtenção de sucesso financeiro ou académico e condições habitacionais precárias e sobrelotadas, podem aumentar a tendência para a doença mental e para a redução da qualidade de vida (Kiritz & Moos, 1974; cit. in. Ramos, 2009).

A exclusão e a pobreza estão associadas a múltiplos factores de risco, que podem afectar a saúde e o desenvolvimento dos jovens. As famílias migrantes, isoladas e desenraizadas do seu contexto social, apresentam maiores dificuldades de adaptação e maior pobreza nas relações sociais, dificuldades que aliadas muitas vezes a condições de exclusão, pobreza e precariedade social, as tornam mais

vulneráveis e incapazes de dar aos filhos um suporte afectivo e familiar sólido (Ramos, 2006).

*“A experiência individual da imigração é vivida com rupturas de laços familiares, afectivos, linguísticos, simbólicos, constitutivos da pessoa, e no acumular de referências culturais, por vezes, contraditórias, o que pode comportar um sério risco para a saúde física e/ou mental dos indivíduos”* (Topa, Nogueira, & Neves, 2010,p.367). A separação do contexto sociocultural, pode levar a comportamentos desviantes, quer a nível sexual, quer problemas do foro psíquico ou alcoolismo. Os problemas de foro psíquico (depressão) surgem essencialmente nos primeiros anos de permanência nos pais de acolhimento, nos indivíduos que deixaram a família no país natal (Estrela, 2009). No processo migratório, normalmente, verifica-se a saída de um local menos desenvolvido para outro de maior desenvolvimento, colocando os indivíduos num conflito, por um lado entre a exclusão e a riqueza e por outro entre o desejo de aceitação, (Frankhen, Ramos & Coutinho, 2007). Ainda de acordo com os mesmos autores, “O desequilíbrio socioeconómico e cultural gera nos indivíduos, oriundos de países menos desenvolvidos, sentimentos de baixa auto-estima, e uma vivência de inferioridade humana, conseqüentemente, levando o indivíduo a um déficite na saúde mental e ao sofrimento psíquico”, (p.2).

“Em relação aos jovens descendentes das comunidades imigrantes que já nasceram no país de acolhimento, o facto de serem colocados perante dois códigos de conduta (país de origem e país de acolhimento), contraditórios ou mesmo conflituosos, pode levar ao aparecimento de efeitos desorganizadores sobre o seu comportamento, condicionando problemas psíquicos como: sentimentos de insegurança, perda de auto – estima e manifestações depressivas ou de ansiedade” (Estrela, 2009).

“Uma recepção hostil pelas autoridades e pelo público, bem como uma comunidade co-étnica fraca ou inexistente impõem desvantagens aos imigrantes e dificultam-lhes a tradução do seu capital humano em ocupações compatíveis ou a

aquisição de novas habilidades sociais” (Portes, Haller & Kelly, 2008, p.15). Um estudo realizado por Carvalho (2005), relativamente à auto-estima, confirmou maior referência a atributos pessoais positivos, assim como menor referência a atributos pessoais negativos, nos grupos majoritários, apontando para uma maior auto-estima dos grupos majoritários quando comparados com os minoritários

“A realidade em muitos países é que as crianças de origem imigrante apresentam, em média, maior risco de pobreza, maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde, pior desempenho escolar, taxas de criminalidade mais elevadas e acabam por desempenhar profissões de estatuto social mais baixo do que as crianças e jovens autóctones” (Fonseca et al. 2002, p.55). No conjunto, todas estas situações colocam dificuldades ao nível da saúde mental dos imigrantes, que se encontram na maioria das vezes, em situações de grande stress, motivada pela ruptura familiar, e de ansiedade relativamente à sua situação no país de acolhimento.

Relativamente aos adolescentes imigrantes e de acordo com um estudo realizado por Titzmann, Raabe e Silbereisen (2008), os processos que levam a comportamentos anti-sociais nos jovens imigrantes, são os mesmos que levam a esses mesmos comportamentos nos adolescentes nativos. Um dos factores que tem sido encontrado, repetitivamente em vários estudos, que contribui para a delinquência nos jovens é a influência dos pares. O envolvimento dos jovens imigrantes com pares envolvidos em comportamentos anti-sociais será um dos factores de riscos com maior peso na ligação destes adolescentes em comportamentos desviantes.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a falta de supervisão parental da ocupação dos tempos livres destes jovens, será um outro factor de risco que em muito tem contribuído para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais. Também os comportamentos parentais inadequados (violência) desencadeiam, a longo prazo, desajustes e comportamentos anti-sociais. Os adolescentes que sofrem de violência por parte dos pais são aqueles que dedicam mais tempo a actividades de lazer, como um meio de escapar às situações difíceis que têm em casa. Há vários indicadores que

supõem que a imigração perturba o funcionamento do sistema de desenvolvimento dos adolescentes. Os jovens necessitam de se ajustar a um novo ambiente, a uma vida diferente, quer deles quer a dos seus pais, a novas condições de vida e novos estilos de interacção social (Titzmann, Raabe e Silbereisen 2008)

Precisam de se ajustar a novos estilos de aprendizagem, novos métodos de ensino, novos curriculum e uma nova linguagem. Têm que lidar com a perda de amigos no país de origem e a necessidade de criar um novo círculo de amigos, esta é uma etapa que é designada como uma fase de transição, em que se verifica uma destabilização dos seus padrões de comportamento e em que é necessário, por isso, reorganizar um novo sistema de desenvolvimento. Na fase inicial da imigração, os adolescentes imigrantes, quando comparados com os nativos, que se relacionam com pares delinquentes ou em actividades não supervisionados pelos pais apresentam maiores probabilidades de desenvolver comportamentos anti-sociais porque os factores protectores de suporte social são reduzidos ou inexistentes nas redes sociais destes jovens (Titzmann, Raabe & Silbereisen 2008).

Os pais recém-chegados sentem maiores dificuldades em manter os filhos afastados dos problemas comportamentais, uma vez que ainda são incapazes de julgar adequadamente os riscos das actividades onde estes jovens estão envolvidos (Titzmann, Raabe & Silbereisen 2008). De acordo com Gómez, Diaz, Ardieta e González (2010) a imigração, muitas vezes aliada à marginalidade e à exclusão social, é um facilitador do aparecimento de transtornos mentais nos jovens, assim como causa um aumento do consumo de substâncias. O uso de drogas, lícitas ou ilícitas, comportamento sexual promíscuo, relações sexuais desprotegidas, família desestruturada, falta de modelos apropriados, socialização inadequada para promover o respeito pela vida e pela dignidade dos seres humanos, são factores que colocam em situação de risco, crianças e adolescentes em todas as classes sociais, inclusive nos países desenvolvidos externos (Hutz & Silva, 2002). Titzman et al., (2008) realizaram um estudo para pesquisar os factores de risco e protectores familiares,

comparando três grupos sociais: um grupo de imigrantes acabados de chegar à Alemanha, um grupo de imigrantes adolescentes a viver há largos anos no país e um terceiro grupo de adolescentes nativos. Os resultados encontrados sugeriram que certos factores de risco, como a violência familiar, a relação com pares delinquentes encontram-se relacionados com a delinquência no grupo dos imigrantes recentemente chegados ao país de acolhimento, ou seja, a imigração pode ser vista como uma fase de transição, como factor de risco para o desenvolvimento da delinquência sobre os adolescentes acabados de chegar.

### **2.3 Factores de Protecção**

De acordo com Titzmann, Raabe & Silbereisen, 2008, existem factores que podem proteger os adolescentes, quer imigrantes quer nativos, da delinquência. *“Uma recepção acolhedora ou, no mínimo, neutra pelas autoridades governamentais, uma recepção complacente ou pelo menos não hostil por parte da população nativa e a existência de redes sociais com comunidades co-étnicas bem estabelecidas e prósperas abrem caminho para a possibilidade de pôr em uso quaisquer credenciais ou habilidades que tenham sido trazidas de fora”* (Portes, Haller & Kelly, 2008, p. 15).

A relação com os pares é especialmente significativa durante a infância e a adolescência, contribuindo para o ajustamento psicossocial da criança, principalmente com o ajustamento escolar, com a saúde psicológica e com problemas de comportamento, pois estabelece-se uma relação clara entre a aceitação, por parte dos pares, e ajustamento psicossocial (Newman & Carpenter, 2001 cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

“A escola constitui para a criança e família migrante um espaço importante de contacto, integração e inclusão na sociedade de acolhimento e desempenha um papel fundamental (...) as famílias depositam na escola as esperanças e o êxito social não concretizados no país de origem (...)” (Ramos, 2006, p. 77). O conhecimento que os

pais têm das actividades e tempos de lazer destes jovens, está relacionado várias vezes com baixos níveis de delinquência. O facto de os pais terem conhecimentos das actividades dos jovens permite uma maior e melhor intervenção, no sentido de controlar as escolhas dos pares e as conjunturas indesejadas, impedindo resultados inadaptados (Titzmann, Raabe & Silbereisen, 2008). A ocupação saudável dos tempos livres, desenvolve, nos jovens, competências como auto-controlo, resistência, cumprimento de regras, responsabilidade e apresenta resultados mais positivos no seu bem-estar físico, psicológico e social (Gaspar, 2008).

Entre as comunidades de imigrantes e de minorias étnicas, certos traços culturais, tais como, o grau de coesão familiar e do grupo, o apoio/suporte social, as redes de solidariedade grupal, o sentimento de pertença identitária e os valores religiosos e espirituais, são elementos protectores contra a doença mental e o stress (Ramos, 2006). Da mesma forma, uma ligação acentuada à escola, e de acordo com o mesmo autor, está também relacionada com menores níveis de delinquência nos jovens, através de uma melhor adaptação das normas sociais, dos valores e respeito pelos professores.

Alguns estudos têm verificado que as famílias imigrantes tendem a revelar melhores desempenhos económicos, ao longo do tempo, tanto melhores quanto maior for o nível de integração na sociedade de acolhimento (Jasso & Rosenzweig, 1995; Satzewich, 1993, cit in Fonseca et al., 2005). Contudo, cada indivíduo e cada família desenvolvem as suas próprias estratégias de sobrevivência, sendo por isso necessário referir um conceito importante neste contexto, a resiliência, que deve ser entendida como “ *a capacidade de um ser humano construir uma trajectória de vida positiva /saudável, apesar de viver em contexto adverso, promovendo a capacidade de enfrentar com sucesso situações que representam ameaça ao seu bem-estar*” (Silva, Lunardi, Filho, & Tavares, 2005, p.95).

Sabe-se que diante das situações de risco, alguns jovens, conseguem alcançar um bom funcionamento nos domínios social e psicológico (o que inclui competência

social, interacções interpessoais positivas, habilidades em lidar com adversidades e envolvimento em actividades sociais) e não apresentam disfunções ou psicopatologias que impeçam ou prejudiquem a vida diária (Kazdin, 1993, cit. in Hutz & Silva, 2002).

A resiliência deverá ser entendida como a capacidade de ter êxito, ainda que em contextos de grande adversidade, como é o contexto da imigração. O envolvimento social do indivíduo é extremamente importante para o seu processo de resiliência, influenciando o desenvolvimento e a socialização da criança e do jovem e, ao mesmo tempo, serve de amortecedor do impacto stressor ou desafio (Siqueira, Saul & Oliveira, 2007). Entre as comunidades de imigrantes e de minorias étnicas, certos traços culturais, tais como, o grau de coesão familiar e do grupo, o apoio/suporte social, as redes de solidariedade grupal, o sentimento de pertença identitária e os valores religiosos e espirituais, são elementos protectores contra a doença mental e o stresse (Ramos, 2009).

Em contexto migratório, se é importante ter em conta o nível de integração e as reacções de adaptação dos imigrantes às novas condições espaciais e socioculturais torna-se, igualmente, importante analisar as características da sociedade de acolhimento, nomeadamente, as condições sociais, económicas e políticas dominantes e factores como a xenofobia, a discriminação e o preconceito, os quais contribuem para o desencadear e manutenção da exclusão, do stress psicológico e social e afectam o bem-estar e a qualidade de vida (Burke, 1984, Scheppers, Dongen, Dekker & Geerzen, 2006; Stampino, 2007 cit. in Ramos, 2009). Segundo Martins (2005) os alunos imigrantes de Leste, na maioria das vezes exprimem opiniões muito positivas em relação à escola, em relação aos elementos da comunidade escolar e às relações que estabelecem com os pares. *“Quanto às facilidades sentidas salientam-se as boas amizades estabelecidas em Portugal, a disponibilidade de ajuda por parte dos vizinhos e até de patrões e a facilidade de relacionamento com outras pessoas”* (Martins, 2008, p.229). Os adolescentes imigrantes, mais velhos, têm demonstrado uma melhor adaptação social, cultural e psicológica; susceptíveis de melhor

envolvimento com os pares e com a própria rede social. Relatam menos problemas de linguagem, níveis mais elevados de bem-estar subjectivo e menos problemas relacionados com as redes de apoio social. Os adolescentes cujos pais exercem maior controlo nas suas actividades apresentam menos probabilidade de desenvolverem comportamentos delinquentes (Jacobson & Crockett, 2000).

### 3. QUALIDADE DE VIDA NOS ADOLESCENTES /ADOLESCENTES IMIGRANTES

“Para alcançar um nível maior de adaptação ao local de acolhimento, maior qualidade de vida, o ser imigrante, para além de recursos individuais e sociais, necessitará de um espaço temporal suficientemente capaz de reparar as arestas intrínsecas dessa ficção cultural” (Coutinho, Franken & Ramos, 2010,p.1)

De acordo com Cummis (2005, cit. por Gaspar et al, 2009), a qualidade de vida é um constructo “multidimensional e influenciada por factores pessoais ambientais e pela interacção; tem componentes semelhantes para todas as pessoas; apresenta componentes objectivos e componentes subjectivos; e é influenciada pela auto-determinação, pelos recursos, pelo sentido de vida e percepção de pertença”.

Para Matos (2008), os desafios que se colocam á saúde e ao bem-estar estão relacionados com o estilo de vida, com as condições de vida, com os estilos de vida relacionados com a saúde e com as redes sociais de apoio sociocultural.

A qualidade de vida e bem-estar implicam mais do que a ausência de maus tratos e défice, implica, também, a força e qualidades positivas no contexto e na família da criança/adolescente. São utilizados diversos indicadores para avaliar o bem-estar na criança, principalmente, o desenvolvimento do comportamento social e cognitivo (Nelson, Laurendeau & Chamberland, 2001, cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

O bem-estar e a qualidade de vida percebida devem ser considerados sob uma perspectiva ecológica que foca múltiplos níveis de análise, o adolescente, os país e a família, os pares, a comunidade e a sociedade (Harding, 2001; Nelson et al., 2001 cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

Simon (2004) investigou as diferenças entre bem-estar em grupos maioritários e minoritários. O bem-estar foi abordado num sentido vasto abrangendo uma diversidade de emoções (eg. felicidade, depressão, insegurança, auto-estima e o respeito por si), concluindo que os membros de um grupo minoritário revelam menor

satisfação colectiva, assim como menos sentimentos positivos, quando comparados com grupos maioritários.

As diferenças de bem-estar das minorias e maiorias podem ser acentuadas porque os membros dos grupos pequenos estão tipicamente em desvantagem, comparados com os membros de grupos grandes (Festinger, 1954; cit in Simon, 2004). Em 1997, Bettencourt, Carlton, e Kernaham (cit. in Simon, 2004), observaram que os membros dos grupos minoritários sentem maior tensão, quando comparados com os grupos maioritários. No entanto, também foi verificado que os grupos minoritários experimentavam menor ansiedade e maior nível de satisfação com o seu grupo. Isto pode dever-se ao facto dos grupos minoritários promoverem suficiente inclusividade dentro do grupo e suficiente diferenciação entre ingroup e outgroup (Brewer, 1991; Leonardelli & Brewer, 2001; cit. in Simon, 2004). (...) *“Não é necessário rejeitar a própria cultura e história para obter um bom desempenho, pelo contrário, essas raízes podem prover a referência necessária para fortalecer a auto-estima da criança e as suas aspirações para o futuro”* (Portes, Haller & Kelly, 2008, p.40).

Quanto maior for a homogeneidade da composição étnica da vizinhança, maior é a satisfação com a vida destes adolescentes. Neto (2001) sugere que a satisfação com a vida dos adolescentes de famílias imigrantes é uma combinação de uma série de factores, como um sentido forte de controlo sobre os acontecimentos da vida, ter uma auto-estima positiva e viver numa vizinhança étnica homogénea. *“Casais que permanecem unidos, famílias estendidas em que avós e irmãos mais velhos detêm um papel importante na motivação e no controle dos adolescentes”* (Portes, Haller & Kelly, 2008, p.16).

Com o objectivo de comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde, entre jovens nativos e imigrantes, Pantzer et al. (2006), realizaram um estudo transversal (Escola Lloret de Mar, em Girona, Espanha) com 1246 participantes e concluíram que os jovens imigrantes apresentavam pior QVRS quando comparados com os nativos, mediada pelas desvantagens económicas, pelo baixo suporte social e

sofrimento psíquico. Também Neto (2001) realizou um estudo com adolescentes imigrantes em Portugal para perceber a satisfação com a vida nestes jovens assim como os factores que podem estar relacionados com o nível de satisfação. A satisfação com a vida entre adolescentes de famílias de imigrantes num novo contexto cultural dá origem a uma série de desafios, no entanto se os jovens sentirem que têm controlo sobre esses desafios, a sensação de satisfação aumenta. Outro factor que apareceu relacionado com a satisfação de vida nestes jovens foi as relações com a vizinhança, ou seja, parece que quanto mais homogénea for a composição étnica do bairro, maior satisfação. Podendo concluir-se que a satisfação de vida entre os adolescentes de famílias imigrantes é uma combinação da percepção de controlo sobre os desafios, ter uma auto-estima positiva e ter boas relações com os outros.

#### **4. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS**

Os acontecimentos de vida negativos são definidos como experiências que implicam uma mudança significativa na rotina ou no padrão de vida normal de uma pessoa. O impacto na saúde, dos acontecimentos de vida negativos ou stressantes, podem ser mediados por processos de carácter biológico, psicológico e sociais (Lorence, 2008) e dependerá da avaliação do sujeito e da activação de estratégias para lidar com a mesma (Maia, 2008).

A acumulação de acontecimentos stressantes apresenta relação com uma menor satisfação com a vida, e pode constituir uma ameaça ao bem-estar e ao desenvolvimento positivo e saudável do adolescente, visto que pode desencadear problemáticas emocionais e relacionais, e colocar em causa o ajustamento psicossocial (Lorence, 2008). Na categoria dos acontecimentos que podem ser positivos ou negativos foram incluídos, a título de exemplo, algumas situações: mudança de país, mudança de residência e mudança das condições de vida (Ramos, 2004).

De acordo com Oliva, Jiménez e Parra (2008) a ocorrência e o impacto dos acontecimentos de vida stressantes na adolescência mais frequentes são as mudanças de turma, a morte de algum familiar e a ruptura com o namorado/a. Quantos aos acontecimentos que causam maior impacto aparecem a morte, zangas e rupturas com os melhores amigos, traição e sofrer de abuso sexual.

A pobreza é um factor de risco para a saúde e bem-estar do indivíduo, a nível físico, mental e social. A pobreza tem efeitos no nível do desempenho escolar e no funcionamento sócio emocional da criança/adolescente, sendo os efeitos inflacionados, quando em conjunto com uma educação parenta inconsistente e uma exposição constante a acontecimentos stressores (Oliva, Jiménez & Parra, 2008). *As más condições sociais e habitacional de uma grande parte população migrante, vivendo em condições de superlotação, falta de conforto e higiene, associadas a problemas linguísticos e culturais que dificultam a comunicação com os diferentes profissionais, têm influenciado a qualidade de vida e a saúde da família e da criança, estando na origem de várias patologias e aumentando a situações de risco e exclusão* (Ramos, 2006, p.77). Hernandez, Denton e Macartney (2008) relatam que muitos jovens imigrantes têm o apoio de familiares mais velhos (avós), que são vistos como prestadores de cuidados na ausência dos pais e como um apoio para os próprios pais, no entanto, contribuem também para uma superlotação com consequências negativas para o ajustamento comportamental e para a saúde destes jovens. Esta super lotação verifica-se também quando, as famílias imigrantes de baixos recursos económicos, compartilham espaços com outros membros da família, partilhando os custos habitacionais.

O isolamento social e a rejeição de pares podem ser um dos factores de risco para crianças/adolescentes de estatuto económico baixo, sendo que estas crianças são mais sensíveis à avaliação dos pares, provavelmente porque pretendem encontrar alternativas ao modelo dos pais (McLoyde, 1998, cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006). Segundo Portes, Haller e Kelly (2008), existem mudanças, associadas ao início

do consumo de substâncias, ligadas ao processo migratório, como a marginalidade, perda da rede social de apoio, exclusão social e aprendizagem de novos modelos de vida. As percepções das crianças e dos adolescentes são influenciados por diversos factores, tais como as características da própria criança e da família, o estatuto socioeconómico, estilo parental, stress parental e acontecimentos de vida. *“Se por um lado, a criança tem mais habilidades para se deixar impregnar por impressões novas, está mais aberta à aprendizagem e é mais capaz de assimilar uma nova língua e costumes, por outro, existem carências especiais, pois não participaram na decisão da sua família ao mudar e geralmente não compreendem as motivações que os pais tiveram”* (Ueno, 2010, p.6). Ainda de acordo este autor *“num período em que a criança está tratando de afirmar a sua autonomia, a migração, sempre forçada pelos maiores, com a ameaça persecutória do novo, poderá acentuar a vergonha e as dúvidas precoces, minando uma confiança básica já adquirida, sobretudo quando se está fragilizado por conflitos prévios. Ela é exposta a situações em que se sentem diferentes e incapazes de competir com outras crianças da sua idade no uso do idioma. As dúvidas passam pela definição do que tem valor ou não, de quem são os bons ou maus, pois os seus conhecimentos prévios não são compreendidos ou não valem muito nesse novo meio”* (p.8).

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. OBJECTIVOS:**

Este trabalho de investigação tem como principal objectivo o estudo descritivo e analítico da saúde, bem-estar e acontecimentos de vida negativos em adolescentes imigrantes e nativos.

Pretende-se conhecer a relação entre a imigração, a saúde e bem-estar e os acontecimentos de vida negativos.

### **2. METODOLOGIA**

#### **2.1. Participantes**

A amostra deste estudo foi recolhida por conveniência e é composta por 32 adolescentes imigrantes e 30 portugueses com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, estudantes do 2º e 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, nas Escolas EB 2 3 Poeta Bernardo de Passos e Escola Secundária José Belchior Viegas, respectivamente, no Concelho de São Brás de Alportel. Todos os participantes são estudantes do ensino regular.

#### **2.2. Instrumentos**

##### **2.2.1 Questionário de Dados Sócio – Demográficos**

Este questionário é constituído por 30 questões de resposta fechada (Lemos, Nunes, & Guimarães, 2011), recolhendo dados sobre idade, o sexo, data de nascimento, naturalidade e nacionalidade dos adolescentes, bem como idades,

habilitações académicas e situação profissional dos pais. Recolhe ainda informação sobre a composição do agregado familiar, indicadores do sucesso e abandono escolar e o estatuto de imigrante (Ver anexo A)

### **2.2.2 Kidscreen 52 (Versão crianças e adolescentes)**

O Kidscreen é um questionário que mede a qualidade de vida percebida em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. (Gaspar & Matos, 2008).

Inclui dez dimensões: (1) Saúde e Actividade Física; (2) Sentimentos; (3) Estado de Humor Global; (4) Auto-Percepção (sobre si próprio); (5) Autonomia/Tempo Livre; (6) Família e Ambiente Familiar; (7) Questões Económicas; (8) Amigos (relações interpessoais de apoio social); (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem; (10) Provocação.

Estas dez dimensões são avaliadas numa escala de 5 pontos, representando o 1 nada ou nunca e o 5 extremamente ou sempre.

1. Saúde e Actividade Física é uma dimensão que explora aptidão física da criança/adolescente, avaliando a capacidade para brincar e viver energeticamente. Uma pontuação elevada nesta dimensão é revelada por adolescentes activos e saudáveis.

2. Sentimentos: avalia o bem-estar psicológico. Uma baixa pontuação revela falta de prazer ou insatisfação na vida e uma pontuação elevada revela uma percepção de felicidade, satisfação, prazer e alegria.

3. Estado de Humor Geral: avalia a experiência de sentimentos e emoções stressantes e depressivas. São revelados sentimentos de solidão, tristeza e resignação e como é que esses sentimentos são percebidos.

4. Auto-Percepção (sobre si próprio): avalia a percepção que a criança e adolescente têm de si próprios e da sua imagem. Uma baixa pontuação é reveladora de uma imagem corporal negativa e insatisfação consigo próprio.

5. Autonomia/Tempo livre: refere-se à liberdade de escolha da criança e do adolescente, avaliando o nível de autonomia e a capacidade para gerir os tempos livres. Os jovens autónomos e independentes apresentam elevada pontuação.

6. Família e Ambiente Familiar: nesta dimensão são exploradas as qualidades das interacções entre os jovens e os pais ou cuidadores, assim como, os sentimentos da criança para com os mesmos. Uma pontuação elevada implica sentir-se compreendida e segura.

7. Questões Económicas: avalia a percepção da criança/jovem relativamente à qualidade dos recursos financeiros, que lhe permitam ou não, adoptar um estilo de vida comparável com o dos pares.

8. Amigos: avalia o modo como a criança sente o apoio e aceitação dos amigos, a capacidade para iniciar e manter relações de amizade. Uma pontuação baixa reflecte falta de confiança nos pares, assim como falta de apoio por parte do seu grupo.

9. Ambiente Escolar e Aprendizagem: permite avaliar a percepção que a criança tem das suas capacidades cognitivas de concentração e de aprendizagem. Quando apresentam resultados baixos revelam sentimentos negativos face à escola, aos professores e ao ambiente escolar.

10. Provocação: explora os sentimentos de rejeição pelos pares. Uma pontuação baixa significa que a criança/adolescente se sente rejeitado, enquanto uma pontuação elevada revela que estes jovens sentiram aceitação pelos pares (Ver Anexo B).

Foram encontrados os seguintes índices de fiabilidade na nossa amostra: Saúde e actividade física  $\alpha = 0,67$ ; sentimentos  $\alpha = 0,76$ ; estado de humor geral  $\alpha =$

0, 76; auto-percepção (sobre ti próprio)  $\alpha=0,35$ ; autonomia/tempo livre  $\alpha = 0, 72$ ; família e ambiente familiar  $\alpha = 0,72$ ; questões económicas  $\alpha = 0, 58$ ; amigos  $\alpha = 0,74$ ; ambiente escolar e aprendizagem  $\alpha = 0,73$  e provocação  $\alpha = 0, 59$ .

### **2.2.3 SVE - Situações de Vida Stressantes**

O SVE é um questionário composto por 25 questões, relacionadas com acontecimentos de vida stressantes e negativos, relativos ao adolescente ou a familiares e amigos, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo, de Oliva, Jiménez, Parra, e Sanchez-Queija (2008). Utilizamos a versão portuguesa de Nunes & Lemos (2010).

Este questionário avalia a frequência e intensidade emocional dos acontecimentos numa escala que vai de 1 (significa que não afectou negativamente) a 10 (significa que afectou muito, muito significativamente). (Ver Anexo C).

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1 Recolha de Dados**

Os questionários foram aplicados colectivamente, na sala de aula, após a obtenção das necessárias autorizações e do consentimento informado dos pais e adolescentes seleccionados para o estudo.

Após esta autorização, os alunos foram esclarecidos a cerca dos objectivos do estudo assim como dadas algumas explicações sobre o preenchimento dos instrumentos.

### 2.3.2 Análise de Dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram posteriormente tratados recorrendo-se ao pacote de software estatístico SPSS18.

Na análise de dados foram utilizadas medidas de estatística descritiva (frequências, médias e desvio padrão), de associação (correlações) e inferenciais (Teste Mann-Whitney e Qui-quadrado).

## 3. RESULTADO

### 3.1. Caracterização Sócio Demográfica dos Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 62 adolescentes, em que 32 eram imigrantes (51,6%) e 30 nativos (48,4%). Destes 37 eram raparigas (59,7%) e 25 eram rapazes (40,3%).

No grupo dos nativos 12 (20,63%) eram rapazes e 19 (53,16%) raparigas. No grupo dos adolescentes imigrantes, as raparigas representam 30,16% da amostra ( $n = 19$ ) e os rapazes 20,63% ( $n = 13$ ).

Os participantes deste estudo tinham idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos ( $M = 14,08$ ;  $DP = 2,30$ ). No grupo dos imigrantes a idade média é de 14,25 ( $D = 2,21$ ), os nativos apresentam uma idade média de 13,94 ( $DP = 2,42$ ). Não observámos diferenças significativas na idade entre os dois grupos ( $U = 449,00$ ;  $p = 0,515$ ;  $r = -0,10$ ).

A média de idades nas mães dos nativos era 41,7 anos ( $DP = 5,29$ ; Mín = 31; Máx. 51), enquanto nas dos jovens imigrantes foi de 42,48 anos ( $DP = 5,66$ ; Mín = 31; Máx. 53), não apresentando diferenças estatisticamente significativas ( $U = 434,50$ ;  $p = 0,52$ ;  $r = -0,105$ ).

A média de idade nos pais dos imigrantes era 45,77 anos (DP = 7,62), enquanto nas dos jovens nativos foi de 44,27 anos (DP = 6,01), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $U = 436,50$ ;  $p = 0,535$ ;  $r = -0,100$ ).

No que se refere à estrutura familiar, nos nativos 33,87% (N = 30) pertenciam a famílias biparentais, nos imigrantes encontramos 33,87%, ( $\chi^2 (2, N = 63) = 0,007$ ), sem diferenças estatisticamente significativas. As famílias monoparentais (9,68%), e por fim, outros tipos de estrutura familiar (6,45%).

Em relação aos imigrantes as famílias biparentais (M = 35,48%), seguidas das famílias monoparentais (M = 9,68%), por fim outras estruturas, apenas com uma média de 6,45%.

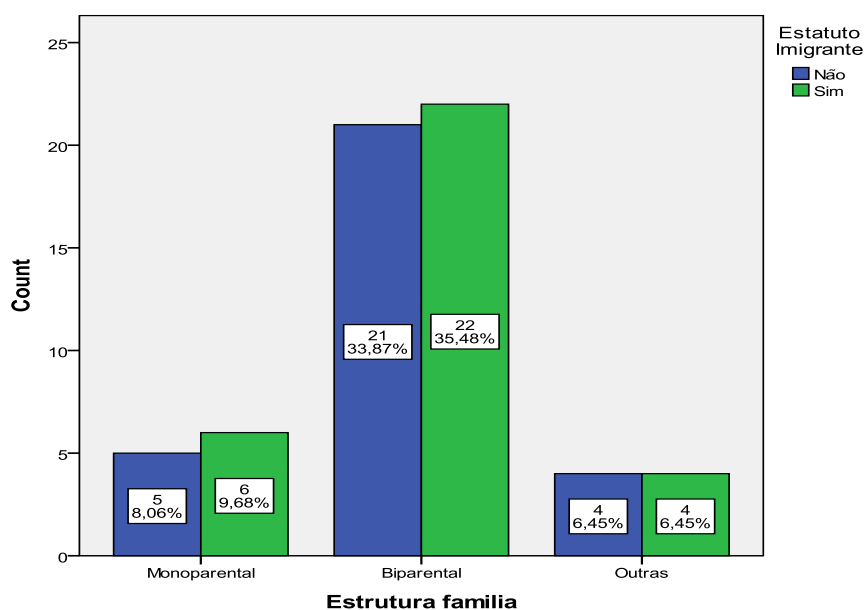


Figura 1. Estrutura Familiar

No que se refere ao estatuto marital, 33,87% dos pais dos nativos e 35,48% dos pais dos imigrantes eram casados ou viviam maritalmente. Enquanto 11,29% dos pais dos nativos e 12,9 % dos pais imigrantes eram divorciados. Nos imigrantes, 3,23% e nos jovens portugueses 3,25 % faziam parte de famílias divorciadas reconstituídas.

A maioria das famílias, nos dois grupos é composta por dois filhos.

Analisados os anos que residem no nosso país, terão sido os pais os primeiros a deslocarem-se, seguidos das mães e numa fase posterior terão vindo as crianças.

Relativamente aos jovens da amostra, estes terão entrado no nosso país cerca de 5 anos depois da vinda dos pais, sendo a média de residência de 7,7 anos.

Tabela 1. Anos de residência, dos jovens/pais, no nosso país

	M	DP
Anos Residência da Mãe	11,285	7,610
Anos Residência do Pai	12,206	7,871
Anos Residência da Criança	7,757	3,526

Estes imigrantes são descendentes de diversos países, como França, Alemanha e Inglaterra. Da África do Sul aparece apenas um sujeito na nossa amostra. Dos países de leste aparecem 19 inquiridos (20,6 %).

Analisado o nível educativo das mães imigrantes, 13,11% (N=8) possuía os estudos universitários, 27,87% (N=17) estudos secundários completos e 4,92% (N=3) os estudos primários completos e número igual revelou não ter estudos.

Quanto às mães dos nativos, 8,20% (N=5) terminaram os estudos universitários; 21,31% (N= 13) o ensino secundário; 14,75% (N=9) os estudos primários completos e apenas 4,92% (N=3) sem estudos.

No que se refere aos pais dos jovens imigrantes 8,20% (N=5) terminou os estudos universitários; 11,48% (N=7) finalizou os estudos secundários; 16,39% (N=10) concluiu os estudos primários e 13,11% (N=8) revelou estudos primários incompletos ou ausência de estudos.

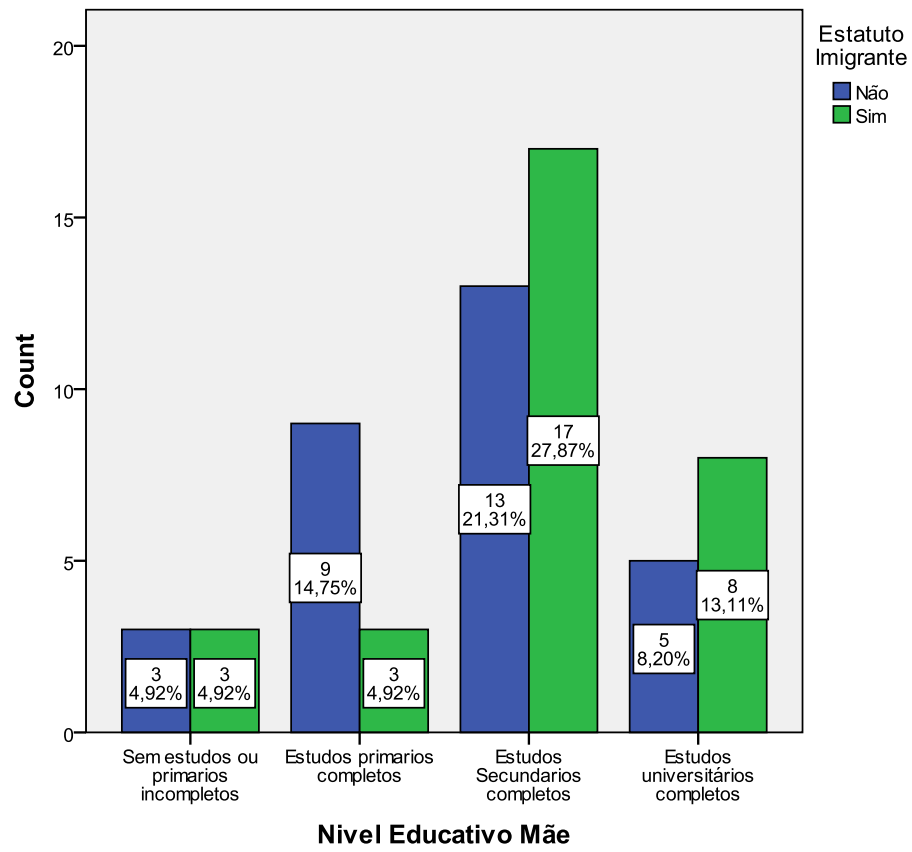


Figura 2. Nível Educativo das Mães.

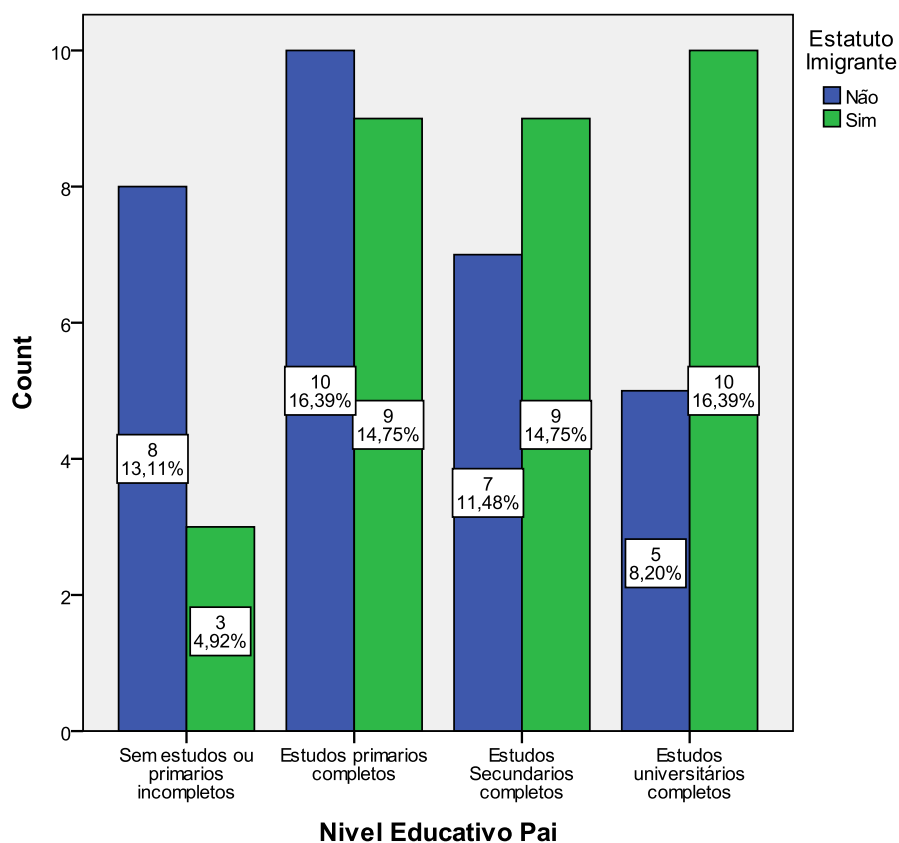


Figura 3. Nível Educativo dos Pais.

Analisados os resultados relativos ao factor emprego, constatou-se que 43,55% dos pais dos jovens imigrantes desempenham uma actividade e 6,45% não exerce qualquer actividade. Nos pais dos jovens portugueses, apenas,1,61% se encontra no desemprego e no activo surgiram 48,39% dos pais.

Em relação às mães, no grupo de nativos 36,7% (N = 22) exerciam uma profissão, e apenas13,11% (N = 8) encontravam-se no desemprego.No grupo dos imigrantes, 16,39% (N = 10) encontravam-se desempregadas , enquanto que 34,43% (N =21) exerciam uma profissão.

No que se refere à qualificação nas actividades que estão a desempenhar, no grupo dos imigrantes, 31,15% das mães e 32,79% dos pais desempenham trabalhos não qualificados; 11,48% dos pais e 8,20 % das mães desempenham um trabalho qualificado. As profissões semi-qualificadas representam 6,56% do total da amostra dos pais e 11,48% das mães.

No grupo dos nativos 12,67% (N = 12) dos pais revelaram exercer um trabalho não qualificado,; 22,95% (N = 14) com um trabalho semi-qualificado e apenas 6,56% (N = 4) uma profissão qualificada. As mães 22,95% (N = 14) desempenham um trabalho qualificado, 19,67% das mães uma actividade semi-qualificadas e 6,56 % (N = 4) exerce uma profissão qualificada.

Quando a análise recai sobre o ano escolar, no 11º ano de escolaridade encontraram-se 7 imigrantes e 4 portugueses.

Nove jovens da amostra frequentam o 6º ano, em que 6 (9,52%) são imigrantes e 3 (4,76%) são portugueses.

Encontram-se a frequentar o 8º ano 6 (9,68%) jovens imigrantes e 4 (6,45%) jovens portugueses.

Os restantes jovens estão distribuídos pelo 5º,7º,9º,10º e 12º ano de escolaridade.

No que se refere ao insucesso escolar observámos diferenças significativas entre os dois grupos ( $U = 395,50$ ;  $p = 0,043$ ;  $r = -0,032$ ). Os alunos portugueses reprovaram (6/30) mais do que os imigrantes (3/32).

Relativamente à educação especial no grupo dos portugueses 46,77% (N = 20) dos jovens revelou não necessitar de recorrer ao ensino especial. Nos jovens imigrantes 33,87% não está inserido em educação especial, no que diz respeito aos jovens portugueses 17,74% (N = 11) não necessitam de ensino especial. Assim, para verificar se existiam diferenças significativas entre os dois grupos, foi calculado o Qui-quadrado e obtido o resultado de  $\chi^2 (1, N = 62) = 9,559$ ,  $p = 0,002$ , concluindo-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos

O número de alunos com problemas de aprendizagem foi muito reduzido (1 no grupo dos imigrantes e 2 no dos portugueses). Estas diferenças não são estatisticamente significativas  $\chi^2 (1, N = 62) = 0,384$ , *ns*.

Quando se analisa o absentismo escolar, sem autorização dos pais, 40,32% (N = 25) portugueses, e 46,77% (N = 29) imigrantes faltaram. Aplicado o teste Mann-

Whitney e com o resultado encontrado ( $U= 442,00$ ;  $p = 0,358$ ;  $r = -0,05$ ), observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O absentismo com autorização dos pais, no grupo de imigrantes foi de 33,87% ( $N = 21$ ) e 35,48%, ( $N = 22$ ) de portugueses revelam nunca ter faltado. As diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $U= 462,00$ ;  $p = 0,754$ ;  $r = - 5,048$ ),

Relativamente ao absentismo total no último mês, é igual em ambos os grupos, 31,15% ( $N = 19$ ), logo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $U= 452,00$ ;  $p = 0,828$ ;  $r = - 3,5$ ).

Analisadas as médias das notas destes dois grupos, no grupo de imigrantes ( $M = 3,352$ ) e no grupo dos jovens portugueses ( $M = 3,153$ ).

Tabela 2. Médias das Notas Escolares

	Imigrantes (n = 25)		Não imigrantes (n=18)	
	M	DP	M	DP
Médias das notas escolares	3,352	0,7445	3,153	0,7298

### 3.2 Qualidade de vida percebida

A qualidade de vida percebida pelos jovens portugueses é superior em todas as dimensões na qualidade de vida relacionada com a saúde, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas.

A dimensão com resultados mais elevados foi a de provocação, com um valor médio de 4,44 ( $DP = 0,78$ ) para o grupo de imigrantes e 4,45 ( $DP = 0,77$ ) para os portugueses.

Tabela 3. Distribuição das Médias da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Kidscreen)

	Imigrantes (n=32)		Não imigrantes (n=30)		U	p	r
	M	DP	M	DP			
Saúde,							
Actividade Física	3,70	0,67	4,00	0,67	371,00	0,176	-0,022
Sentimentos	3,97	0,74	4,20	0,63	375,00	0,196	-0,021
Estado Humo r Geral	4,05	0,82	4,30	0,71	378,00	0,212	-0,020
Sobre Ti Próprio	3,76	0,51	3,99	0,65	352,00	0,103	-0,026
Tempo Livre	3,78	0,89	4,12	0,74	352,50	0,105	-0,026
Família, Ambiente Familiar e	4,11	0,69	4,25	0,61	409,50	0,429	-0,013
Vizinhança							
Questões económicas	4,17	0,95	4,24	0,71	460,00	0,953	-9,52
Amigos	4,14	0,73	4,20	0,68	446,50	0,798	-4,13
Ambiente Escolar e	3,65	0,76	3,72	0,76	427,50	0,597	-8,53
Aprendizagem							
Provocação	4,44	0,78	4,45	0,77	461,50	0,969	-6,29
Total	3,98	7,63	4,15	0,45	371,00	0,179	-0,022

A dimensão com resultados inferiores foi o ambiente escolar e aprendizagem. O grupo de adolescentes portugueses apresentou uma média de 3,72 (DP = 0,76) e o dos imigrantes 3,65 (DP=0,76).

### 3.3 Acontecimentos de vida Stressantes

Nos imigrantes a média dos acontecimentos de vida stressantes foi de 5,91 (DP = 4,651), nos nativos essa média foi de 4,67 (DP = 3,273), onde ( $U= 428,00$ ;  $p= 0.461$ ;  $r= -0.012$ ) embora sejam diferentes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O mesmo se verifica com a intensidade dos acontecimentos onde nos imigrantes a média foi de 4,190 (DP = 1,699) e nos nativos foi de 3,801 (DP= 2,058), apesar de encontradas diferenças nos grupos, estas não são estatisticamente significativas.

Tabela 4. Distribuição das Médias de Frequência/Intensidade dos Acontecimentos de vida Stressantes

	Imigrantes (n = 32)		Não imigrantes (n=30)		U	p	r
	M	DP	M	DP			
<b>Acontecimentos de vida Stressantes</b>	5,91	4,651	4,67	3,273	428,00	0,461	-0,012
<b>Intensidade dos Acontecimentos de Vida Stressantes</b>	4,190	1,699	3,801	2,058	329,0 0	0,305	-0,016

Considerando os acontecimentos de vida stressantes de forma individual, nos imigrantes os mais representativos são “*mudança de colega de turma*” (7,08%), “*mudança de escola*” (6,16 %), “*mudança de casa*” (5,54%), “*morte de um familiar*” (4,31%), por outro lado, nos não imigrantes os que surgem em maior número são: “*mudança de colegas de turma*” (5,91%), “*Zangas*”, (4,60%), “*morte de um familiar*” (2,96%), e “*mudança de escola*” (3,94%).

### 3.4 Relação entre acontecimentos de vida stressantes e qualidade de vida percebida

Tabela 5. Correlação Acontecimentos de Vida Negativos /Qualidade vida percebida

Acontecimentos de vida negativos	Qualidade de vida percebida										
	Saúde actividade física	Sentimentos	Estado de humor geral	Sobre ti próprio	Tempo livre	Ambiente familiar e vizinhança	Questões económicas	Amigos	Escola, aprendizagem	Provocação	Total
Nativos	0,00	-0,18	-0,18	0,21	-0,32	-0,07	-0,32	0,06	-0,29	0,15	-0,15
Imigrantes	-0,30	-0,46**	-0,32	0,02	0,05	-0,45**	-0,34	-0,31	-0,34	-0,36*	-0,44*

N = 62; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Observamos uma correlação significativa negativa nos imigrantes entre os sentimentos e o total dos acontecimentos de vida negativos ( $R=-0,46$ ;  $p = 0,008$ ), que nos poderá indicar que quantos maiores forem os acontecimentos de vida negativos menor será a satisfação com a vida.

Verificou-se uma correlação significativa negativa, nos imigrantes, entre a família e o total dos acontecimentos de vida negativos ( $R=0,45$ ;  $p = 0,011$ ), ou seja, os acontecimentos de vida negativos estão directamente correlacionados com contextos familiares vulneráveis.

A provocação está correlacionada negativamente, de forma significativa ligeira ( $R=-0,36$ ;  $p = 0,41$ ), com o total de acontecimentos de vida negativos, ou seja, uma maior percepção de rejeição por parte dos pares está associada a um maior número de acontecimentos negativos

O Kid-Total está correlacionado significativamente de forma negativa com o total de acontecimentos negativos, ou seja, a um maior número de acontecimentos de vida negativos está associada uma menor qualidade de vida percebida nos adolescentes.

Em relação ao grupo dos nativos observamos que não existem correlações significativas entre os acontecimentos de vida negativos e as sub-escalas que avaliam a qualidade de vida.

### **PARTE III: DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Tendo em conta que o objectivo deste trabalho de investigação é o estudo descritivo e analítico da saúde, bem-estar e acontecimentos de vida negativos em adolescentes imigrantes e nativos, serão discutidos os principais resultados encontrados.

Comparando o grupo dos jovens imigrantes com os jovens portugueses, no que diz respeito às características sócio – demográficas, encontraram-se diferenças significativas entre grupos no que diz respeito às necessidades educativas especiais, onde o grupo dos imigrantes surge em maior número no apoio educativo e no insucesso escolar, onde os imigrantes surgiram com menor número de reprovações.

A maior necessidade de apoios educativos é um resultado previsível, uma vez que estes jovens estão sujeitos a acontecimentos de vida negativos inerentes à própria imigração. Os jovens necessitam de se ajustar a um novo ambiente, a novas condições de vida e novos estilos de interacção social. Precisam de se ajustar a novos estilos de aprendizagem, novos métodos de ensino, a um novo curriculum e uma nova linguagem (Estrela, 2009). No insucesso escolar, Martins (2008) revelou que os jovens imigrantes eram vistos pelos professores como inteligentes e aplicados, de bom e médio aproveitamento. No entanto, mesmo aqueles pais, cujos filhos tiveram que repetir um ano, atribuem este facto às dificuldades esperadas, ao desconhecimento da língua portuguesa, e por isso não o consideram como insucesso (Mirotschnik, 2008).

Os acontecimentos de vida negativos no grupo de nativos não se correlacionam com nenhuma das variáveis, o que é explicado pelo facto de os nativos não estarem de forma tão intensa sujeitos a acontecimentos de vida negativos.

O mesmo não se verifica no grupo de imigrantes uma vez que os acontecimentos de vida negativos se correlacionam significativamente, de forma negativa, com os sentimentos, ou seja, a um maior número de acontecimentos de vida negativos encontra-se associado um maior número de sentimentos negativos.

De acordo com Lorence (2008), os acontecimentos de vida stressantes estão associados a uma menor satisfação com a vida, constituindo uma ameaça ao bem-estar e ao desenvolvimento positivo e saudável do adolescente, visto que pode desencadear problemáticas emocionais e relacionais e colocar em causa o ajustamento psicossocial.

Correlaciona-se ainda significativamente com o ambiente familiar, mais uma vez de forma negativa, sendo que um maior número acontecimentos de vida negativos está associado a uma maior vulnerabilidade familiar. As percepções das crianças e dos adolescentes estão sujeitas a diversos factores, tais como as características da própria criança e da família, o estatuto socioeconómico, estilo parental, stress parental e acontecimentos de vida. Um contexto familiar vulnerável, causado muitas vezes pela falta de informação e isolamento destas famílias, sem o apoio da sua comunidade gera sentimentos de exclusão com grandes riscos para a sua saúde e desenvolvimento (Anes, 2006).

Observamos ainda uma correlação estatisticamente significativa de forma negativa com a provocação, onde a um maior número de acontecimentos de vida negativos estão associados um maior número de sentimentos de rejeição dos pares. Este resultado vai de encontro ao esperado, uma vez que a imigração se encontra na maioria das vezes aliada à marginalidade e à exclusão social (Machado, 2007).

De uma forma geral os acontecimentos de vida negativos correlacionam-se significativamente com o kid-total, onde a um maior número acontecimentos de vida negativos associa-se uma menor qualidade de vida. De acordo com Esteves, Fonseca & Silva (2007), vários são os factores, como níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, stress psicológico, associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuem para a situação desfavorável deste grupo.

## **PARTE IV: CONCLUSÕES**

A presente investigação permitiu reflectir e analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os acontecimentos de vida negativos em dois grupos de jovens, um português e um imigrante.

Neste estudo tivemos como principal objectivo analisar a qualidade de vida percebida pelos jovens e a sua relação com os acontecimentos de vida negativos.

De uma forma geral concluiu-se, relativamente às características sócio demográficas, que os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si, à excepção das necessidades educativas especiais, onde o grupo dos imigrantes surge com maior necessidade de recorrer ao apoio educativo e no insucesso escolar, onde os jovens nativos surgiram com maior número de reprovações. Relativamente à maior necessidade dos jovens imigrantes recorrerem ao apoio especializado, Silva e Gonçalves (2011) evidenciam a importância de se criar programas de apoio individualizado para colmatar as dificuldades inerentes ao processo de imigração. Esta necessidade de apoio educativo poderá estar associada a uma maior dificuldade que os filhos de imigrantes têm em todo o processo de decisão, daí a necessidade de aumentar os recursos disponíveis na escola para ajudar estes alunos (Seabra, Mateus, Rodrigues & Nico, 2011).

A disparidade entre os imigrantes e os nativos é resultado do confronto com o qual a criança imigrante se depara, relativamente a um universo específico, mais ou menos estranho, resultado da distância entre a cultura familiar e a cultura escolar. Este processo é dificultado pela ausência de auxiliares que o ajudem a estabelecer a ponte entre a linguagem e os símbolos/sinais que surgem entre a socialização anterior e a nova socialização (Martins, 2008). Referente aos melhores resultados apresentados pelos jovens imigrantes, no que diz respeito ao insucesso escolar, os mesmos vão de

encontro ao estudo realizado por Martins (2008), onde estes alunos são caracterizados pelos professores como alunos inteligentes e muito aplicados nas actividades, alunos que não revelaram grandes dificuldades de aprendizagem, com uma boa integração e jovens de bom e médio aproveitamento.

No grupo dos imigrantes, os acontecimentos de vida negativos correlacionam-se significativamente, de forma negativa, com o kid-total, onde a um maior número acontecimentos de vida negativo está associada uma menor qualidade de vida percebida, resultado esperado, uma vez que estes jovens se encontram muito expostos aos acontecimentos de vida negativos, intrínsecos ao próprio estatuto de imigrante, que contribuem para a situação vulnerável deste grupo. Este resultado também vai ao encontro de um estudo realizado por Pantzer et al. (2006), com jovens imigrantes e nativos em idade escolar (12-18 anos), que comparou a qualidade de vida relacionada com a saúde e concluiu que os imigrantes têm pior qualidade de vida, mediada por desvantagens económicas, menor suporte social e sofrimento psíquico.

Por outro lado, no grupo de nativos, os acontecimentos de vida negativos não se correlacionam com nenhuma das variáveis do Kid-Total, uma vez que estes não se defrontam, de forma tão intensa, a acontecimentos de vida negativos e ainda que adolescência seja um período de desenvolvimento que apresenta grandes desafios, nem todas estas mudanças afectam de igual modo os adolescentes, uma vez que existem diferenças individuais na forma como lidam com os problemas, como interagem com factores contextuais, com as expectativas, com o apoio dos pais e o com o contexto escolar.

Este estudo permitirá ao, nível da prática clínica fomentar, reorganizar ou criar programas que incentivem a partilha de conhecimentos valores e culturas, assim como uma abordagem de conteúdos referentes às diferentes culturas, apresentando facilidades e dificuldades, numa tentativa de promover a auto-estima e auto-imagem dos jovens de minorias étnicas. Potenciar as relações inter-culturais, com o intuito de facilitar a integração dos jovens e adolescentes nas sociedades de acolhimento,

minimizando o efeito de exclusão subjacente à imigração, diminuindo os acontecimentos de vida negativos e promovendo a saúde e o bem-estar.

Uma melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde é factor relevante para diversas áreas de intervenção associadas aos comportamentos de saúde, com o objectivo de reduzir o impacto dos acontecimentos de vida stressantes, assim, a intervenção deverá ser tanto melhor quanto maior forem as entidades envolvidas, sendo necessário um envolvimento ao nível do contexto familiar, do contexto escolar, da rede de saúde pública e da comunidade.

Ao longo do desenrolar do estudo foram encontradas algumas limitações metodológicas, nomeadamente o número reduzido de participantes que constituem a amostra, o facto de os questionários serem realizados em contexto sala de aula, que poderá ter enviesado os resultados, uma vez que os jovens poder-se-ão ter sentido avaliados. Por fim outra limitação assenta no facto da amostra ser unicamente com participantes residentes num concelho, nomeadamente São Brás de Alportel.

Em investigações futuras seria importante aumentar o número da amostra assim como alargá-la a outros concelhos, seria também muito pertinente, num futuro próximo, replicar estudos, no sentido de perceber de que forma o tempo de permanência no país de acolhimento, pode alterar a percepção de qualidade de vida percebida e a vivência de acontecimentos de vida negativos neste grupo específico. Outro estudo de interesse seria alargá-lo a outra faixa etária, nomeadamente crianças (ex. 1º ciclo de ensino básico), com o objectivo de perceber alterações significativas nas vidas das mesmas e assim actuar de uma forma mais precoce. Talvez um outro estudo de interesse, para a investigação, comparativo entre imigrantes com famílias biparentais e famílias monoparentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Backstrom, B. (2009). *Saúde e Imigração: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Alto Comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI, I.P).
- Botas, S. (2010). *Atitudes de crianças em relação aos grupos nacionais Tese de Mestrado em Relações Internacionais*. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa. Portugal.
- Castro, F. (2008). *A Europa do outro – A Imigração em Portugal no início do Século XXI: estudo do caso dos imigrantes da Europa de Leste no concelho de Vila Viçosa*. Lisboa: Alto – Comissariado para a imigração e diálogo intercultural.
- Estrela, P. (2009). *A Saúde dos Imigrantes em Portugal*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 25,45-55.
- Feliciano C. (2005). Does Selective Migration Matter? *Explaining Ethnic Disparities in Educational Attainment among Immigrants' Children*. *International Migration Review*, 39 (4), 841-871.
- Fonseca, M., Ormond, M., Patricio, M. & Martins, F. (2005) *Reunificação familiar e Imigração em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e minorias étnicas (ACIME).

Fonseca, M.L. (s/d) Imigração, *Diversidade e novas paisagens Étnicas e Culturais*.

Retirado a 15 de Outubro de 2011 de

[http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col\\_Percursos\\_Intercultura/2\\_PI\\_Cap2.pd](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultura/2_PI_Cap2.pd)

Fonseca, M., Esteves, A., McGarrigle, J. & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde (ACIDI)*, 1, 27-52.

Franken, I., Ramos, N. & Coutinho, M. (2007). Saúde Mental: Um estudo das representações sociais no contexto migratório. *Fazendo Género*, 9, 1-11.

Fry R. (2007). Are Immigrant Youth Faring Better in U.S. Schools?. *International Migration Review*, 41 (3), 579– 601.

Fuligni, A. J., & Hardway, C. (2004). Preparing Diverse Adolescents for the Transition to Adulthood. *The Future of Children*, 14 (2): 99-120.

Gaspar, T.(2008). *Qualidade de vida em crianças: Factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Gaspar, T. & Matos, M.G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada, Portugal: Aventura Social e Saúde.

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I.(2006). *Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (2), 47-

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, P., José., 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.

- Gómez, E., Díaz, S., Ardieta. & González, E. (2010). Estudio descriptivo del perfil del usuário inmigrante atendido en los Centros de Atención Integral a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid .*Revista Psiquiatria*
- González, A., Fernández.Hermida, J., Secades, R. (2004). Definición y concepto de menor en riesgo. In A. González, J, Fernández-Hermida. & R. Secades (Coords). *Guía para la detección e intervención temprana com menores en riesgo*. Espanha: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias,15-55.
- Hernandez, D., Denton, N. & Macartney, S. (2008). Children in Immigrants Families: Looking to America`s Future. *Social Policy Report, XXII* (III).
- Hutz,C. & Silva, D.(2002). Avaliação Psicológica com Crianças e Adolescentes em Situação de Risco. *Revista de Avaliação Psicológica, 2* (2), 73-79.
- Lechener, E. (2007), “Imigração e saúde mental”, in DIAS, Sónia (org.). *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, 1*, 79-101.
- Lourence, B. (2008). *Procesos de socialización parental com adolescentes de famílias en situación de riesgo psicossocial*. V Prémio Joven de Investgación de Família (Documento nº 04/08), Madrid: Fundación Acción Familiar.
- Machado, M. (2007). “Imigrantes, saúde e educação”, in DIAS, Sónia (org.) *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, 1*,197-199.
- Martins, A. (2008). *A Escola e a Escolarização em Portugal: Representações dos Imigrantes de Leste*. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa. Portugal

- Marques, M. & Martins, J. (2005). *Jovens, migrantes e a sociedade da informação e do conhecimento: a escola perante a diversidade (Estudo de Caso)*. Lisboa: Alto – Comissariado para a Imigração (ACIME)
- Matos, M. & Spencer, S. (2008). Prevenção e Saúde positiva em crianças e adolescentes in Matos, M. (2008). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Mirotshnik, V. (2008). *Integração e escola em populações da ex-URSS*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI, I.P)
- Neto, F. (2001). *Satisfaction white Life Among Adolescents from Immigrant Families in Portugal*. *Journal of Youth and Adolescence*, 30\_(1).
- Nunes, C., Lemos, I., Guimarães, S. (2011). *Questionário de dados sócio-demográficos para adolescentes (DASA)*. Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Ogbu, J. (1992). *Educational Resercher*, 21 (8), 5-14.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliência y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Pires, S. (2009). *A segunda geração de imigrantes em Portugal e a diferenciação do percurso escolar: jovens de origem cabo-verdiana versus jovens de origem hindu-indiana*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI, I.P)
- Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé, C., Codina, F., Sutton, V., Ferrer, M., Sieberer, U., Simeoni, M. & Alonso, J. (2006). *Health related quality of live in immigrants*

- native scholl aged adolescents in Spain. J Epidemiol Community Healthl, 60, 694-698.*
- Pong S. & Hao, L. (2007). Neighborhood and School Factors in the School Performance of Immigrants' Children. *International Migration Review, 41(1), 206 - 241.*
- Portes, A., Haller, W., William. & Kelly, P. (2008). *Filhos de Imigrantes nos Estados Unidos. Tempo Social. Revista de sociologia da USP, 20 (1).*
- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stress na adultez* (Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde). Braga: Universidade do Minho.
- Ravens-Sieberer, U. (2008). Protecção e promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes. A abordagem KIDSCREEN. In T. Gaspar & M.G.Matos. *Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52.* Cruz Quebrada: Aventura Social e saúde.
- Reis, M. & Ramos, N. (2010). Comportamentos de Saúde e estilos de vida em contexto migratório: um estudo com mulheres e homens brasileiros. *Fazendo Género, 9, 1-8.*
- Seabra, T., Mateus, S., Rodrigues, E. & Nico, M. (2011). *Trajectos e projectos de jovens descendentes imigrantes à saída da escolaridade básica.* Lisboa: Alto-comissário para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI. I.P).
- Serviço de Fronteiras e Estrangeiros. (2010). Relatório Estatístico.
- Silva.M. & Gonçalves. C. (2011). *Diversidade Linguística no Sistema Educativo Português. Necessidades e práticas pedagógicas no ensino básico e*

*secundário*. Lisboa: Alto-comissário para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI. I.P).

Topa, J.,Nogueira,C. & Neves, A. (2010). Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: reflexão à luz do feminismo crítico. *Psico*, 41 (3), 366-373.

Titzmann,P., Raabe, T., Silbereisen, R. (2008). Risk and protective for delinquency among male adolescent immigrants at different stages of the acculturation process. (2008). *International Journal of Psychology. Friedrich-Schillr-University Jena. Jena. Germany*

Ueno, L. (2010). *Constituindo-se entre dois Mundos: crianças na migração Brasil-Japão. X congresso da Brazilian Studies Association.*

<http://www.oi.acidi.gov.pt/index.php>, acedido a 2 de Setembro de 2011.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A. Questionário de Dados Sócio – Demográficos**

**ANEXO B. kidscreen 52 (Versão Crianças e Adolescentes)**

## **ANEXO C. Situação de Vida Stressantes (SVE)**

## **ANEXO D. Consentimento Informado Passivo**

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

No âmbito de uma investigação sobre a saúde e o bem estar das crianças e adolescentes imigrantes, foi efectuado um pedido de autorização ao Conselho Executivo da Escola que o seu filho frequenta para que os alunos preencham alguns questionários sobre saúde e bem estar. 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.

Será garantida a preservação de confidencialidade da informação recolhida, não sendo 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 director 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,

S.Brás de Alportel, 22 de Outubro de 2010

-----

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